

GYÁS, KRÍZIS, TRAUMA ÉS A MEGKÜZDÉS LÉLEKTANA

KISS ENIKŐ CSILLA, SZ. MAKÓ HAJNALKA (SZERK.)

GYÁSZ, KRÍZIS, TRAUMA
ÉS A
MEGKÜZDÉS LÉLEKTANA



A kiadvány a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készült.

SZERKESZTETTE:

KISS ENIKŐ CSILLA,
SZ. MAKÓ HAJNALKA

A kötetet szakmailag lektorálták:
Hoyer Mária,
Kállai János

© A szerzők
© A szerkesztők
© Pro Pannonia Kiadói Alapítvány

TARTALOM

ELŐSZÓ	7
1. A GYÁSZ LÉLEKTANA	9
1. 1. <i>Benczúr Lilla</i> : A gyász lélektana	11
1. 2. <i>Kovácsné Török Zsuzsa</i> : A gyázmunka pszichoterápiás szempontjai	39
1. 3. <i>Hosszú Dalma, Lénárd Kata</i> : Gyermeküket elveszített családok gyásza, egy lehetőség a poszttraumás növekedésre	58
1. 4. <i>Bíró Eszter</i> : A hospice ellátás pszichológiája	78
1. 5. <i>Sz. Makó Hajnalka</i> : A komplikált gyász megjelenésének jegyei és moderáló változói művi abortuszt követően	94
2. A KRÍZIS LÉLEKTANA	121
2. 1. <i>Bóna Adrienn</i> : A krízis lélektana	123
2. 2. <i>Bereczki Éva</i> : A kríziskezelés pszichoterápiás szempontjai	138
2. 3. <i>Fekete Sándor, Vörös Viktor, Osváth Péter</i> : Krízishelyzet, felismerés, etiológia és terápia a pszichiátriai ellátásban	152
2. 4. <i>Szepes Mária, Kovács Éva, Balog Piroska</i> : Krízis a családban – a családi kapcsolatok minősége és az egészségi állapot összefüggései	166
2. 5. <i>Kerekes Zsuzsanna</i> : Az időskor, mint krízis	182
3. A TRAUMA LÉLEKTANA	219
3. 1. <i>Pohárnok Melinda, Lénárd Kata</i> : A trauma lélektana	221
3. 2. <i>Láng András</i> : A traumatikus életesemények pszichoterápiás szempontjai	235
3. 3. <i>Kerekes Zsuzsanna</i> : A poszttraumás stressz	248
3. 4. <i>Révész György</i> : A rossz gyermekkori bánásmód következményei	276
3. 5. <i>Rigó Adrien, Zsigmond Orsolya</i> : A szomatikus betegség, mint trauma	291
4. A NEHÉZ HELYZETEKEL VALÓ MEGKÜZDÉST SEGÍTŐ ERŐFORRÁSOK	313
4. 1. <i>Kökönyei Gyöngyi</i> : Érzelemszabályozás krónikus betegségekben	315

4. 2. <i>Kiss Enikő Csilla</i> : Protektív személyiségfaktorok	338
4. 3. <i>Kiss Enikő Csilla</i> : A lelki ellenálló képesség, a reziliencia jelensége a pszichológiában	352
4. 4. <i>Varga Hedvig, Sarungi Emőke, Csabai Márta</i> : A gyász és az érzelmi veszteségek feldolgozásának új lehetősége	368
4. 5. <i>Forgács Attila</i> : Társas támasz a gyászban	382

ELŐSZÓ

*„Néha éppen egy rendkívül súlyos külső helyzet nyújt alkalmat arra,
hogy az ember bensőleg túlnőjön saját magán.”*

Viktor Frankl

Tisztelt Olvasó!

Kötetünk négy olyan lélektani jelenség újragondolásával foglalkozik, melyek mindegyike már önmagában is hatalmas ismeretanyagot foglal magában, s melyek bár a múlt század elejétől, közepétől folyamatos érdeklődésre tartanak számot a pszichológia tudományában, az emberi élet és lelki működés kapcsolatában mégis folytonos aktualitással bírnak. A GYÁSZ – KRÍZIS – TRAUMA és MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEIK egy kötetben történő áttekintésével több célunk volt egyszerre. Részben arra törekedtünk, hogy a gyász, a krízis és a trauma konceptuális meghatározása differenciáltabbá és differenciálhatóbbá váljon az érdeklődők számára, melyet reményeink szerint jól szolgálnak az egyes lélektani jelenségek klasszikus és mai modern tudományos ismereteit integráló, elméleti és gyakorlati fókusszal egyaránt bíró fejezetek. Másrészt fontosnak tartottuk, hogy a kötetben helyet kapjanak olyan tanulmányok is, amelyek a gyásznak, a krízisnek, a traumatikus eseményeknek valamely specifikus helyzetben megmutatkozó jellemzőivel foglalkoznak. A kötetben megjelenő témák újszerűségéhez szeretnénk hozzájárulni a *nehéz helyzetekkel való megküzdést segítő erőforrások* kérdésével foglalkozó írásokon keresztül is, melyek révén az Olvasó találkozik a gyászra, a krízisre, vagy a traumatikus életeseményekre adott pozitív megoldási lehetőségekkel is. Végezetül bízunk abban, hogy a címben vállalt lélektani jelenségek konceptuális újragondolásán túl, nemcsak azok sajátosságai válnak láthatóbbá, hanem egyben a közöttük lévő kapcsolatok és kölcsönhatások is.

A kötet négy egységre oszlik, a felépítés tematikusan megtervezett, egymásra épített. *A gyászról* szóló fejezetekkel indulunk, amelyek a veszteségélményt és azok feldolgozási lehetőségeit mutatják be. A fejezetek – ebben a tárgykörben csakúgy, mint a későbbiekben – összefoglalják a legfontosabb tudományos ismereteket, s egyben pszichoterápiás vonatkozásokat is tartalmaznak. A gyász témájához tartozó fejezetek továbbá olyan specifikus ismereteket is bemutatnak, mint a családban bekövetkező, gyermekek elvesztését kísérő lélektani folyamatok ismertetése, vagy a terhesség megszakítását kísérő és a komplikált gyással összefüggésbe hozható pszichológiai és pszichiátriai következmények bemutatása, vagy a hospice ellátás pszichológiai szempontjainak érvényesítése.

A gyász krízist is létrehozhat a személy életében, a következő tartalmi egységben ennek megfelelően továbblépünk a krízis fejezeteihez: megismerhetjük a *krízis* definícióját, klasszikus ismereteit, majd a további fejezetek a kríziskezelés, a szuicid krízis, a családi krízis és az időskori krízis témáiba nyújtanak betekintést.

A krízis témaköréből a *trauma* tárgykörébe lépünk át, melyben a krízis helyzet állandósul, és a konfliktusos helyzet a személy számára feloldhatatlanná válik. Az első fejezet a trauma pszichológiai vonatkozásainak elméleti kérdéseire fókuszál, magában foglalva a fogalom alakulásának történeti áttekintését, és a traumára adott válaszok ismertetését. A második fejezetben részletes képet kaphatunk a traumatikus események feldolgozásának pszichoterápiás szempontjairól. A további fejezetek a PTSD-t, a rossz gyerekkori bánásmód traumatikus következményeit, vagy a szomatikus betegség, mint trauma kérdéseit járják körül.

S végül a kötet negyedik egysége a *pozitív erőforrásokról* szól, amelyek a krízisek, a traumák, a súlyos stressz-teli élethelyzetek feloldásában, feldolgozásában segítenek bennünket. E fejezetek többek között beszámolnak a protektív személyiségfaktorok, a reziliencia, az érzelemszabályozás és a társas támasz szerepéről, amelyek hozzásegíthetnek a nehéz helyzeteket követő új lelki egyensúly megtalálásában, kialakításában.

Reményeink szerint a könyv jól hasznosítható jövőbeli tudományos publikációk alapköteteként, az egyetemi graduális és posztgraduális oktatásban, valamint a pszichológus szakma gyakorlati alkalmazói számára is. A kötet mindazoknak szól, akik humán segítőszakmában dolgozva, munkájuk során nap mint nap találkoznak a gyász, a krízis és a trauma jelenségével, s akik szeretnének támaszt nyújtani a pozitív megküzdéshez. A kötetet egyben ajánljuk a téma iránt érdeklődő művelt Olvasó számára, abban a hitben, hogy a sorokat olvasva választ kap azon kérdéseire, melyek felkeltették „*Gyász, krízis, trauma és megoldási lehetőségeik*” című kötetünk iránti érdeklődését.

A szerkesztők

Pécs, 2015. július 22.

A GYÁSZ LÉLEKTANA

BENCZÚR LILLA

A GYÁSZ LÉLEKTANA

Elveszíteni egy szerettünket az emberi élet talán legnehezebb élménye, „mélyreható seb” – ahogy Polcz Alaine írja (2000, 28.). Kevés olyan élmény van, ami ennyiféle szinten indukál változásokat az ember lélektani működésében. Mivel a gyász nagyon sokféle reakciót vált(hat) ki, a szakemberek számára az egyik legfontosabb kérdés (napjainkban is), hogy ezen átélhető reakciók közül mi fér bele a „normál”, természetes reakciók keretébe, és melyek azok, melyek már klinikai figyelmet igényelnek. Ebben a fejezetben történeti szempontból (is) végigvesszük azokat a meghatározó elméleti koncepciókat, amelyek befolyásolták a gyász folyamatáról való gondolkodást, különös tekintettel a normál gyász és a komplikált gyász elkülönítésére és a közelmúlt szakirodalmára. Az ember életkorának változásával is folyamatos és természetes fejlődésen megy keresztül, ezért fontos kérdés a különböző életkorok gyász-mintázatának (és az ezen belül megjelenő normál és klinikai figyelmet igénylő reakcióknak) feltérképezése, ezért az utolsó alfejezet ezzel a témakörrel foglalkozik.

1. Történeti áttekintés

A gyász univerzális emberi jelenség, de megjelenési formái nagyon különbözőek lehetnek (Howarth, 2011). Ugyanakkor mivel nagyon nehéz emberi tapasztalatról van szó, sokszor nem könnyű megmondani, mi tartozik a „normál reakció” fogalmkörébe. A lélektanban történetileg először Freud (1917/1997) *Gyász és melankólia* című munkáját szokás említeni, amely megpróbálta elkülöníteni a normál és a patológiás gyász fogalmát és bevezette a gyászmunka fogalmát. 1944-ben Lindemann írta le először teljes körűen a normál gyász jellemzőit, megtartva a normál-patológiás gyász elkülönítést és bevezette az anticipációs gyász fogalmát. A 60-as évekig kellett várni, amikor megjelentek olyan meghatározó írások, mint Bowlby (1961) *Processes of mourning* című tanulmánya, melyben megjelent a gyászfolyamat szakaszainak elképzelése; Gorer (1965) *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain* című munkája, vagy Parkes (1972) máig több átdolgozott kiadást megért könyve a *Bereavement: Studies in Grief in Adult Life*. A 70-es, 80-as évektől kezdve komplett folyóiratok jelennek meg a témában. Például 1977-ben indult útjára a *Death Education* folyóirat, mely 1985-től *Death Studies* néven tömöríti a halállal, gyásszal foglalkozó tanulmányokat. A *Bereavement Care* folyóirat 1982 óta foglalkozik a gyász terápiás kérdéseivel. Az *Australian Journal of Grief and Bereavement* 1998-ban kezdte meg a publikálást. Magyarországon Polcz Alaine kezdeményezésére született 1997-ben a *Kharon Thanatológiai*

Szemle. Az 1990-es évektől kezdve egyre bővültek a gyással kapcsolatos lélektani ismeretek és egyre több területen jelentek meg tanulmányok a témában (Worden, 1991; Horowitz és mtsai, 1997; Cook és Oltjenbruns, 1998; Stroebe és Schut, 1999; Bonanno, 2001; Bonanno, Papa és O'Neil, 2002).

2. A normál gyász lélektani folyamata

A szakirodalomban számos gyász-definíció található. Nézzünk ezek közül néhányat:

- „a veszteségre adott egyéni reakció” (Corr, Nabe és Corr, 2009, 239.);
- „a veszteségre adott természetes reakció” (Bonanno és mtsai, 2002, 193.);
- „olyan magatartásforma, amely a halál beállta után meghatározott ideig alkalmat nyújt az egyéni fájdalom kifejezésére, s mint ilyen, szigorú közösségi előírásokhoz alkalmazkodik” (Polcz, 1997, 12.);
- „gyásznak nevezzük azt az érzést, amelyet valamilyen érték elvesztésének az élménye vált ki belőlünk” (Kast, 2000, 8.);
- „a veszteség által kiváltott reakciók, magatartási formák együttese” (Pilling, 2012, 8.);
- „az a folyamat, melynek során a gyászoló átdolgozza a veszteséget, hogy képes legyen integrálni az új realitást az életébe és képes legyen folytatni az életét az elhunyt nélkül” (Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo és Shipley, 2002, 309.).

A legtöbb definíció kiemeli, hogy természetes, ám nehéz és fájdalommal teli folyamatról van szó, melyben sokféle reakciómód elképzelhető. Nagyon szűk mezsgyén járunk, amikor a gyással kapcsolatban megpróbáljuk meghatározni, mi tekinthető „normálisnak”, és könnyen eshetünk a fölösleges patologizálás csapdájába. Az alábbiakban végigvesszük a gyász folyamatáról való gondolkodás különféle modelljeit.

2.1. A normál gyász szakasz-modelljei

A gyász mindig egyéni reakcióformákat mutat, bár a szakirodalomban részben didaktikai okokból, részben a segítség megkönnyítése és a lélektani folyamat megértése céljából különféle szakaszokra bontással találkozhatunk. Az újabb szakirodalmak azonban megkérdőjelezzik a szakaszolás helyességét (Maciejewski, Zhang, Block és Prigerson, 2007), és a megközelítések inkább a veszteséghez kapcsolódó lélektani feladatokat, a gyász egyediségét, sokszínűségét és folyamat-jellegét hangsúlyozzák a szakaszok helyett (Corr és mtsai, 2009; Bonanno, 2004; Sanders, 1989; Stroebe, Schut és Boerner, 2010). Érdemes azonban végigvenni az egyes modelleket, hogy folyamatában láthassuk az elképzelések változását (a normál gyász szakaszairól kiváló táblázatos összefoglalót találunk Pilling (2003/b, 29-30.). A gyász lélektani folyamata során a gyászoló a hiánnyal szembesül és in-

mentől kell eljutnia az elfogadásig, a megbékélésig. Az egyes modellek a folyamat kezdeti és végpontjában egyetértenek, bár az elnevezések változhatnak, azonban a valódi lényeg a középső „szakasz” (a hiány realitásával való szembesülés és az azzal való megküzdés), melyet különbözőképpen osztályoznak, osztanak tovább. A háromszakaszos modellek (Engel, 1964; Averill, 1968) a sokk – tudatosulás – elfogadás hármásában gondolkodtak, de hamar világossá vált, hogy a tudatosulás időszaka a lélektanilag legkomplikáltabb és időben a leghosszabb, ezért érdemes tovább bontani. Így később megjelentek a négy-, ötszakaszos modellek (Bowlby, 1961; Horowitz, 1993; Jacobs, 1993; Parkes, 1972, 1993; Parkes és Weiss, 1983; Kast, 2000). A magyarországi gyakorlatban és képzésekben Pilling János modelljét (Pilling, 2003/a, b; 2012) szoktuk oktatni, mivel didaktikailag jól érthető a szakaszolás, ugyanakkor hangsúlyozza a gyász folyamat-jellegét és az egyéni mintázatokat is. A továbbiakban röviden bemutatjuk ezt az elképzelést.

0. fázis: Anticipációs gyász

Lindemann (1944) óta tudjuk, hogy a gyász folyamata nem feltétlenül csak akkor kezdődhet, amikor már megtörtént a haláleset. Hosszas betegség, háborúk, életveszélyes állapot (pl. intenzív osztályon kezelt betegek) esetében a hozzátartozók még a haláleset tényleges bekövetkezése előtt is foglalkoznak ezzel a lehetőséggel és esetleges hatásaival rájuk nézve. Így, amire a tényleges haláleset bekövetkezik, addigra a gyász már folyamatban van. Ez kétélű lehet: van, amikor megkönnyíti a hiány feldolgozását, van, amikor például a kialakuló bensőséges kapcsolat miatt megnehezíti.

Az angolszász szakirodalomban sokáig az „anticipatory grief” terminus volt használatban. Rando (2000) nyomán egyre inkább elkülönítik az „anticipatory grief” fogalmát az „anticipatory mourning” fogalmától. Az első fogalom olyan veszteséggel kapcsolatos gondolatok és érzések együttese, amely még nem történt meg, a második pedig magában foglalja a veszteséggel kapcsolatos megküzdésre tett erőfeszítéseket is (Corr és mtsai, 2009). A magyar szakirodalomban egyszerűen anticipációs gyásznak nevezzük a jelenséget.

1. fázis: Sokk

A halálhírré adott legelső reakció általában nem az azonnali szomorúság (mivel az egy lassabban fejlődő érzelem), hanem a bénultság, kiüresedtség, az „olyan volt, mintha fejbevágtak volna”-érzés vagy a szélsőséges, mindent elárasztó érzelmek, érzelemkitörések. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a személy ilyenkor úgynevezett negatív transzállapotba (Cheek, 1969) kerülhet, melyben a világ megtapasztalásának szokásos referenciái megszűnnek (pl. „mintha megállt volna az idő”) és fokozódik a szuggesztibilitás. Ezért érthető, hogy a szakirodalom mindkét reakciót (a dermedtséget és a kontrollálatlan érzelemvihart is) a normál reakciók kategóriájába sorolja. Megjelenhetnek disszociatív tünetek is (pl. automatikus vagy szervezettnek látszó cselekvések, miközben a személy nem tud róluk). Időben ez a fázis néhány perctől néhány óráig (ritkán előfordul, hogy néhány napig) tart, körülbelül addig, míg tudatosulnak az aktuális teendők.

2. fázis: *Kontrollált szakasz*

Ahogy a teendők tudatosulnak, a gyászoló „átvált” egyfajta kényszerű adaptív munkamódra. Intézi az ügyeket, miközben gyakran azt élheti meg, hogy nincs köze a valósághoz, hogy nincs igazán jelen, hogy mindez mással történik, illetve a körülötte levő világot ködösnek, álomszerűnek, nem valóságosnak érzi (deperszonalizáció, derealizáció). Nagyon erős érzelmek, indulatok jelenhetnek meg (pl. düh, ingerlékenység, vádaskodás), miközben az ügyintézés során ezeket folyamatosan kontroll alatt kell tartania. Előfordulhatnak hirtelen váltások is, például az intézkedések során teljesen kontrolláltak tűnő személy egyedül vagy hozzátartozói körben szabadabb folyást engedhet az erős érzéshullámoknak. A tevékenységeket tekintve megjelenhetnek túlzások (mindent a gyászoló akar intézni) vagy akár a teljes passzivitás is. A túlzott tevékenység és az erős indulatok funkciója a figyelemelterelés az érzésekről és az erőgyűjtés a következő szakaszra. Idői lefolyását tekintve ez a szakasz általában a temetésig tart.

3. fázis: *Tudatosulás*

Ez a folyamat legsokrétűbb időszaka. Ami történik: a hiány megélése a mindennapok szintjén is. Ez az időszak az érzelmek kavalkádjáé: megkönnyebbülés, szomorúság, magány, tehetetlenség, megsemmisültség, kiüresedtség, félelem, szorongás, harag, depresszió válhatja egymást, sokszor *kontrollálhatatlannak* tűnő módon.

A harag irányulhat minden érintettre (kezelő személyzet, családtagok, sőt Istenre is), illetve a gyászolóra magára önvádként és büntudatként. Apró megtett vagy meg nem tett dolgok felnagyítódnak, minden kimondott és ki nem mondott szónak jelentősége lesz. Csökken az örömképesség, hiszen mindenről az elhunyt jut a gyászoló eszébe, hogy nem lehet már vele megosztani az örömeiket sem. Mindenközben a szorongás, a félelem is erősödhet, mivel a magány, a megváltozott helyzet bizonytalansága, a biztonságérzet elvesztése önmagában is fokozza, ugyanakkor a halállal kapcsolatos tudattalan félelmek és szorongások is aktiválódnak. A gondolkodás, a kogníció az előző fázis összeszedettségéhez képest erős regresszív jegyeket mutat: mágiikus gondolkodás, omnipotens fantáziák („én tehetek róla”), a gondolkodási teret teljesen és gyakran kontrollálhatatlanul betöltik az elhunyttal kapcsolatos gondolatok, ez akár a kontrollvesztés érzéséig is erősödhet. A percepcióban is változásokról számolnak be a gyászolók: gyakoriak és ebben az időszakban teljesen természetesek azok az akusztikus vagy vizuális hallucinációk (pl. „mintha ott állt volna mellettem”, „hallottam a légzését”), amelyek mind az elhunythoz kapcsolódnak, rövid ideig tartanak, átmenetiek. Általában ezektől a jelenségektől és az előbb tárgyalt regresszív működéstől szoktak a gyászolók megijedni és segítséget keresni, mivel félnek attól, hogy megöriülnek. Éppen ezért fontosak azok a tanulmányok, melyek differenciáldiagnosztikai támpontokat tudnak adni pl. a gyász és pszichózis (ld. Pierre, 2010; Prerost, Sefcik és Smith, 2014) vagy a gyász és depresszió elkülönítéséhez (ld. Simon, 2013; erről a Komplikált gyász alfejezetben külön lesz szó). A viselkedést tekintve ebben a szakaszban akár ellentétes magatartásformák is megférnek egymással: egyfelől megjelenik a szociális visszahúzóódás, miközben

a háttérben jelen van az igény a támaszra. Ugyanígy az elhunyttal kapcsolatban is egyidejűleg jelenhet meg az igény a vele való kapcsolatra (belső párbeszéd, szokásainak átvétele) és az elkerülő magatartás (a vele kapcsolatos helyek, emlékek, róla való beszéd kerülése). Ez az ambivalencia komoly lélektani terhet jelent a gyászolóknak, nem véletlen, hogy ebben az időszakban jelenhetnek meg a szomatikus distressz tünetei, például torokszorítás, gyomorszorítás, légszomj-érzés erőtlenséggel, feszültséggel és pszichés fájdalommal társulva. Ezek az érzések főként az elhunyttal kapcsolatos emlékek aktiválódásakor, a hozzá kapcsolódó helyeken fokozottan jelenhetnek meg. A testi tünetek a gyász későbbi szakaszában is megtalálhatók, sőt, előfordul és ijesztő lehet a gyászoló számára az elhunyt tüneteinek „ismétlése”. A későbbi időszak testi tüneteivel gyakran keresik fel a gyászolók a háziorvost, például szédülés, alvászavar, mellkasi nyomás, fejfájás, gyengeség, meglassultság, zajérzékenység, étvágytalanság, gyomor- és hasi panaszok.

4. fázis: Átdolgozás

Tulajdonképpen az előző fázis és az átdolgozás fázisa nem különül el élesen egymástól. Mivel hónapokig tartó időszakról beszélünk, maga a folyamat természetesen üreg hullámzó lefolyású. Az átdolgozás szakaszában annyi változás történik, hogy a kontrollálhatatlan emlék- és érzelemfolyamok helyett inkább a tudatosabb emlékezés nyer teret. Bár a gyászoló gondolatainak középpontjában még mindig az elhunyt áll, ám a tünetek intenzitása fokozatosan csökken, az elkerülő magatartás oldódik, a racionális elfogadás mértéke nő. Ebben az időszakban találkozunk a gyászoló minden ünneppel az elhunyt nélkül, éppen ezért az évfordulók (pl. az elhunyt névnapja, születésnapja), az ünnepek (pl. a karácsony) átmenetileg újra felerősíthetik a már csökkent intenzitású tüneteket.

5. fázis: Adaptáció

Ahogy a szakasz elnevezése is mutatja, ennek az időszaknak vagy inkább állapotnak a lényege, hogy a gyászoló képessé válik a saját életének folytatására, alkalmazkodva a megváltozott helyzethez, erősödik a self-integráció. Az elhunyttal kapcsolatos emlékek integrálódnak a múltba, a gyászoló képes fájdalom nélkül emlékezni és beszélni róla. A testi tünetek megszűnnek, a gyászoló képes a napi feladatait maradéktalanul ellátni. Az életet nem érzi kilátástalannak, visszatalál az örömforrásokhoz is anélkül, hogy az örömet büntudat kísérné. A gondolkodás jövőorientálttá válik, a gyászoló képes a céljai felé fordulni.

2007-ben Maciejewski és mtsai. tesztelés alá vették a gyász szakasz-modelljeit, hogy vajon empirikusan is igazolhatóak-e a gyász érzelmi fázisai (Yale Bereavement Study). Vizsgálatuk alapját Jacobs (1993) négyfázisú modellje képezte, amely Bowlby (1961; 1980), Parkes (1972) és Kübler-Ross (1969) elképzeléseinek szintézise. Az egyes fázisok: benutság-hiteltlenség, szeparációs distressz (váglyakozás-düh-szorongás), depresszió, elfogadás-helyreállítás. Longitudinális vizsgálatukban 2000 és 2003 között 233 gyászolóval dolgoztak. A mintába nem vették bele a vá-

ratlan veszteséget (öngyilkosság, baleset) átélt gyászolókat. A veszteséget követő első hónaptól egy éven keresztül követték nyomon a személyek kognitív és affektív állapotát. Arra voltak kíváncsiak, hogy vajon a gyászolók valóban a hitetlenség-vágyakozás-düh-depresszió érzelemsorozaton keresztül jutnak-e el az elfogadásig, illetve hogy ezek az általuk gyász-indikátornak nevezett érzelmek mennyire vannak jelen az idő függvényében. Eredményeik szerint ezek az érzések valójában egyszerűen vannak jelen a veszteség elejétől kezdve, csak a hangsúly toódik el. Például az elfogadás nemcsak hogy jelen van már az első hónapban is (és az idő múlásával egyre markánsabbá válik), hanem jobban jelen van, mint az összes többi (az elfogadás átlaga szignifikánsan magasabb a többinél). A vágyakozás erősebb, mint a hitetlenség már az első hónapban is. A depresszió a veszteséget követő 6. hónapban éri el a csúcspontját és a második hónap előtt nem jelenik meg normál gyász esetén.

2.2. A normál gyász egyéb modelljei

Önmagában a fázisok és a folyamat leírása inkább a normál-patológiás dimenzióban való eligazodást segíti, de nem sokat mond a gyással való megküzdésről, azaz arról, hogy hogyan is lehet ezt „jól csinálni”. A veszteségre adott reakciókat számos tényező befolyásolja: az elhunyt életkora, a vele való kapcsolat szorossága, a halál módja (pl. váratlansága), a gyászoló életkora, neme, személyisége, pszichés státusza, szociális kapcsolatrendszere, vallásossága, halálképe (Pilling, 2003/b, 2012). Jelen fejezetben nincs mód minden tényező kifejtésére, inkább az általános jegyeket vesszük sorra.

Valójában a szakasz-modellek és az egyéb megközelítések párhuzamosan léteznek a szakirodalomban, csak a hangsúlypontok mások. A szakirodalomban öt fő elméleti koncepció befolyásolta a gyászárról való gondolkodást és a gyással kapcsolatos kutatásokat: a gyászmunka-koncepció (Freud, 1917), a kötődélmélet (Bowlby, 1969; 1973; 1980), a jelentésrekonstrukciós elmélet (Neimeyer, 2001), a kognitív stressz-elmélet (Folkman, 2001) és a kettősfolyamat-modell (Stroebe és Schut, 1999). Az alábbiakban ezeket a megközelítéseket ismertetjük, kritikáikkal együtt.

A gyászmunka-koncepció

A szakirodalomban Freud (1917) óta gyászmunkaként ismerjük azt a folyamatot, amin a gyászolónak keresztül kell mennie ahhoz, hogy a veszteséggel meg tudjon küzdeni. A folyamat lényege, hogy a veszteséggel szembe kell nézni, és a veszteség realitását kell elfogadni ahhoz, hogy a folyamat komplikációmentes lehessen. A fogalom a gyással foglalkozó elméleti írások központi eleme maradt, de egyre több kritika fogalmazódott meg vele kapcsolatban. Wortman és Silver (1989) nem találtak empirikus bizonyítékot az elmélet igazolására. Stroebe és Stroebe (1991) felvetik a koncepció kritikáját, majd 10 évvel később a következő konklúzióra jutnak: „kevés empirikus bizonyíték van arra nézve, hogy átdolgozni a gyászt (working through grief) hatékonyabban segíti a megbékélést, mint nem átdolgozni” (Stroebe, 2001, 885). Stroebe és Schut (1999) is ezt a koncepciót vette górcső alá. A gyászmunkát a következőképpen definiálják: „Aktív, folyamatos erőfeszítést kívánó

kognitív folyamat, melynek során a veszteséggel való szembesülés, az emlékekre való fókuszálás mentén dolgozik a személy az eltávozottól való elváláson. Lényegét képezi a veszteség realitásának tudatosítása az elfojtások, elnyomások pedig a patológia felé mutatnak.” (Stroebe és Schut, 1999, 199.). A kritikák elsősorban a fogalom konceptualizálását és az empirikus evidenciák hiányát fogalmazzák meg. A gyászmunka folyamatával kapcsolatban általában a hangsúly a hiánnyal való konfrontáció szükségességén és az erőfeszítésen van, kevésbé veszik figyelembe, hogy az erőfeszítések ugyanolyan intenzitással irányulhatnak az elkerülésre is, azaz nem veszik figyelembe a folyamat dinamikus (és időnként) ambivalens természetét.

A kötődéseméleti koncepció

Mivel a gyász lefolyását erősen meghatározza az elhunyttal való kapcsolat jellege, a kötődésemélet jó elméleti keretet nyújthat a gyász hatásainak és egyéni mintázatainak megértéséhez. Míg a tradicionális gyászmunka-hipotézis az elhunyttól való elszakadásra teszi a hangsúlyt, és a megmaradó lélektani, emocionális kötődést a komplikált gyász tünettanához sorolja, a kötődésemélet-alapú koncepció „engedékenyebb”. A gyász folyamatát tekintve figyelembe veszi a gyászoló s az elhunyt közötti kötődés jellegét. Stroebe, Schut és Boerner (2010) tanulmányukban arra a konklúzióra jutnak, hogy nem egyszerű vagy/vagy-kérdés az, hogy az elhunyttal fenntartott/kialakuló folytonos kapcsolat (continuing bond with the deceased) nehezíti vagy könnyíti a gyász folyamatát. Bonanno és Kaltman (2001) a gyászreakciók sokféleségének leírásával rávilágítanak arra, hogy a normál gyásszal kapcsolatos reakciókat nem lehet tökéletesen egységesíteni, ahhoz túl széles spektrumúak az átélt érzelmek, reakciók.

A jelentésrekonstrukciós elmélet

A veszteséggel való találkozás felborítja az ember világrendjét. Ugyanakkor valamilyen traumatikus eseménnyel való találkozás és megküzdés pozitív hatásokat is eredményezhet, sokan számolnak be arról, hogy megerősödtek, átformálódott az értékrendjük, sőt, akár érési folyamat is elindulhat bennük és a szenvedésekben megpróbálnak értelmet találni (Singer, 2009). Ez a koncepció pontosan azt a folyamatot igyekszik hangsúlyozni, hogy a gyászoló jelentést, értelmet találhat a történetekben, amit egységes narratívába tud szervezni, és ami segíti őt az élete folytatásában. Ez lényegében egy kognitív feldolgozási folyamat, amelynek következtében a gyászoló vagy sikeresen elhelyezik a halálesetet alapvető sémáik, hiedelmeik rendszerében, vagy világképüket felülvizsgálva próbálnak értelmet adni veszteségüknek (Davis, Nolen-Hoeksema és Larson 1998/2005). A poszttraumás növekedéssel (PTN) kapcsolatos kutatások (kiváló összefoglaló: Kulcsár, 2005) is azt mutatják, hogy bár számos tényező befolyásolja, hogy megjelenik-e a PTN veszteség esetén, egyre fontosabb területté válik a gyász kutatásában.

A kognitív stressz-elmélet

Ez a megközelítés a gyász folyamatában megjelenő distressz, a negatív és pozitív érzelmek szerepével foglalkozik. Vannak kutatások (Bonanno, 2001; Wortman és

Silver, 1989, Prigerson és mtsai, 1995/a, b), melyek azt mutatják, hogy a distressz hiánya nem szükségszerűen jelenti azt, hogy a személy nem megfelelően gyászol, vagy éppen komplikált gyász diagnózist kaphatna, továbbá a megküzdést nem feltétlenül a negatív érzelmek kifejezése segíti elsősorban, hanem a pozitívak aktiválása és facilitálása.

A kettősfolyamat-modell előzményei és a kettősfolyamat-modell

Az 1990-es évektől kezdődően többféle fókuszú modell található a szakirodalomban a gyász folyamatát illetően. A gyással kapcsolatos modellek a szakaszolás helyett vagy részben azt megtartva inkább magára a folyamatra helyezik a hangsúlyt. Worden (1991) a gyászoló feladatait veszi sorra a lélektani folyamat keretében: 1. elfogadni a veszteség realitását; 2. megtapasztalni a gyász fájdalmát; 3. kialakítani egy olyan külső, belső, spirituális környezetet, melyben az elhunyt nincs jelen; 4. érzelmileg helyet találni az eltávozottnak. Cohen, Mannarino és Knudsen (2004) az alábbi „feladatokat” fogalmazza meg: 1. elfogadni a veszteség tényét, 2. átélni a veszteség fájdalmát, 3. folytatni az életet az elhunyt nélkül, 4. beilleszteni az elhunyttal kapcsolatos érzéseket az identitásba, 5. emlékké szelídíteni az elhunyttal való kapcsolatot, 6. értelmet találni a veszteségben, 7. új kapcsolatokat kiépíteni.

Parkes (1993) főként a megjelenő stresszorok és a rájuk adott lélektani és egyéb reakciók mentén értelmezi a folyamatot, mások (ld. Bonanno és Kaltman, 2001; Boelen és van der Bout, 2008) a kimenetelt (normál/patológias) meghatározó prediktorokat elemzik. Neimeyer (1998) és Walter (1996) a rekonstrukciós folyamatra helyezik a hangsúlyt. Hangsúlyt kap a kutatásokban az evolúciós perspektíva is (ld. Nesse, 2005) és a reziliencia témaköre is (Bonanno és mtsai, 2002; Bonanno, 2004). Cook és Oltjenbruns (1998) modelljükben (Model of Incremental Grief) a járulékos veszteségek fontosságára hívják fel a figyelmet kifejezetten a családi kontextusban gondolkodva. Ez azt jelenti, hogy egy családtag elvesztése nem pusztán egy személy elvesztését jelenti, hanem a családtagok különböző (pl. gondolkodásbeli, megküzdésbeli) működésének következtében másodlagos veszteségek is megjelennek, mivel megváltozhatnak a családon belüli érzelmi és erőviszonyok is, ezáltal a kapcsolatok is.

Stroebe és Schut (1999) fogalmazzák meg *a gyász kettősfolyamat-modelljét* (Dual Process Model of Grief), ami a gyászoló megküzdési útjainak taxonómikus leírását tartalmazza. A modell komponensei: a stresszorok, a veszteséggel kapcsolatos kognitív stratégiák, és maga a folyamat dinamikája. A modell egyik pillére a veszteség vagy helyreállítás felé való orientáció. A veszteség-orientáció hasonló működés, mint amit a gyász munka klasszikus elképzelései is leírnak: rumináció, kapcsolatkeresés az elhunyttal, elmerülés a vele való kapcsolatban. A helyreállítás-orientáció elképzelése visszanyúl Cook és Oltjenbruns (1998) másodlagos veszteségek elképzeléséhez, és arra utal, hogy a gyászolónak számos más megváltozott dologgal is meg kell küzdenie, nemcsak a személy elvesztésével. Azaz e második pillér arra utal, hogy milyen teendői vannak a gyászolónak, mi mindennel kell megküzdenie a folyamat során. Stroebe-ék modellje kompatibilis Worden (1991) „feladat-modelljével”, csak

ők kiegészítik a következőképpen: 1. nemcsak a veszteség realitását kell elfogadni, hanem a megváltozott világot is; 2. nemcsak átélni kell a gyász fájdalmát, hanem időnként el is kell tudni távolodni tőle; 3. az élet folytatásához szükséges az új szerepek, identitások, kapcsolatok kiépítésének képessége is. A kettős folyamat-modell nem lineáris, hanem folyamatos oszcillációt feltételez a kétféle működés között és a szerzők ezt a dinamikus oszcillációt tartják a modell leglényegesebb elemének. A folyamat kezdetén a veszteség-orientáció van túlsúlyban, a folyamat végén pedig a helyreállás-orientáció, azonban a kettő között folyamatosak a váltások.

3. A komplikált gyász

Mivel a gyász a veszteségre adott normál reakció, a terület szakemberei számára fontos (diagnosztikai) kérdés, hogy mikortól tekintjük „nem normálisnak” a gyászoló reakcióit. Az állatvilágban is van olyan faj, például a hattyú, amelyik egy életre választ párt, és ha elveszti a párját, elvonul a közösségtől, és magányosan éli le az életét. Meghatározhatjuk a fogalmat statisztikailag, nézhetjük, hogy az adott terület kulturális normáinak megfelel-e, a reakciómódok elterjedtsége alapján és így tovább, azonban önmagában egyik sem elegendő. Magát a fogalmat Wolfelt (1991) ajánlotta a korábbi „abnormális”, „diszfunkcionális”, „patológiás” gyász elnevezés helyett, ám jelentéstartalma máig számos vita tárgyát képezi (Horowitz és mtsai, 1997; Drenth, Herbst és Strydom, 2010; Pilling, 2012). A szakirodalomban a hangsúlypontok eltérhetnek, de ide tartozik mind a gyászreakciók elmaradása (bagatellizáció), elhúzódnása (krónikus gyász), túlzott intenzitása (hipertrofikus gyász), szokatlan pszichés vagy szomatikus tünetek fennállása (Pilling, 2012). Más felosztásban: krónikus, késleltetett, nagyított és maszkolt gyászreakciókról írnak (Corr és mtsai, 2009). Bár a gyászolók többsége képes ezzel a nagyon nehéz lélektani feladattal megbirkózni, az adatok szerint 9%-ra (Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky és van Heeringen, 2011), vagy más mérések szerint 10-20%-ra (Kristjanson, Lobb, Aoun és Monterosso, 2006) tehető a komplikált gyász prevalenciája. A 90-es évek végétől több tanulmány született a komplikált gyász diagnosztikai kritériumainak meghatározására (Horowitz és mtsai, 1997; Prigerson és mtsai, 1999), és a DSM-V kiadása kapcsán is sok támogatást kapott az a nézet, hogy külön diagnosztikai kategóriának tekintsék (Prigerson és Jacobs, 2001; Lichtenthal, Cruess, és Prigerson, 2004; Simon és mtsai, 2007; Boelen és van den Bout, 2008; Dillen, Fontaine és Verhofstadt-Denčve, 2008). A komplikált gyász diagnosztikai kritériumai napjainkban is folyamatos revízió alatt mennek keresztül (jó áttekintést adnak a témáról: Wittouck és mtsai, 2011; Shear és mtsai, 2011; Maercker és Lalor, 2012; Pilling, 2012). Prigerson és Maciejewski (2005) a következő diagnosztikai kritériumokat fogalmazzák meg (részben teoretikus, részben empirikus alapon):

A. Hosszantartó sóvárgás az elhunyt után, vágyakozás a vele való együttlétre.

B. Minimum 4 az alábbiak közül:

– nehezen tudja elfogadni a haláleset tényét;

- bizalomvesztés;
 - harag az elhunytal kapcsolatban;
 - továbblépés képtelenségének érzése;
 - jövőorientáció hiánya;
 - üresség, értelmetlenség érzése;
 - érzelmi beszűkültség, mások érzéseire való reakcióképtelenség;
 - idegesség, állandó feszültség.
- C. Mindezen tünetek nagymértékű és tartós károsodást okoznak a szociális kapcsolatokban, a munkavégzésben, vagy egyéb fontos területeken.
- D. A tünetek minimum 6 hónapja fennállnak.

Az újabb szakirodalmak Prigerson és mtsai (2009, 2013) nyomán újra és újra felvetik a komplikált gyász átnevezését *elhúzódó gyász zavarra* (Prolonged Grief Disorder), ám vagy a követhetőségre, a könnyebb érthetőségre (Wittouck és mtsai, 2011) vagy az elnevezés kevésbé elterjedt voltára (Pilling, 2012) hivatkozva mégiscsak a komplikált gyász elnevezést tartják meg. *Az elhúzódó gyász zavar* meghatározása: „szeparációs distressz és olyan kognitív, emocionális és viselkedéses szimptomák kombinációja, amely egy fontos személy elvesztését követően lép fel” (Wittouck és mtsai, 2011, 70.). A diagnosztikai kritériumok „nyelvén” fogalmazva ez a következőket jelenti részletesebben (Prigerson, Vanderwerker és Maciejewski, 2008):

- A. Jelentős személy elvesztése.
- B. Szeparációs distressz: a hiány átélése és sóvárgás az elhunyt után, vágyakozás a vele való együttlétre.
- C. Kognitív, emocionális, magatartásbeli tünetek (minimum 5 az alábbiakból):
- a veszteség elfogadásának képtelensége;
 - elkerülő magatartás (mindent kerül, ami a veszteség realitására emlékezteti);
 - keserűség és harag;
 - bizalomvesztés;
 - saját szerepeiben való bizonytalanság, csökkentértékűség érzete;
 - beszűkült (vagy hiányzó) érzelmek;
 - az élet értelmetlenségének érzete az elhunyt nélkül;
 - az élet folytatásának nehézségei (nem tud új szerepeket vállalni, új kapcsolatokat kötni);
 - döbbenet, hosszantartó sokk.
- D. Minimum 6 hónapja tart az állapot.
- E. A tünetek jelentősen károsítják a szociális kapcsolatokat, a munkavégzést vagy az egyéb fontos tevékenységeket (pl. otthoni szerepek, munkavégzés).
- F. Differenciáldiagnosztika: a tünetek nem magyarázhatók jobban PTSD-vel, depresszióval vagy generalizált szorongással.

Annak ellenére, hogy egyre erőteljesebbek a próbálkozások az egységes kritériumrendszer felállítására, a jelenség szerteágazó volta miatt a klinikusok főként a differenciáldiagnosztikai munkákból és esettanulmányokból (Prigerson és mtsai, 1995/a,

b; 1996; Horowitz és mtsai, 1997; Langner és Maercker, 2005; Lichenthal, Cruess és Prigerson, 2004; Kristjanson és mtsai, 2006; Drenth és mtsai, 2010) tudnak segítséget kapni. Az egyik legfontosabb kérdés a gyász – komplikált gyász és a depresszió elkülönítése. Mivel számos tünet hasonló a depresszióban és a gyászban, a klinikusok számára nagyon fontos kérdés, hogy melyikről van szó. A kérdőíves és interjú alkalmazó vizsgálatok (ld. Prigerson és mtsai, 1995/b; 1996) is azt igazolják, hogy a komplikált gyász tünettana csak részben különül el a depresszió tünettanától. A gyászidőszak kezdetén a depresszió jelenléte gyakoribb, majd az idő előrehaladtával csökken (1 évvel a veszteség után a gyászolók 15%-a diagnosztizálható depressziósnak) (Zisook, 1995). Ha jól megnézzük a fentebb bemutatott kritériumrendszert (és általában az empirikus vizsgálatok is eszerint működnek) a következőket tapasztaljuk: egyrészt nagyon rövid időt engednek a gyászolónak (6 hónap után már problematikusnak tartják a tüneteket), nem veszik figyelembe, hogy bizonyos tünetek (pl. büntudat) a normál gyász esetén is megjelenhetnek, illetve nagyon statikusan gondolkodnak egy dinamikus jelenségről (sem az intenzitást, sem az időbeliséget nem veszik figyelembe). Mindeközben a gyász kulturális megjelenésével foglalkozó tanulmányok (Kunt 1987; Parkes, Laungani és Young, 1997; McNally, 2000; Rodgers, 2004) és a klinikai tapasztalatok is azt mutatják, hogy a gyásszal való megküzdéshez több idő kell néhány hónapnál.

Pilling (2003/b, 50-51., Kaplan (1990) nyomán) nagyon jó összefoglalást ad a klinikusok számára a gyász és depresszió elkülönítéséhez, ebből kiemelünk néhány fontos jegyet:

- gyász esetén az önértékelés csökkenése nem annyira széleskörű, mint depresszióban;
- a büntudat, önvád gyászban az elvesztett személlyel kapcsolatos, míg depresszióban a gondolkodás egészét áthatja;
- a fájdalmas érzések és gondolatok gyászban jobban terelhetőek (a gyászoló képes lehet például unokája sikerének örülni), depresszióban azonban mindenre kiterjedőek;
- a gyászoló esetleges szuicid gondolatai passzívok, inkább az elhunytal való kapcsolat keresése által motiváltak („újra együtt lenni”), a kognitív és emocionális gátak erősek, depresszióban viszont gyakoribbak, erősebbek;
- a gyász lefolyása hullámzó, vannak időszakok, amikor a gyászoló érzi, hogy idővel jobb lesz, a depresszió statikusabb, mindent átható, a tünetek az idő múlásával inkább mélyülnek;
- a gyászoló képes reagálni a társas támogatásra, környezetéből szimpátiát, együttérzést vált ki, a depressziós viszont elzárkózik, nem reagál a támogatásra, környezetéből az idő múlásával értetlenséget, ingerültséget vált ki;
- és végül fontos szempont, hogy gyász esetén az antidepresszánsok hatástalannak, míg depresszióban segítenek.

Az alábbiakban összeszedjük azokat a komplikált gyászra hajlamosító tényezőket, melyekre a klinikusoknak érdemes figyelnie (Kristjanson és mtsai, 2006; Pilling, 2012; Zisook, 1995):

1. a veszteség váratlansága és erőszakossága: hirtelen bekövetkező halál, baleset (főleg, ha a gyászoló okozta), gyilkosság, öngyilkosság;
2. elhunythoz fűződő kapcsolat jellege: ambivalens, dependens kapcsolat, gyermek vagy fiatal halála;
3. korábbi traumák, veszteségek: abúzus, elhanyagolás, halmozott veszteségek;
4. a gyással fellépő egyéb stresszhelyzetek;
5. kapcsolati háló, társas támogatás hiányosságai;
6. rossz testi-lelki egészség: különös tekintettel a depresszióra.

Klinikai szempontból mindenféle és bármely irányú eltúlzott reakció figyelemfelkeltő lehet: például a szélsőséges tagadás (akár az elhunyttal való kapcsolat fennállásának tartós érzése, akár a fájdalmas érzések negligálása), erős elkerülő magatartás, az elhunyt idealizációja, túlzott belemerülés valamilyen tevékenységbe (pl. munka, szerencsejáték), elhúzódó és túlzott félelem a haláltól, betegségektől, testi betegségek megjelenése (főleg, ha ugyanaz, mint az elhunyté), tartós valóságérzelési zavarok, hirtelen karakterváltozás, tartós és erős öngyilkossági gondolatok (Silverman és mtsai, 2000; Latham és Prigerson, 2004; Agerbo, 2005; Stroebe, Stroebe és Abakoumkin, 2005; Boelen és Prigerson, 2007; Bonanno és mtsai, 2007; Neria és mtsai, 2007; Simon és mtsai, 2007; Stroebe, Schut és Stroebe, 2007).

4. A gyász folyamatának sajátosságai az életkorok függvényében

A gyász megélésének folyamata erősen összefügg azzal, ahogyan a halálról gondolkodunk, és amikor veszteséggel találkozunk, szembesülünk saját eljövendő halálunkkal is. A veszteséggel való belső munkát segíti, ha saját halandóságunkat elfogadjuk (Polcz, 2000; Kast, 2000; Kulcsár, Rózsa és Reinhardt, 2006). Ugyanakkor nem születünk kész halálképpel, hanem a halálhoz való viszonyunk is változik csecsemőkortól időskorig, ez pedig meghatározza, hogy a veszteségekkel másképpen bánunk az emberi élet különböző szakaszaiban. (Jelen fejezetben nincs mód a teljes fejlődéslelektan áttekintésére, a gyermeki fejlődésről jó áttekintést talál az olvasó Cole és Cole (2006) átfogó könyvében). Ebben a fejezetben először a halálról való gondolkodás, majd a gyász folyamatának életkori specifikumait tekintjük át: kisgyermekkorától serdülőkorig, majd az időskori jellemzőket. A felnőttkor ebben a fejezetben külön nem szerepel, mert a normál és komplikált gyász fejezeteiben már áttekintettük.

4.1. A halálkép a különböző életkorokban

Az egyes szerzők között nincs egyetértés abban, hogy melyik az a legkorábbi időpont, amikor a halál képzete megjelenik a fejlődés során, de abban igen, hogy a halálkép fejlődését az intellektuális fejlődéssel párhuzamosan kell vizsgálni, ép-

pen ezért a leggyakrabban a piaget-i szakaszoknak megfelelő szakaszokra bontást veszük alapul a halálképpel kapcsolatban is. Az empirikus kutatások általában a két-három éves gyerekekkel kezdik a vizsgálatokat, mivel akkor már lehetséges a beszámoltatás, rajzoltatás. (Ugyanakkor az újabb transzgenerációs trauma kutatásai és esettanulmányai (Share, 1996; Paley és Alpert, 2003; Vas és Zseni, 2007) rávilágítanak arra, hogy a veszteség már a preverbális korban is megélhető, csak éppen a megfogalmazhatóság hiánya miatt nem tud narratívába rendeződni és ezért okozhat később tüneteket.) A szerzők abban egyetértenek, hogy a gyerekek 3 éves kor alatt még nem értik a visszafordíthatatlanságot, és a halálkép is nagy varianciát mutat azügyben, hogy a mozdulatlanság, az elutazás, az alvás mennyire fedi le számukra a fogalmat. Piaget (1929; 1959) bár maga nem vizsgálta szisztematikusan a gyerekek halálképét, megemlíti, hogy a halállal kapcsolatos kérdezősködés az okság megértésének folyamatát szolgálja. A szakirodalom szerint (ld. Barrett és Behne, 2005; Nagy, 1936/1997) a kérdés inkább óvodáskortól kerül elő a gyermekek gondolkodásában. Ekkor a mágikus gondolkodás dominál, így amikor a halálra gondolnak, annak elkerülhetetlenségét nem a felnőtt gondolkodás szerint értelmezik, hanem valahogy úgy, mint valami, ami elkerülhetetlen ugyan, de nem végleges és főként a külső jegyekre (pl. mozdulatlanság, alváshoz való hasonlatosság, elutazás) fókuszálnak. 5-9 éves kor között megjelenik a halál megszemélyesítése és körülbelül 10 éves korra alakul ki a felnőttekre is jellemző halálkép. Ugyanakkor van olyan vizsgálat (ld. Johnson, 2000), ami azt mutatja, hogy már csecsemők is képesek az „élő-nem élő” közti különbségtételre. Barrett és Behne (2005) empirikus vizsgálatban igazolták, hogy már 4 éves kor körül megjelenik az alvás és a halál állapota közti különbségtétel a gyermekek gondolkodásában. Polcz Alaine történeti-társadalmi kontextusba ágyazott eszmeifuttatása a halálkép változásáról is elgondolkodtató lehet: „A [középkorban] lakomától a rituális mosdatásig minden a közösség részvételével zajlott, a születés és a halál is. A gyermekek természetesen szintén jelen voltak [...] tapasztalhatták az életet, minden velejárójával együtt. [...] Ezek után nem csoda, ha a hároméves gyermek mindent tudott a születésről, a szerelemről, a halálról is, és ez mindenki számára természetes volt” (1995, 9.).

Érdekes, hogy a témakörrel foglalkozó újabb tanulmányok (ld.. Corr, Nabe és Corr, 2009) is általában Nagy Mária Ilona (1936/1997) könyvét (külföldön 1948-ban jelent meg) veszik alapul, amikor a gyermekek gyászáról van szó. Nagy Mária Ilona 378, 7 és 10 év közötti gyerekekkel dolgozott, interjút és rajzokat készített velük a halálról. Három magyarázatípus rajzolódott ki a kutatásból: 1. animista felfogás (3-6 év), 2. perszifikáció (3-10 év), 3. realista (6-10 év). Az *animista* felfogás szerint a halál nem irreverzibilis, analóg lehet az álommal, elutazással, lehetséges olyan, hogy valaki csak „kicsit hal meg”, vagy csak átmenetileg. A *perszifikáció* szakaszában már érti a halál tényét, elkülönül az élő és a halott, ám mivel ez félelemmel színeződik, könnyebb kivetíteni egy személyre (pl. kaszás ember, vagy maga a halott). A reális szakaszban a gyermek már tudja (kb. 9 éves kor körül), hogy a halál a testi működések végleges és visszafordíthatatlan megszűnése, és ez már hasonló a felnőtt gondolkodásmódhoz.

Speece és Brent (1996) áttekintve a halálképpel kapcsolatos tanulmányokat, arra a következtetésre jutnak, hogy ez nem egy egyszerű, komplikációmentes jelenség. Szerintük a halálkép fogalma öt alfogalmat rejt magában: az univerzalitást (minden élő meghal egyszer), a visszafordíthatatlanságot, az életfunkciók végleges és teljes megszűnését, az okságot és a halál utáni étellel kapcsolatos gondolatokat. Arra a következtetésre jutnak, hogy „az életkor önmagában nem magyaráz semmit” (43.), sőt, a korábbi vélekedéssel (miszerint a gyermekek a halandóságot magukra csak később vonatkoztatják) szemben úgy érvelnek, hogy nagyon sok gyermek előbb érti meg saját halandóságát, minthogy azt másokra vonatkozóan is kötelező érvényűnek tekintené.

Vannak szerzők (ld. Corr, Nabe és Corr, 2009), akik szerint önmagában az életkor valóban kevésbé számít, fontosabbak az átélt tapasztalatok. Valóban, Diamant (1994, id. Corr, Nabe és Corr, 2009, 322.) például az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) megbízásából végzett egy kutatást, és eredményei szerint azok az amerikai gyerekek, akik naponta átlagosan 2-4 órát ülnek a televízió előtt, körülbelül 8000 különféle gyilkossággal és 100000 életellenes cselekménnyel „találkoznak”, mire az általános iskolát befejezik. Mivel ezek „nem valósak”, a felnőttek gyakran alábecsülik a hatásait. Boldizsár a 2013-as gyásszal foglalkozó konferencián (”Ki vigasztalja meg a gyermeket?” Budapest, 2013. október 25.) előadásában azt hangsúlyozta, hogy a hagyományokon keresztül a gyermekek számos (és tegyük hozzá: minőségi) módon találkozhattak az elmúlással és a gyásszal: gyermekjátékok sokasága (farkasozás, méhes ember, kapus-átkeléses játékok, pitánkázás), népdalok, szólások, találós kérdések és mesék tartalmaztak valódi tudást az élet végességéről. Simkó (2013) szerint azért olyan nehéz ma felnőttnek és gyerekeknek egyaránt az élet végességének és a gyásznak a kérdése, mert semmilyen felkészítés nincs rá, a felnőttek fejében tévképzetek élnek arról, hogy a gyerekek mit tudnak és mit értenek meg, és felhívja a figyelmet arra is, hogy a felkészítés már elkésett, ha a veszteség már megtörtént.

4.2. A gyász sajátosságai a különböző életkori övezetekben

Másképp gyászol a gyermek, a serdülő, a felnőtt és az idős ember. A gyermekek is képesek a gyász átélésére és számos módon reagálhatnak a veszteségre. Ezek közül van, ami hasonló a felnőttek működéséhez, de vannak különbségek is. A fájdalmat, a veszteséget ugyanúgy átélik, csak a megjelenési formája lehet más. Például a hír közlése kapcsán a szülők megijedhetnek, ha a gyermek nem reagál azonnal akár a szokásos „ez nem lehet igaz”, „hazudsz”-típusú mondatokkal, holott a dermedtség náluk is éppúgy a normál reakciók közé tartozik, mint felnőttek esetében (Dyregrov, 2008).

Az 5 év alatti gyermekek az egocentrikus világgép és a mágikus és konkrét gondolkodás működése miatt olyan kérdésekkel lephetik meg a felnőtteket, mint „Segíthetünk neki, hogy visszajöjjön a sírból?”, „Mikor fog visszajönni?”, „Adhatunk neki limonádét a sírban?”, „Jó, kicsit meghalt, de holnap visszajön?” (ld. fentebb: a halál ebben a korban még nem irreverzibilis), vagy „A lánybabák is meghalhatnak?”

(ld. fentebb: még nem univerzális a halálkép) (Dyregrov, 2008). Megjelenhetnek fantáziák a halál okát illetően, ezek közül az egyik legfontosabb, hogy a mágikus gondolkodás miatt gyakran úgy érzik a gyerekek, hogy ők az okai a veszteségnek.

5-10 éves kor között az érzelmek kifejezésére gyakran a többszörös fokozást (pl. „nagyon, nagyon, nagyon szomorú”) használják, és gyakran foglalkoztatja őket az igazságosság-igazságtalanság kérdése, pl. „Jó emberekkel is történhetnek rossz dolgok?”. A leggyakoribb gyerekeknél leírt gyászreakciók: szorongás, félelem, alvásproblémák, élénk emléketörések, vágyakozás az elhunyt után, szomorúság, düh, acting out, szégyen, büntudat, iskolai problémák, szomatikus tünetek (Dyregrov, 2008; Corr, Nabe és Corr, 2009). Megváltozhat a viszonya a gyermeknek a felnőttekhez, hiszen azok nem tudták megakadályozni a történetet, akkor ő hogyan bízhatná magát rájuk.

A felnőttek számára a következő dolgok lehetnek a félreértés forrásai:

- a folyamat a gyermekeknél sokszor változékony szakaszosságban jelenik meg (egyik pillanatban teszi a dolgát, másik pillanatban összeomlik és ez bejósolhatatlanul változik);
- lehetséges, hogy kevésbé fejezik ki az érzéseket (minél kisebb a gyermek, annál kevesebb szava van rá és annál inkább az egyéb viselkedéses reakciókban – sírás, düh, agresszió-regresszió – tudja kifejezni magát);
- megjelenhet az igény arra, hogy beszéljenek a veszteségről, ám hamar elfordulhat a helyzettől a gyermek, ha túl soknak érzi (fontos tudni, hogy ez nem érzéketlenségből fakad);
- a felnőttek sokszor azt gondolják, hogy ha nem beszél a gyermek, akkor nekik sem kell beszélni vele, ám ennek izoláció és magány lesz az ára;
- minél kisebb a gyermek, annál könnyebben terelődik el látszólag a figyelme átmenetileg más dolgok felé (ugyanolyan intenzív figyelemmel játszhat az egyik pillanatban és élhet át mély és fájdalmas érzéseket a másikkban), de ez nem jelenti azt, hogy nem foglalkozik a veszteséggel.

A *serdülőkor* különösen nehéz időszak a gyász szempontjából. Kutatások szerint a tinédzserek 90%-a élt már át halállal kapcsolatos veszteséget, és az Egyesült Államokban a 18 év alatti gyermekek 3,14%-a elvesztette valamelyik szülőjét (ami több, mint 2 millió amerikai gyermeket jelent) (Christ, Siegel és Christ, 2002; Muselman és Wiggins, 2012). Nem szabad elfelejteni, hogy a tinédzserkor önmagában is nehéz lélektani feladatok megoldásának időszaka, önmagában is normatív krízist jelent, ahol az addig megszokott sémák már nem segítenek és újakat kell kidolgozni. Olyan kérdések kerülnek előtérbe, mint a szülőktől való elszakadás, önállóság, saját identitás kialakítása, az élet értelmével, így a születéssel-halállal kapcsolatos kérdések, s mindez erőteljes hormonviharzás, testi-lelki változások közepette. A kortársak befolyása erősödik, a szülőkkel való viszony erősen megváltozik, a függetlenség és függés ambivalens érzelmei oszcillálnak. Ha ebben az egyébként is meglevő normatív krízisállapotban veszteség történik, a normatív krízisre rakódó akcidentális krízis hihetetlenül nagy lélektani terhet ró a serdülőre. A nehézséget az is okozza, hogy noha a halálkép ekkorra már hasonló a felnőttéhez, ám a veszteséggel való meg-

küzdés eszközei még hiányoznak (Rendesi-Kárpáty, 2013). A tinédzserek gyásza az emocionális állapotok közti váltásokat tekintve hasonló a kisebb gyermekeknel megfigyelhető folyamathoz: itt is félreértés forrása lehet, hogy a kamaszok is rövidebb epizódokként élnek át a felnőtteknél megfigyelhető érzelmeket (szomorúság, düh, anhedónia), és közben vissza-visszatérnek a normál tevékenységeikhez. A kamaszok a felnőtt állandó szomorúságát sérülékenységnek élhetik meg, ami megrendítheti a bizalmat, ezért nagyon fontos kommunikálni velük. Ugyanakkor több, a serdülőkori gyással foglalkozó szakirodalom (ld. Melhelm és mtsai, 2004, Melhem, Moritz, Walker, Shear és Brent, 2007; Rask, Kaunonen és Paunonen-Ilmonen, 2002) is felhívja a figyelmet arra, hogy a serdülők veszteség-feldolgozása más, mint a gyerekéké vagy a felnőttké, és hogy tulajdonképpen milyen keveset tudunk róla. Rendesi-Kárpáty (2013) kvalitatív empirikus kutatást végzett 100, 15-18 év közötti serdülőről interjúk és a Halál iránti attitűd kérdőív felvételével. A mintában 72 haláleset volt váratlan, 28 bejósolható, a haláleset óta eltelt idő 1-36 hónap között oszlott meg. Eredményei szerint a halál váratlansága, az elhunytal való ambivalens kapcsolat megnehezítette a gyászt, az anticipáció lehetősége pedig nem könnyítette a folyamatot. A kortársak halála erősebb gyászreakciókkal járt, mint az idősebbeké. A szakirodalommal ellentétes módon azonban a gyász folyamata nem járt együtt az iskolai teljesítményromlással. A szerző felhívja a figyelmet arra is, hogy a normál gyász kapcsán azonosított szakaszok serdülőknél nem feltétlenül jelennek meg a szakirodalomban leírt módokon, éppen ezért a serdülőkori gyászt külön kellene vizsgálni és nem együtt tárgyalni a gyermek és/vagy felnőtt gyászreakciókkal.

Összefoglalásként azért álljon itt egy táblázat, mely Christ és mtsai (2002) alapján mutatja be az egyes életkori szakaszok sajátosságait 3 éves kortól a kamaszkorig (1. táblázat).

	<i>Fejlődés</i>	<i>Mágikus gondolkodás, kommunikáció fontos dolgokról, főként a játékon keresztül</i>
3-5 éves kor	Normál gyász	„Mikor jön haza végre?” Még nem érti a halál visszafordíthatatlanságát, a családot teljesnek szeretné látni. A szomorúság (és a felnőtteknél leírt gyászreakciók) periodikusan jelentkeznek, közben visszatér a tevékenységéhez. A felnőttek erős reakciói magyarázat nélkül ijesztőek lehetnek számára.
	Komplikált gyász (figyelmeztető jelek)	Erős szeparációs szorongással reagál még 6 hónappal a gyászeset után is mindennemű elválásra. Erős regresszió (pl. visszaesés a szobatisztaságban).

5-8 éves kor	<i>Fejlődés</i>	<i>Konkrét műveleti gondolkodás szakasza. Nyitás a kortársak felé, de az önbizalom fő forrásai még a szülők. Megjelenik a félelem attól, hogy az agresszív gondolatok, szavak vagy kívánságok valódi hatással lehetnek másokra.</i>
	Normál gyász	„Biztosan az én hibám.” Érti a halál univerzalitását, de az oksági része még nem teljesen világos. A büntudat és önhibáztatás mellett a gyász folyamatában pozitív érzések is megjelennek az eltávozottal (szülő) kapcsolatban: idealizálják, mint egy hőst, és gyakran teszik valamilyen biztonságos helyre (Tündérország, Mennyország) és sokszor még funkciót is adnak neki (pl. angyal, aki vigyáz rá).
	Komplikált gyász (figyelmeztető jelek)	Iskolai teljesítmény folyamatos romlása, iskolakerülés, öngyilkossági fantáziák (célja, hogy együtt legyen az elhunyttal), kontroll nélküli regresszív és/vagy agresszív viselkedés.
9-10 éves kor	<i>Fejlődés</i>	<i>Konkrét műveleti gondolkodás, érti az okságot, képes absztrakt fogalmakat megérteni. A tények azonban fontosak, az elégtelen mennyiségű információval nem tud mit kezdeni.</i>
	Normál gyász	„Csak mondd el mindent úgy, ahogy van!” Egyensúlyra törekszik a szomorúság elkerülésében és átélésében (pl. rituális visszaemlékezések segítik, hogy az érzelmek ne áraszhassák el), megjelenik a düh kifejezése. Érezheti az eltávozott jelenlétét.
	Komplikált gyász (figyelmeztető jelek)	Erős hangulatváltozások, agresszív viselkedés, erős teljesítménycsökkenés még 3-6 hónappal a veszteség után is. Szomatikus tünetek organikus alap nélkül. Teljes visszahúzódás a kortárs kapcsolatoktól.

12-14 éves kor	Fejlődés	<i>Pubertáskori fiziológiai változások. Formális műveleti szakasz a gondolkodásban, érti az absztrakt fogalmakat és képes szimbólumokban gondolkodni. A szülőkről való leválás kezdeti lépései: a dependencia és függetlenség ambivalenciája. A kortársak általi elfogadás fontossá válik.</i>
	Normál gyász	„A szobámban sírok – egyedül!” Erős érzések jelennek meg, de közben türelmetlen a környezetével. Gyakran „beszélget” az eltávozottal és érezheti a jelenlétét is.
	Komplikált gyász (figyelmeztető jelek)	Iskolakerülés, szerhasználat, szomatikus tünetek (organikus alap nélkül), nem megfelelő barátok választása, korai szexuális „kapcsolatok”, depresszió, visszahúzódás a tevékenységektől.
15-17 éves kor	Fejlődés	<i>Szorosabb kortárs kapcsolatok, leválás a szülőkről, empátia a családtagok szükségleteivel kapcsolatban, de a túlkorlátozás és a túlzott családi elvárásokkal szemben lázad.</i>
	Normál gyász	„Minden megváltozott, semmi sem lesz olyan, mint volt.” Már jobban hasonlít a felnőttek gyászreakcióihoz a folyamat, de a periodikusság még megvan. Megjelenhet a félelem a jövőbeli függetlenségtől. Nehezen viseli, ha a megmaradt szülő túlító vagy dependens viselkedést mutat. A szülőt, mint önálló személyiséget gyászolja.
	Komplikált gyász (figyelmeztető jelek)	6 hónappal a veszteség után is megmaradó felnőtt reakciók (nincs „visszaváltás”), depresszió, visszahúzódás a kortárs kapcsolatoktól vagy bármilyen tevékenységtől, vagy épp ellenkezőleg, kizárólag a kortársak a fontosak, szerhasználat, szexuális aktivitás, bolti lopás, teljesítménycsökkenés.

1. táblázat. A gyász jellegzetességei a pszichológiai fejlődés egyes állomásain 3-17 éves korig (Forrás: Christ, Siegel és Christ (2002) alapján).

Több olyan tanulmány is van, ami kifejezetten a serdülők segítségével foglalkozik gyász esetén. A segítő programok általában hangsúlyozzák, hogy a serdülőkori gyász más mint a gyermekeké és a felnőtteké, ezért másképpen is kell kezelni. Például Bugge, Haugstvedt, Røkholt, Darbyshire és Helseth (2012) kifejezetten tinédzserek számára dolgoztak ki gyászfeldolgozást segítő programokat, és tesztelték azok hatékonyságát.

Wolfelt (1983/2013) hét „utat” mutat az érdeklődőknek, hogy hogyan lehet a gyerekeket átsegíteni a folyamaton. Kiindulópontja, hogy a gyermek nem tud dönteni arról, hogy gyászol vagy nem, de a felnőtt tud döntést hozni arról, hogy segít-e neki vagy sem (Wolfelt, 1983/2013). A hét „arany szabály” szerinte a következő:

1. Igazat mondani és nem eufemizálni (azaz használni kell a halál, meghalt szavakat).
2. Engedni és elfogadni, amit a gyermek érez, legyen az düh, bánat, konfúzió, büntudat, vagy akár megkönnyebbülés, és biztosítani arról, hogy ez mind rendben van.
3. Érdemes figyelni a cselekvéseken keresztül megmutatkozó érzésekre (sokszor regresszív viselkedést vagy szokatlan, akár destrukcióba hajló cselekvéseket is láthatunk, ezektől nem kell megijedni).
4. Érdemes segíteni a gyermeket abban, hogy megértse a körülötte levő felnőttek érzéseit, amik szintén széles skálán mozoghatnak.
5. Segíteni kell őket abban, hogy gyermek maradjon, azaz nem szabad felnőtt viselkedést és működést elvárni tőle, és el kell fogadni azt is, hogy az egyik pillanatban mély fájdalomról tesz tanúságot, a másikban ugyanolyan elmélyülten képes valamilyen játékba bevonódni.
6. Érdemes megengedni, hogy részt vegyen a búcsúzás rituáléiban, különben ha nem vehet részt, előfordulhat, hogy sokkal borzasztóbb fantáziákat alkot magának például a temetésről, mint amilyen az a valóságban, vagy éppen azt érezheti, hogy ő nem elég fontos a családban ahhoz, hogy részt vegyen az eseményen.
7. Talán a legnehezebb kérdés, hogy mikor van szükség professzionális segísége. A teljesítménycsökkenés, a szociális helyzetektől való visszavonulás, az alkalmankénti regresszív viselkedés önmagában még nem indokolja a segítségkeresést, azonban a komoly destruktív viselkedés (lopás, verekedés, állatok elleni erőszak, emberekkel szembeni tartós agresszív viselkedés), a teljes szociális izoláció, szerhasználat, öngyilkossággal fenyegetőzés már mind intő jelnek tekinthetők. Kétségtelen, hogy sokszor azért jutnak el idáig az érintettek, mert a családban nem megfelelő és nem őszinte a kommunikáció a halállal, gyással kapcsolatban.

Napjainkban egyre több tanulmány és kötet foglalkozik az *időskor* lélektanával (ld. Hawton és mtsai, 2011; Pynnönen, Törmäkangas, Heikkinen, Rantanen és Lyyra, 2012; Hepple, Pearce és Wilkinson, 2014). Az idősödés fizikai, kognitív, szociális, spirituális és gyakorlati változások összetett folyamata (Stephen, 2013).

Azt gondolhatnánk, hogy mivel az idősök már sokféle veszteséggel találkoztak az életük során (pl. fokozatos biológiai leépülés, beszűkülő élettér, pénzügyi veszteségek, kognitív képességek romlása, stb.), „hozzá vannak szokva”, jobban tudják, mit is kell kezdeni velük. Az időskorban megélt halmozott veszteségek azonban sokféle reakciót válthatnak ki. Egyeseknél az integritás, bölcsesség, elfogadás folyamatát erősíti, ahogy a veszteséggel való megküzdés tapasztalatai beépülnek a lélek szövetébe, másoknál éppen ellenkezőleg, az esetleges korábbi feldolgozatlan veszteségek „taposóaknaként” működnek, az újabb veszteség felélesztheti őket, s ezek így együttesen akár szomatikus megbetegedésekhez is vezethet.

Az időskori gyásszal foglalkozó tanulmányok (ld. Hansson és Stroebe, 2007; Stephen, 2013) négy fő területet szoktak kiemelni: egészségügyi hatások, magány, az elhunyttal való kapcsolat folytonossága és a megváltozott identitás. Az *egészségügyi hatásokat* illetően a tanulmányok kiemelik a mortalitás magasabb kockázatát gyászoló idősöknél, főleg váratlan veszteség esetén (Shah és mtsai, 2013). Mortalitás szempontjából különösen veszélyeztetettek a fiatal idősök (70 év alattiak), a férfiak, a kevés vagy gyenge szociális kapcsolattal rendelkezők, valamint azok, akik már a veszteséget megelőzően is testi betegséggel küzdöttek, vagy anamnézisükben depresszió szerepel (Martikainen és Valkonen, 1996; Moon, Glymour, Vable, Liu és Subramanian, 2013). Shah és mtsai (2012) longitudinális vizsgálatukban 171.120 60 év feletti párt követtek 5 éven keresztül, kifejezetten a veszteséggel összefüggő mortalitás lehetséges prediktív faktoraira helyezve a hangsúlyt. A minta 15,5%-a találkozott veszteséggel ebben az időszakban. Vizsgálatuk egyik konklúziója, hogy sem a jobb egészségi állapot, sem a pénzügyi biztonság nem működik prediktív faktorként a mortalitást illetően. Egyes kutatások (ld. Newson, Boelen, Hek, Hofman és Tiemeier, 2011) felhívják a figyelmet arra, hogy idősöknél a komplikált gyász prevalenciája 25%, ami azt mutatja, hogy az idősök erősen veszélyeztetettek ebből a szempontból. Az idősök számára a veszteség által kiváltott „extra” *magány* komoly kockázattal jár a depresszió és a szomatikus tünetek, betegségek kialakulását (vagy a meglévő súlyosbodását) tekintve. Magányosságérzetük erőssége és valódi természete gyakran rejtve marad, mivel egyébként is sokszor beszűkültebb élettérrel és kapcsolati hálóval rendelkeznek. A kötődéseméleti megközelítésből ismert, hogy az *elhunyttal való folytonos kapcsolat* érzete segítheti a veszteséggel való megküzdést (Field, 2006), és idősöknél gyakrabban megfigyelhető ez a jelenség. Azonban náluk ez további szociális izolációhoz vezethet, mivel nem is akarják, hogy az élénk álmok, vagy az elmerülés az elhunyttal kapcsolatos emlékekben megváltozzanak. Az időskorban elszenvedett veszteségek erősen megváltoztatják az idős ember felépített *identitását*. Újraértékelődnek olyan kérdések, mint hogy „Mi értelme az életnek?”, „Mi értelme az életnek nélküle?”, „Van-e még feladatom ezen a világon?”. Megváltozhat a családtagokkal való viszony is, a családon belül is új státuszt, szerepeket kell találni, ami gyakran nem könnyű.

5. Összefoglalás

A gyász bár univerzális emberi tapasztalat, megjelenési formái nagyon változatosak. A gyásszal kapcsolatos reakciók önmagukban természetesnek tekintendők, azonban a reakciók eltúlzott formái (akár időben, akár intenzitásukat tekintve) már klinikai figyelmet igényelnek. Ennek megállapítása nem könnyű, hiszen a gyászra adott reakciókat számos tényező befolyásolja (az elhunyt életkora, a vele való kapcsolat jellege, a kötődés jellegzetességei, a veszteség váratlansága, a gyászoló életkora, stb.), melyek külön-külön mind egy-egy speciális területét képezik a gyásszal kapcsolatos kutatásoknak.

Láthattuk, hogy a szakirodalomban is többféle hangsúlypont létezik a gyász kapcsán (a szakasz-elméletektől a folyamat-modellekig). Az újabb kutatások a gyász folyamatának lehetséges pozitív hatásait (pl. poszttraumás növekedés, reziliencia) is figyelembe veszik, és már nemcsak a normál-patológiás dimenzióban gondolkodnak, noha a kérdés a klinikai diagnosztikát illetően (ld. DSM-V) fontos maradt. A különböző életkori övezetekre vonatkozó specifikumok pedig arra világítanak rá, hogy a halállal, veszteséggel való szembenézés nem választható el az egyéni fejlődés folyamataitól és feladataitól. Azaz nem várhatunk gyerektől vagy serdültől felnőttre jellemző működést. Veszteség átélése kapcsán nemcsak elméletileg és általánosan találkozunk a múlandósággal, hanem szembesülünk saját múlandóságunkkal is, ami rákényszerít bennünket arra, hogy valóban az élet fontos kérdéseivel foglalkozzunk.

Irodalom

- Agerbo, E. (2005). Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: A gender specific study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 407–412.
- Averill, J. R. (1968). Grief: its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70, 721–748.
- Barrett, H. C., Behne, T. (2005). Children's understanding of death as the cessation of agency: a test using sleep versus death. *Cognition*, 96(2), 93–108.
- Boelen, P. A., van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157, 311–314.
- Boelen, P. A., Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: A prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 444–452.
- Boldizsár I. (2013). Mesék életről-halálról és újjászületésről. *Előadás a Napfogyatkozás Egyesület „Ki vizsgálta meg a gyermeket?” – A gyermekek és kamaszok veszteség-feldolgozásának támogatása című konferenciáján*. Budapest, 2013. október 25.

- Bonanno, G. A. (2001). Grief and emotion: A social-functional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Szerk.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. Washington, DC.: American Psychological Association Press. 493-515.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. A., Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Papa, A., O'Neill, K. (2002). Loss and human resilience. *Applied & Preventive Psychology*, 10, 193-206.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342-351.
- Bowlby J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-339.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol 2: Separation, anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bugge, K. E., Haugstvedt, K. T., Røkholt, E. G., Darbyshire, P., Helseth, S. (2012). Adolescent bereavement: embodied responses, coping and perceptions of a body awareness support programme. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2160-2169.
- Cheek, D. B. (1969). Communication with the critically ill. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12, 75-85.
- Christ, G. H, Siegel, K. Christ, A. E. (2002). Adolescent grief. „It never really hit me ... until it actually happened”. *JAMA*, 288(10), 1269-1278.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S., Shipley, C. (2002). Childhood traumatic grief: Concepts and controversies. *Trauma, Violence, and Abuse*, 3, 307-327.
- Cohen, J. A, Mannarino, A. P., Knudsen, K. (2004). Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-1233.
- Cole, M., Cole, SR. (2006). *Fejlődéslelektan*. Budapest: Osiris kiadó.
- Cook, A. S., Oltjenbruns, K. A. (1998). The bereaved family. In A. S. Cook, K. A. Oltjenbruns (Szerk.), *Dying and grieving : Life span and family perspectives*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace. 91-115.
- Corr, C., Nabe, C., Corr, D. (2009). *Death and Dying, Life and Living*. Belmont: Wadsworth.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998/2005). Veszteségélmény, je - lentéstulajdonítás és előnykövácslás. A jelentés két megközelítése. In Kulcsár Zs.

- (Szerk.), *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest: Trefort. 149–176. Eredeti: Making Sense of Loss and Benefiting From the Experience: Two Construals of Meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561–574. Fordította: Nagy Henriett és Kulcsár Zsuzsanna
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J., Verhofstadt-Denčve, L. (2008). Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 386–395.
- Drenth, C.M, Herbst, A. G., Strydom, H. (2010). A complicated grief intervention model. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 15(1), # 415.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children: A Handbook for Adults*. Gateshead, GB: Athaeneum Press.
- Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64, 93–98.
- Field, N. P. (2006). Unresolved grief and continuing bonds: An attachment perspective. *Death studies*, 30(8), 739–756.
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Szerk.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. Washington, DC.: American Psychological Association Press, 563–584.
- Freud, S. (1917/1997). Gyász és melankólia. In S. Freud, *Ösztönök és ösztönsorsok*. Budapest: Filum Kiadó, 129–143.
- Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. London: Cresset Publ.
- Hansson, R. O., Stroebe, M. S. (2007). *Bereavement in late life: Coping, adaptation, and developmental influences*. American Psychological Association.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57–67.
- Hepple, J., Pearce, J., Wilkinson, P. (Szerk.) (2014). *Psychological therapies with older people: developing treatments for effective practice*. Psychology Press.
- Horowitz, M. J. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260–273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910.
- Howarth, R. A. (2011). Concepts and Controversies in Grief and Loss. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, 4–10.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic Grief: Maladaptation to Loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kast, V. (2000). *Kötés és oldás*. Budapest: Európa Könyvkiadó.
- Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S., Monterosso, L. (2006). *A systematic review of the literature on complicated grief*. Department of Health and Ageing, Canberra, Australia. Letöltés helye: <http://www.health.gov.au/internet/publications/>

- publishing.nsf/Content/CA25774C001857CACA25716B007662BA/\$File/grfall.pdf. Letöltés dátuma: 2014. május 5.
- Kulcsár Zs. (Szerk.) (2005). *Teber alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest: Trefort kiadó.
- Kulcsár Zs., Rózsa S., Reinhardt M. (2006). *A poszttraumás növekedés feltételei és empirikus vizsgálata*. Budapest: Trefort kiadó.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York, NY: Macmillan.
- Kunt E. (1987). *Az utolsó átváltozás*. Budapest: Gondolat kiadó.
- Langner, R., Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research* 58, 235–242.
- Latham, A. E., Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34, 350–362.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637–662.
- Lindemann, E. (1944/1998). Az akut gyász tünettana és kezelése. *Kharón*, 2, 13–26. Eredeti: Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., Prigerson, H. D. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA*, 297, 716–723.
- Maercker, A., Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 167–176.
- Martikainen, P., Valkonen, T. (1996). Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health*, 86, 1087–1093.
- McNally, M. J. (2000). *Ojibwe Singers: Hymns, Grief, and a Native Culture in Motion*. New York: Oxford University Press.
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1411–1416.
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 493–499.
- Moon, J. R., Glymour, M. M., Vable, A. M., Liu, S. Y., Subramanian, S. V. (2013). Short- and long-term associations between widowhood and mortality in the United States: longitudinal analyses. *Journal of Public Health*, fdt101.
- Muselman, D. M., Wiggins, M. I. (2012). Spirituality and Loss: Approaches for Counseling Grieving Adolescents. *Counseling and Values*, 57, 229–240.
- Nagy M. I. (1936/1997). *A gyermek és a halál*. Budapest: Pont Kiadó.
- Neimeyer, R. (1998). *The lessons of loss : A guide to coping*. New York: McGraw Hill.

- Neimeyer, R. A. (Szerk.) (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC.: American Psychological Association Press.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., Suh Jung, E., Kishon, R., Cook, J., Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 251–262.
- Nesse, R. M. (2005). An evolutionary framework for understanding grief. In D. Carr, R. M. Nesse, C. B. Wortman (Szerk.), *Spousal Bereavement in Late Life*. New York: Springer Publishing. 195–226.
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A. Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders, 132*, 231–238.
- Paley, J., Alpert, J. (2003). Memory of infant trauma. *Psychoanalytic Psychology, 20*(2), 329.
- Parkes C. M. (1972). *Bereavement: Studies in Grief in Adult Life*. London, England: Tavistock.
- Parkes, C. M. (1993). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson (Szerk.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. New York : Cambridge University Press. 91–101.
- Parkes C. M., Weiss, R. S. (1983). *Recovery From Bereavement*. New York, NY: Basic Books.
- Parkes, C. M., Laungani, P., Young, B. (1997). *Death and bereavement across cultures*. New York: Routledge.
- Piaget, J. (1929). *The child's conception of the world*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Piaget, J. (1959). *The language and thought of the child*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Pierre, J. M. (2010). Hallucinations in nonpsychotic disorders: Toward a differential diagnosis of „Hearing Voices”. *Harvard Review of Psychiatry, 18*(1), 22–35.
- Pilling J. (2003/a) (Szerk.). *Gyász*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Pilling J. (2003/b). A gyász lélektana. In Pilling J. (Szerk.), *Gyász*. Budapest: Medicina Kiadó, 27–54.
- Pilling J. (2012). *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*. Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem.
- Polcz A. (1995). *Meghalok én is?* Budapest: Osiris kiadó.
- Polcz A. (1997). Együtt – a halálban és a gyászban. *Kharón Thanatológiai Szemle, 1*(1), 91–110.
- Polcz A. (2000). *Gyászban lenni*. Budapest: Pont Kiadó.
- Prerost, F. J., Sefcik, D., Smith, B. D. (2014). Differential Diagnosis of Patients Presenting with Hallucinations. *Osteopathic Family Physician, 6*(2), 19–24.
- Prigerson, H. G., Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe,

- R. O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Szerk.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* Washington, DC: American Psychological Association. 613–637.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K. (2005). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *OMEGA*, 52, 9–19.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67–73.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., Miller, M. (1995/a). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65–79.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., Kupfer, D. J. (1995/b). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22–30.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6(8): e1000121.
- Prigerson H. G., Horowitz M. J., Jacobs S. C., Parkes C. M., Aslan M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., Maciejewski, P. K. (2013). Correction: Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for *DSM-V* and ICD-11. *PLoS Med* 10(12): 10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674- 926c-0fbd2463b5ea.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Szerk.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association Press. 165–186.
- Prigerson, H., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, K., Newsom, J., Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1484–1486.
- Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Heikkinen, R. L., Rantanen, T., Lyyra, T. M. (2012). Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality

- in older people?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbs076.
- Rando, T. A. (2000) (Szerk.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Champaign, IL, US: Research Press.
- Rask, K., Kaunonen, M., Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Adolescent coping with grief after the death of a loved one. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 137–142.
- Rendesi-Kárpáty Á. (2013). Kis felnőttek vagy nagy gyerekek? Más-e a kamaszok gyásza? *Előadás a Napfogyatkozás Egyesület „Ki vigasztalja meg a gyermeket?” – A gyermekek és kamaszok veszteség-feldolgozásának támogatása című konferenciáján*. Budapest, 2013. október 25.
- Rodgers, L. S. (2004). Meaning of bereavement among older african-american widows. *Geriatric Nursing*, 25(1), 10–16.
- Sanders, CM. (1989). *Grief: The mourning after*. New York : Wiley.
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C. R., Cook, D. G. (2012). Do good health and material circumstances protect older people from the increased risk of death after bereavement?. *American journal of epidemiology*, 176(8), 689–698.
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C. R., Cook, D. G. (2013). The effect of unexpected bereavement on mortality in older couples. *American Journal of Public Health*, 103(6), 1140–1145.
- Share, L. (1996). Dreams and the reconstruction of infant trauma. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 8(3), 295–316.
- Shear M. K, Simon N., Wall M., Zisook S., Neimeyer R., Duan N., Reynolds C., Lebowitz B., Sung S., Ghesquiere A., Gorscak B., Clayton P., Ito M., Nakajima S., Konishi T., Melhem N., Meert K., Schiff M., O'Connor M.F., First M., Sareen J., Bolton J., Skritskaya N., Mancini A.D., Keshaviah A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103–117.
- Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., Maciejewski, P. K., Noaghiul, F. S., Prigerson, H. G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857–862.
- Simkó Cs. (2013). Elfogadni az elfogadhatatlant. A gyermekkori gyász sajátosságai. *Előadás a Napfogyatkozás Egyesület „Ki vigasztalja meg a gyermeket?” – A gyermekek és kamaszok veszteség-feldolgozásának támogatása című konferenciáján*. Budapest, 2013. október 25.
- Simon, N. M. (2013). Treating complicated grief. *JAMA*, 310(4), 416–423.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Frank, E., Melhem, N. M., Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395–399.

- Singer M. (2009). Jöttem is, meg nem is, hoztam is, meg nem is...: Poszttraumás személyiségfejlődés perinatális gyász esetében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 13(2), 55–71.
- Speece, M. W., Brent, S. B. (1996). The development of children's understanding of death. In C. A. Corr, D. M. Corr (Szerk.), *Handbook of childhood death and bereavement*. New York, NY, US: Springer Publishing. 29–50.
- Stephen, A. (2013). Bereavement and older people. In P. Wimpenny, J. Costello (Szerk.), *Grief, Loss and Bereavement: Evidence and Practice for Health and Social Care Practitioners*. New York: Routledge. 55–68.
- Stroebe, M., (2001). Bereavement research and theory: Retrospective and prospective. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 854–865.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale description. *Death Studies*, 23, 197–224.
- Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960–1973.
- Stroebe, M., Schut, H., Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 259–268.
- Stroebe, M., Stroebe, W. (1991). Does 'grief work' work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 479–482.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2178–2180.
- Vas J., Zseni A. (2007). Transzgenerációs traumák (TGT) újraélése pszichoterápiás kontextusban. Értelmezési lehetőségek négy eset kapcsán. *Psychiatria Hungarica*, 22, 222–237.
- Walter, T. (1996). A new model of grief: Bereavement and biography. *Mortality*, 1, 7–25.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69–78.
- Wolfelt, A. (1983/2013). *Helping children cope with grief*. New York: Taylor and Francis Group.
- Wolfelt, A. (1991). Toward an understanding of complicated grief: a comprehensive overview. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 8, 28–30.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Wortman, C. B., Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349–357.
- Zisook, S. (1995). Death, Dying and Bereavement. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Szerk.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins. 1713–1729.

KOVÁCSNÉ TÖRÖK ZSUZSA

A GYÁSZMUNKA PSZICHOTERÁPIÁS SZEMPONTJAI

Évente csaknem 130.000 ember hal meg Magyarországon (Statisztikai Évkönyv, 2013/2014). A gyászolók számára ez a veszteség a legfájóbb időszak, amit egész életük során megtapasztalnak. Tudjuk, hogy a gyász nagy egyéni eltéréseket mutat időtartamában és intenzitásában is; ezért nehéz pontosan definiálni a normál gyászfolyamatot. A legtöbb gyászoló végig tudja járni a gyászmunka szakaszait súlyosabb fizikai vagy mentális problémák nélkül (Bonanno, Wortman és Nesse, 2004; Stroebe, Schut és Stroebe, 2007). Természetesen ehhez a család, a barátok, az egyház empátikus segítsége kell. Amikor a támasz nem elérhető vagy nem elégséges, akkor az önkéntes segítő csoportok tölthetik ki ezt a hiányt. Traumatizáló haláleset után nyújthatnak fontos segítséget a gyászban; amikor a halál nem „természetes” módon következik be (Ryneerson, Favell és Saindon, 2002), illetve gyermekhalál vagy öngyilkosságot kísérő gyász során (Hawton és Simkin, 2003; McDaid, Trowman és Golder, 2008).

1. A gyász normál és patológiás formája

Jól dokumentált a gyász és a testi-lelki állapot rosszabbodása közötti kapcsolat (Miyabayashi és Yasuda, 2007; Onrust és Cujpers, 2006). A gyászolók kisebb részénél kifejezett gyászreakciót találunk, akár évekig fennmarad a perzisztáló bánat, az üresség érzése. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a gyászoló nem tud túljutni az akut gyász szakaszán, kínzó tünetei állandósulhatnak (Shear, Frank, Houck és Reynolds, 2005). Megközelítőleg a gyászoló felnőttek 9%-a szenved *komplikált gyászreakciótól* (Middleton, Burnett, Raphale és Martinek, 1996). A komplikált gyászreakció a DSM-IV. szerint nem egy hivatalos diagnózis, de a DSM-V. tervezetében sokkal nagyobb támogatást kap az abnormális gyászmunka elkülönítése (Boelen és van den Bout, 2008). Shear, Simon és Wall (2011) összeállították a komplikált gyász diagnosztikus kritériumait, amelyek között kulcsfontosságú az intenzív és perzisztáló szeparációs distressz.

<i>Tünet</i>	<i>Kritérium</i>
<i>Szeparációs szorongás</i>	<p>A páciensnél 1 vagy több azonosítható az alábbi négy tünetből:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Állandó, intenzív sóvárgás, vágyakozás a halott után. 2. Gyakori érzése az ürességnek és kínzó egyedül létnek. 3. Visszatérő negatív gondolatok a halott nélküli élet sivárságáról és visszatérő, erős késztetés, hogy a halottal együtt lehessen. 4. A páciens figyelmét teljesen lekötik a halottal összefüggő gondolatok és ezek a napi rutint, a megszokott funkciók ellátását is gátolják.
<i>Gondolatok</i>	<p>Az alábbi nyolcból kettő vagy több tünet a páciensnél igazolható:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A halál körülményeinek örökös újraélése, felidézése. 2. Gyakori a realitás tagadása, az egyén képtelen a halál tényének az elfogadására.
<i>Érzelmek</i>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Állandó kimerültségérzés, a tompultság, emocionális dermedtség érzése a halál óta. 4. Visszatérő harag vagy keserűség érzése a halállal kapcsolatosan. 5. A halál óta kevésbé bízik az emberekben, illetve kevésbé érdeklődik a többi ember iránt. 6. Fájdalom vagy más testi tünet, amely a halottonál is megfigyelhető volt; a halott hangjának a hallása vagy a halott látása. 7. A halottal összefüggő emlékekre adott intenzív érzelmi reakciók.
<i>Viselkedés</i>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Kifejezett kerülése vagy éppen keresése azoknak a helyeknek, embereknek és dolgoknak, amelyek a halottal, a halálával kapcsolatosak.

1. táblázat. A komplikált gyászfolyamat javasolt diagnosztikai kritériumai
(Forrás: Robinaugh, Marques, Bui és Simon, 2012)

Prigerson és mtsai (2009) diagnosztikus javaslatában hasonló kritériumokkal találkozunk, de a megfogalmazásban eltérésekre is bukkanunk.

<i>Tünet</i>	<i>Kritérium</i>
<i>A</i>	Egy szeretett személy halálát követő gyász
<i>B</i>	Szeparációs szorongás – az illetőnél az alábbiak közül legalább egy tünet megfigyelhető, intenzív és az általános működést zavaró szinten: <ol style="list-style-type: none"> 1. A halállal bekövetkezett veszteséggel összefüggő tolakodó gondolatok. 2. A veszteség miatti intenzív emocionális fájdalom, bánkódás, kízó gyötrellem. 3. Sóvárgás a meghalt személy után.
<i>C</i>	Kognitív, emocionális és viselkedésbeli tünetek – legalább öt vagy több az alábbi tünetek közül azonosítható: <ol style="list-style-type: none"> 1. Annak az érzése, hogy az „én” egy része meghalt; az „én” életben elfoglalt szerepének a csökkenése. 2. A halál elfogadásának a képtelensége. 3. Tudatos kerülése azoknak a dolgoknak, amelyek a halál realitására emlékeztetnek. 4. Képtelenség a másokban való bizalomra. 5. Keserűség és harag a halál miatt. 6. Az egyén nem képes követni az élet változásait (új kapcsolatok alakulása, érdeklődés felkeltése). 7. Üresség érzése. 8. Annak az érzése, hogy az élet üres és értelmetlen a halál óta. 9. Dermedtség, kimerültség és sokk érzése.
<i>D</i>	Időtartam – csak a halált követő 6. hónaptól adható.
<i>E</i>	Csökkentértékűség, a következő funkciók károsodása, amelyet egyértelműen a gyász okozta stressz vált ki: szociális, foglalkozási, más alapvető funkciók terén (pl.: otthoni feladatok, felelőségek ellátása, felvállalása).
<i>F</i>	A kognitív, emocionális és viselkedésbeli zavar nem hozható összefüggésbe más pszichológiai betegséggel vagy az egyén általános orvosi állapotával.
<i>G</i>	A tünetek a major depresszió, a generalizált szorongás vagy a poszt-traumás stressz zavar diagnózisát nem merítik ki.

2. táblázat. A komplikált gyászfolyamat diagnózisának tervezett kritériumrendszere (Forrás: Prigerson és mtsai, 2009)

Sajnos sok páciens komplikált gyásza nem kerül diagnosztizálásra, és így évekig kezeletlenek maradnak (Boelen és Prigerson, 2007; Szanto, Shear és Houck, 2006). Egy 243 egyén tapasztalatait összefoglaló tanulmány azt bizonyítja, hogy 85%-uk több éven át sikertelenül próbálkozott az egészségügy útvesztőiben megtalálni a helyes kezelés útját; legalább egy gyógyszert vagy tanácsadást kipróbáltak, de sikertelenül (Shear és mtsai, 2011). Éppen ezért még nagyobb figyelmet kell fordítanunk a

komplikált gyász szűrésére. A klinikumban hasznosnak bizonyult a rövid, csupán 5 ítemes speciális szűrőeszköz (Shear és mtsai, 2011), és a *Complicated Grief Inventory*. A szerzők útmutatása szerint amennyiben a halált követő 6 hónapon túl $30 \geq$ a vizsgált személy pontszáma, akkor ez komplikált gyászt jelez (Prigerson és mtsai, 1995).

2. A komplikált és a normál gyász közötti különbség

A gyász első hónapjai mindenki számára nagy megpróbáltatást jelentenek, intenzív fájdalommal, vigasztalan sóvárgással és a halottal/halállal összefüggő visszatérő gondolatokkal, testi kimerültséggel, a másokra való figyelés képtelenségével. Ezeknek a tüneteknek az erőssége normál esetben 6-18 hónapon belül jelentősen csökken. Éppen ezért a komplikált gyász diagnózisát 6 hónappal a halált követően alkalmazhatjuk legkorábban. A normál gyászfolyamat része az is, hogy évfordulók, ünnepek a gyász fellángolását vonhatják maguk után. Amennyiben a tünetek intenzívvé válása a kiváltó ok után több mint 1 hónappal sem szűnik meg, komplikált gyászt kell diagnosztizálnunk (Robinaugh és mtsai, 2012).

A klinikumban az is gondot okoz, hogy a komplikált gyász (CG), a major depresszió (MD) és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) gyakran együtt jelentkezik a gyászolónál. Simon, Shear és Thompson (2007) azt találták, hogy a komplikált gyászban szenvedő páciensek 72%-nál az anamnézisben szerepelt már MD és 53%-nál előfordult PTSD. A komplikált gyász sérülékenységet jelent más mentális betegségekkel kapcsolatban, csupán a kezelt gyászolók egynegyedénél nincs az I. tengelyen más zavar (Simon, Pollack és Fischmann, 2005).

2.1. A komplikált gyász (CG) és a major depresszió (MD) elkülönítése

Ki kell emelnünk, hogy a meghalt személlyel való örökös foglalkozás, az utána való vágyakozás a MD-ban nem általános. Azok a tünetek, amelyek mindkét mentális zavarra jellemzőek – a szomorúság és a harag érzése – a CG-ban mindig specifikusan a halál gondolatára, a halál körülményeire váltódnak ki; míg MD-ban kiváltó inger nélkül is állandóak. CG esetén a halottra emlékeztető dolgok kerülése figyelhető meg. MD-ban viszont a szociális visszahúzódás és az anhedónia a vezető tünet. Szintén segít bennünket a pontos diagnosztizálásban az, hogy a MD egy általános képtelenség a pozitív érzések megtapasztalására; míg a gyász egy olyan komplex folyamat, amelyben pozitív érzelmek is megfigyelhetők (Clark, 2004; Robinaugh és mtsai, 2012; Zisook és Shear, 2009).

A gyász első évében a major depresszió gyakrabban fordul elő, mint a nem gyászoló populációban (Auster, Moutier és Lanouette, 2008; Mitchell és House, 2000). Amennyiben a gyász tünetei nem annyira intenzívek, a páciens rendszeres monitorizálása mellett 2 hónapig várhatunk a gyógyszeres kezeléssel és a terápiát a szokványos edukatív-zuppportív úton kezdhetjük el. Abban az esetben, ha a páciens reakciói nem jók, akkor az antidepresszáns elengedhetetlen (Zisook és Shuchter, 2001).

2.2. A komplikált gyász (CG) és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) elkülönítése

Jacobs és mtsai (1990) adatai szerint a házastárs halálát követően a gyászolók 44%-nál szorongásos zavar, 9%-nál pedig PTSD alakult ki a gyász első évében. A szakember számára jól ismert, hogy PTSD-ben az előtérben lévő érzelem a félelem, míg CG esetén a szomorúság és a magány. PTSD kapcsán a káros vagy kóros gondolatok és emlékek a traumával és a veszély érzetével vannak kapcsolatban, míg a tipikus elkerülő viselkedés a fenyegetettség érzését igyekszik csökkenteni. Ezzel ellentétben CG esetén a gondolatba betörő emlékek fókuszja a halott vagy a halál körülményei, az elkerülő viselkedés pedig egy védelem, hogy a fájdalmas visszaemlékezés ne alakulhasson ki. Fontos tudnunk, hogy mindkét zavarra jellemző tünet párhuzamosan is jelen lehet pl. nem természetes halált követő gyász esetén. Ilyenkor – amennyiben szükségesnek látszik – ugyanazokat a gyógyszereket alkalmazhatjuk a PTSD ellen, mint nem gyászolóknál – gondolva arra, hogy a szükséges medikalizáció is gátolhatja a gyász normál folyamatát, különösen igaz ez az anxiolitikumokra (Clark, 2004).

3. A komplikált gyász (CG) kezelése

Mikor indokolt a kezelés? A gyással foglalkozó irodalom korábban azt hangsúlyozta, hogy a halottal összefüggő érzelmek, emlékek terápiás munkába való emelése mindenképpen szükséges, különösen, ha az emlékeknek a tartalma negatív természetű. A bizonyítékokra hivatkozva azt tudjuk mondani, hogy a pszichoterápia univerzális alkalmazása nem minden gyászoló számára hatékony. Neimeyer és Currier (2009) adatai szerint, ha a gyással foglalkozó terápiát nem a gyászolóra illesztjük, akkor nem hoz nagyobb sikert, mintha terápiamentesen, csak az idő múlása javítaná a gyászoló általános állapotát. Ugyanakkor, amennyiben csak azoknál alkalmazzuk a terápiát, akiknél a perzisztáló szomorúság kiugróan magas, akkor a kezelés jelentősebben tudja csökkenteni a szomorúságot, mint ahogy azt a kontrollcsoportban tapasztalhatjuk. Azokban az esetekben, amikor a gyász akut szakaszában a depresszió, szorongás intenzív, és szuicid veszélyállapotot azonosítunk, akkor mindenképpen indokolt a szakember által vezetett pszichoterápia; a tünetek súlyosságától függően osztályos ellátás vagy járóbeteg szakrendelés keretén belül.

3.1. Kezelési lehetőségek

Számtalan formáját írták le a gyász kezelésének, a probléma eltérő megfogalmazására és eltérő terápiás technikákra támaszkodva – beleértve a gyógyszeres kezelést, a szupportív, a kliens-centrikus, a kognitív, a kognitív-viselkedés-, az interperszonális, a játék-, írás-, internet-alapú terápiát, valamint a pasztorál tanácsadást, a virtuális realitás és a hipnózis módszerét (Loebach, 2012). Bőséges irodalma van a

gyászban lévő házaspárokkal, szülőkkel, a háború és természeti katasztrófa, baleset, szuicídium illetve erőszak áldozatait gyászolókkal történő pszichoterápiás munkának. A legtöbb vizsgálati anyag a komplikált gyászterápia esetén gyűlt össze; ez a speciális munkamódszer az interperszonális terápia és a kognitív-viselkedésterápia eszköztárában gyökerezik (Shear, 2010).

3.2. A gyászolókkal folytatott pszichoterápia alapelvei

Gyászolókkal találkozó szakemberek számára Parkes (1986, 174.) ad néhány segítő jó tanácsot: „Ne tégy semmi olyat, amivel meggátolod a gyász természetes kifejeződését. A gyászolónak egy fájdalmas és nehéz feladata van, amittől nem tudjuk megmenteni vagy éppen a folyamatot gyorsítani. A valódi segítség az, amely felismeri ezt és így a gyászoló a saját módján tudja elrendezni a veszteség feldolgozásához szükséges dolgokat”.

Bármelyik formáját válasszuk is a szaksegítségnek – osztályos vagy járóbeteg ellátás, egyéni vagy csoportterápia – mindegyikre vonatkoznak a következő alapelvek.

1. Nyújtunk egy „biztonságos alap”-ot! A „biztos alap” kifejezés Bowlby-tól származik, és azt fejezi ki, hogy a hatékony gondozó a gyermek számára érzelmi és fizikai biztonságot nyújt (Bowlby, 1980; Clark, 2004). Holmes ezt a teóriát gyászolókkal folytatott pszichoterápiára is kiterjesztette. Az a szakember tud hatékony lenni, aki a biztonság érzetét nyújtja – konkrét és pszichológiai értelemben is. Ez elengedhetetlen ahhoz, hogy a gyászoló biztonságban érezze magát a halál okozta fájdalom kifejezése közben. A biztonságos alap megteremtését segíti a találkozások helyének, idejének állandósága, személyre szabása, a terapeuta megnyilvánulásainak jó időzítése, a páciens közléseinek félbeszakítás nélküli meghallgatása (Holmes, 2001).
2. Erősítsük a gyász kifejezését! A gyászolónak alapvető igénye, hogy érezze: gyásza, fájdalma elmondható, meghallgatható. A gyászban lévők sokféle elkerülő stratégiát fejleszhetnek ki, hogy megvédjék magukat a gyász fájdalomtól. Szükség van arra, hogy felismerjük, és tiszteletben tartsuk defenzív működésüket. Viszont a gyász minél korábbi szakaszában azonosítanunk kell, ha a gyászoló alkoholt, tiltott szereket vagy szorongásoldókat vesz igénybe, hogy megvédje magát a bánattól. Igyekezzünk kideríteni a páciens félelmeit a negatív érzések kifejezésére vonatkozóan. Például a páciens félhet attól, hogy ha sírni kezd, nem is fogja tudni abbahagyni, illetve senki nem képes elviselni az ő fájdalmát. Amennyiben a terapeuta helyes konténer-funkciót alkalmazva képes befogadni, megtartani a páciens fájdalmát, ez segít annak a pozitív érzésnek az internalizációjában, hogy a fájdalom megbeszélhető és elviselhető (Symington és Symington, 1996).

Irreális félelme lehet a gyászolónak az is, hogy bűn a gyengeség, a többiek felé azt kell mutatnia, hogy erős, már túljutott a fájdalomon. A szakembernek verbálisan és non-verbálisan is jeleznie kell, hogy kész a páciens meghallgatni, ítélezés nélkül, elfogadó, kongruens módon.

Ugyanakkor a páciens bátorítanunk kell, hogy nézzen szembe a gyászszal, konkrét emlékek, emléktárgyak segítségével hozzuk előtérbe érzelmeit. Mawson, Marks, Ramm és Stern (1981) „kísért, vezetett gyászról” beszél, amelyben fontos szerepet kap a halottal kapcsolatos emlékek, érzések intenzív újraélése imaginatív úton, majd később a való életben is. Ez jelentheti a meghalt személyhez kötődő tárgyak, helyzetek felidézését, a temetőbe való kimenetel előkészítését, fotók nézegetését vagy a halott dolgainak elrendezését.

3. Fontos azon érzések felismerése, amelyek blokkolják a természetes gyászt. A szakember segít azonosítani azokat a nehéz érzelmeket, amelyek gátolják a gyász normál folyamatát. Mire kell itt gondolnunk? Harag, önvád, szégyen, félelem, gyűlölet. Egy alapos bevezető munkafolyamat után lehet arról beszélni a pácienssel, miért elfogadhatatlanok ezek az érzések a konkrét halállal, halottal való kontextusban.
4. A felismerés után fontos lépés ezen érzelmeknek a megértése. Az interperszonális terápiás alapelveket követve az egyén és a halott közötti speciális kapcsolat megértésére törekszünk, valamint fontos annak a megtalálása, hogy az egyén hogyan tud másokhoz kötődni.
5. Foglalkoznunk kell a szociális izolációval! A gyászolók sokszor érzik és gondolják azt, hogy a többiek nem tapasztaltak még meg az övéhez hasonló fájdalmat és nem is képesek őt megérteni. Feladatunk a családtól, barátoktól jött kapcsolatok erősítése, hiszen ők szintén gyászolnak, de a gyászmunka eltérő útját járhatják, példájuk fontos ismeret lehet a páciens számára. Ugyanezért a tapasztalatért fontos az önszorgató csoportok hatása is (Marmar, Horowitz, Weiss, Wilner és Kaltreider, 1988).
6. Erősítsük a gyász univerzális jellegét! A gyászolók számára kulcsfontosságú annak a megtapasztalása, hogy amit most ők éreznek, azt a világon bárhol hasonlóan teszik, ősidők óta. A vigasztalódáshoz ajánlhatunk zenét, irodalmat, verseket.
7. Emeljük ki a gyász spirituális jellegét! A professzionális segítség csak akkor lehet teljes, ha a szakember pontosan tudja, mi van a páciens fejében a halálon túli életről. A hatékony közös munkához ismernünk kell, hogy a páciens szerint a halál a végső állapot vagy egy másfajta létezés felé.
8. Vegyünk igénybe szupervíziót! Gyászolókkal foglalkozni egy nehéz kihívás. Általános hiba lehet a túlbuzgó kísérlet, hogy a páciensnél mindent jobban tudjunk vagy a képtelenség a munka folytatására. A segítőkben feléledhetnek saját veszteségei, ezek interferálhatnak a munkájával, segítve vagy éppen gátolva azt. Ezért elengedhetetlen az ön-reflexió és a szupervízió; így a szakember nem veszti el empátiáját.

3.3. Prevenációs célzatú beavatkozások

A preventív intervenció hatékonyságával viszonylag kevés tanulmány foglalkozik. A preventiót úgy határozhatjuk meg, mint minden olyan technikát, amellyel csökkenthető a komplikált gyász kialakulása. Kezelésen pedig azt értjük, amikor a komplikált gyászreakció tüneteit csökkentjük. A preventió eredményesebb, amennyiben a páciens gyásza több rizikótényezővel terhelt, illetve amikor az egyén önmaga jelentkezik (Currier, Neimeyer és Berman, 2008; Schut és Stroebe, 2005). Milyen rizikótényezőkre kell gondolnunk? A veszélyt jelentő tényezők egyik formája a gyással összefüggő stresszor, illetve amely az egyén coping stratégiájával és kognitív rendszerével, jelentésadási, értelmezési módjával kapcsolatos (Stroebe, Folkman, Hansson és Schut, 2006). A halál feldolgozását nehezítheti a halál módja, illetve a gyászoló felépülését meghatározó tényezők, mint az anyagi-gazdasági nehézségek, munkahelyi problémák stb. Ugyanakkor interperszonális rizikófaktorokkal is számolnunk kell, ezek a gyászoló társas kontextusából erednek, például: társas támasz formája, szintje, családi dinamika vagy az elérhető intervenció programok. Az intraperszonális veszélyeztető tényezőkhöz soroljuk az egyén szocio-demográfiai jellemzőit, kötődési stílusát, sérülékenységgel szembeni fogékonyságát.

Preventív technikák alkalmazására rizikótényezőkkel veszélyeztetett gyászolók esetében kerül sor: gyermeküket elvesztő szülők, idős özvegyek, erőszakos halált vagy öngyilkosságot követően. A preventió előnye, hogy általa lehetőség van a megküzdési erőforrások bemérésére, a védőfaktorok erősítésére – és emellett csökkenti az egészségügyi ellátás költségeit (Currier és mtsai, 2008; Jordan és Neimeyer, 2003). A preventív tanácsadás gyorsítani képes a felgyógyulás folyamatát, még súlyos veszteség után is (Kang és Yoo, 2007).

Az egyik leghatékonyabb preventív eljárás a kognitív-viselkedésterápiás alapokon nyugvó technika (Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky és van Heering, 2011). Egyéni és csoportos formában is alkalmazható, 1-12 ülés ajánlott. Csoportos forma esetén kisebb csoportlétszámmal kell dolgoznunk, mint ami a pszichiátriában egyébként szokásos.

Piper, McCallum, Joyce, Rosie és Ogradniczuk (2001) azt találta, hogy a nem specifikus szupportív módszernél eredményesebb a gyással összefüggő érzelmek, gondolatok kifejtésére irányuló preventió; a legkifejezettebb hatás a depresszió és a szorongás csökkentésében mutatható ki.

Rosner, Lumbeck és Geissner (2011) a kezelés hatékonyságát vizsgáló metaanalízisükben két csoportba osztották a beavatkozásokat: preventiós beavatkozások (a gyász megléte volt a csoportba kerülés kritériuma) és pszichoterápia (itt a csoportba kerülés kritériuma az igazoltan magas gyáspontszám). A hatékonysági mutató a preventiónál 0,04, míg a pszichoterápia esetén 0,27 volt. Azok a tanulmányok, amelyek 0,8-nál magasabb hatékonysági mutatót értek el, mindegyike speciális intervenciót alkalmazott, amelyben a raport kialakítására, a kezelési motiváció növelésére, a fájdalmas emlékekkel való konfrontációra és az új élethelyzet integrációjára helyezték a hangsúlyt.

Boelen, de Keijser, van den Hout és van den Bout (2007) a támogató tanácsadást és a kognitív-viselkedésterápiát vetette össze. A terápiában a fájdalmas emlékek expozíciójával és ezt követően a kognitív átstrukturálással foglalkoztak. A negatív gondolati és vizuális tartalmak elnyújtott expozíciója a Foa által leírt protokoll szerint történt (Foa és mtsai, 1999). Tanulásként levonható, hogy amennyiben a gyászolónál komplikált gyász nem azonosítható, a prevenció konzultáció nem hatékony. A terápiás beavatkozás viszont csak akkor ér el eredményt, ha expozíciót és kognitív átstrukturálást is tartalmaz.

3.4. A komplikált gyász kezelésére vonatkozó bizonyítékok

3.4.1. Gyógyszeres terápia

A korai kutatások azt sugallták, hogy antidepresszáns – főleg a triciklikus szerek – hatékonyan csökkentik a gyással összefüggő depresszív tüneteket, bár a gyász indukálta más tünetekre nem fejtenek ki erőteljes hatást. Két tanulmány is arról számol be, hogy az SSRI hatásos lehet gyászban (Hensley, Slonimskiy és Uhlenhuth, 2009; Simon, Thompson és Pollack, 2007). Paroxetine és nortriptyline is csökkenti komplikált gyász esetén a depresszív tüneteket, de hatásukat természetesen nem lehet leválasztani a párhuzamosan futó pszichoterápia pozitív hatásától (Zygmunt, Prigerson és Houck, 1998). Az eredmények tükrében azt mondhatjuk, hogy amennyiben antidepresszánst is kap a gyászoló, a komplikált gyász pszichoterápiájában kedvezőbb kimenetelt érhetünk el (Simon és mtsai, 2008). A benzodiazepine alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok alapján megnő a veszélye a gyógyszerdependencia kialakulásának, főleg idős gyászolók körében (Cook, Biyanova és Marshall, 2007; Warner, Metcalfé és King, 2001).

3.4.2. Internet-alapú e-terápia

Az írás évszázadok óta a gyással való megküzdés lényeges eleme, a gyász magányában a spontán megfogalmazott naplójegyzetek vigaszt adhatnak. Ugyanakkor a szakember által irányított írás része lehet egy tudatos gyászterápiának is. Az érzelmek megfogalmazása, leírása jótékony hatású a fizikai és a pszichés állapotra (Frattaroli, 2006). A módszer Pennebaker nevéhez fűződik és egy traumát követően a lelki feldolgozást segíti. Négy, egymást követő napon keresztül napi 15 percen a traumával összefüggő érzések, gondolatok leírását kérjük az egyéntől; ennek a lelki munkának a pozitív hatása kontrollcsoporthoz képest mérhető (Smyth és Pennebaker, 2008).

Korunk kommunikációs forradalmát követve elektronikus levélváltással is törekedhetünk a gyászmunka támogatására (van der Houwen, Schut, van den Bout, Stroebe és Stroebe, 2010). Az irányított írás eredményességét négy területen nézték a szerzők közvetlenül a terápia befejezésekor, 3 illetve 6 hónappal később, melyek a depresszív reakció, gyászreakció – a DSM-V. kritériuma alapján, pozitív

hangulat és az érzelmi üresség, magány. Az első két alkalommal arra kérték a résztvevőket, hogy koncentráljanak a halál legfájóbb elemére és írják azt le olyan részletesen, ahogy csak tudják. Ezután fogalmazzák meg azokat a dolgokat, amelyek a halált követően pozitív változást hoztak. A harmadik és negyedik írásos feladat alatt a kognitív átértelmezés felépítése a cél. A harmadik írás során információt nyújtottak a diszfunkcionális gyász-kogníciókról. Majd megkérték a személyeket, hogy azonosítsák a halállal kapcsolatos segítő és hátráltató gondolataikat, valamint az általuk kiváltott érzelmeiket. Tudatosan törekedjenek arra, hogy az ártalmas gondolatokat segítő, alternatív gondolatokkal váltsák fel. A negyedik alkalommal a résztvevők feladata az, hogy írjanak levelet, adjanak konkrét tanácsokat egy elképzelt vagy reális barátnak, aki hasonló gyászon és nehézségeken megy keresztül. Építsenek az előző három alkalom tapasztalataira, térjenek ki a negatív gondolatok csapdájára is. Majd az utolsó, az integrációt célzó fázisban a halott számára fogalmazzanak meg egy levelet, a jövőre koncentrálna (új célok, a veszteség okozta lelki fejlődés-növekedés, gyászmunkájuk sikerének titka). A pozitív dolgok megfogalmazása hatással van az ön-regulációra; a jövőre való orientálódás hiánya viszont egyértelmű kapcsolatban van a komplikált gyász kialakulásával és fennmaradásával (Boelen, van den Hout és van den Bout, 2006; O'Connor, Nikolett, Kristjanson, Loh és Willcock, 2003).

Lange és mtsai (2003) munkásságára alapozva Wagner, Knaevelsrud és Maercker (2005; 2006) kidolgozták a komplikált gyászban szenvedők számára az Internet-alapú e-terápiát. A tapasztalatok szerint leginkább nők veszik igénybe ezt a kezelést, 14-16 hónappal a halált követően. Legtöbbsen (61%) a gyermeküket veszítették el, 42%-ban betegség, 23%-ban baleset, 19%-ban öngyilkosság miatt. Jellemző a magas iskolai végzettség, egyharmaduk egyetemest végzett. Az INTERAPY során a terápiás kapcsolatot 5 héten át 10 elektronikus levélváltás jelenti. A terapeuta egy speciálisan kiképzett pszichológus, aki PTSD és CG esetén alkalmazott írásterápiát sajátította el, kognitív-viselkedésterápiás alapokra helyezve. A terapeuta hetente szupervízióba vesz részt. A háromfázisú kezelési modell a fájdalmas gondolati tartalmakkal és érzelmekkel való konfrontációt és kognitív átstrukturálást segítő elemeket alkalmaz; a munkafolyamat fontos része az élmények társas megosztása is. Az e-terápiába nem vonható be, aki 18 év alatti, máshol már megkezdett kezelésben részesül, hangulata súlyosan nyomott, magas a pszichózis illetve az öngyilkosság veszélye.

3.4.3. Családterápia komplikált gyász esetén

Hosszú gyakorlati munka előzte meg annak a kezelési modellnek a kifejlesztését, amely a „*családcentrikus gyászterápia*” nevet kapta (Kissane és mtsai, 2006). Kézisben vagy a gyász ideje alatt a családok rendszere lehet jól működő, közepesen funkcionáló illetve diszfunkcionális. A klasszifikáció arra épít, hogy milyen a családtagok percepciója a család kohéziójáról, kapacitásáról és kifejezőképességéről egy konfliktussal való megküzdés során. A „támogató” család kohéziója magas és

a konfliktus megoldása közben jól tolerálják egymás eltérő nézeteit, hatékonyan kommunikálnak. Az így működő családban alacsony a pszichológiai megbetegedések aránya és nem igényelnek pszichoterápiát. Az „ellenséges” család működésére az jellemző, hogy visszatartják a segítséget, a kapcsolatok konfliktuózusak, alacsony a kohézió és a kifejezőkészség. A „mogorva, sértődött” típusú családokban néma, elfojtott harag és a segítség utáni vágyakozás a meghatározó. Az „ellenséges” és a „mogorva” működési stílussal jellemezhető családok diszfunkcionálisak, magas a pszichológiai megbetegedés - főleg a depresszió - aránya. A gyász kezdeti fázisában a családok 30%-ánál diszfunkcionális működésmód azonosítható (Kissane és mtsai, 1996). A családcentrikus gyászterápia lényege, hogy diszfunkcionális családi működés esetén preventív jelleggel alkalmazzuk; ahelyett, hogy a családtagokat külön-külön kezelnénk, egy hatékony kezelési rendszerben nyújtunk számukra segítséget. A terápia eredményesen tudja csökkenteni a szorongást, a depressziót és növelni a szociális készségek szintjét. A családterápia előnye a „mogorva, sértődött” típusú családok esetén a legkifejezettebb, a prevencióval meg lehet előzni a patológiás gyász munkát (Kissane és mtsai, 2006). Az „ellenséges” működési módú családok esetén a pozitív hatás nem ennyire kifejezett, mert a kommunikáció és a konfliktusmegoldás terén megkövesedett maladaptív minták megváltoztatására a gyászterápia nem képes.

A családcentrikus gyászterápia egy rövid, időtartamában és fókuszában is limitált intervenció, amely tipikusan négy-nyolc, 90 perces ülést tartalmaz, 9-18 hónapos időtartam alatt rugalmasan elosztva, a családhoz igazítva. A gyászterápia három fázisra osztható (Kissane és Bloch, 2002):

1. *értékelés* – 1-2 ülés, amelyben a családi dinamika meghatározása, a munkaterv közös megbeszélése történik;
2. *intervenció* – rendszerint 2-4 ülés – az előzetesen egyeztetett tervet követve;
3. *lezárás* – 1-2 ülés – az elért eredmények megerősítése, a terápia lezárásának a feldolgozása.

3.4.4. Kifejezetten a komplikált gyász kezelésére kidolgozott terápiaformák

Az egyik leghatékonyabb kezelés a Shear és mtsai (2005) által kifejlesztett *komplikált gyászterápia* (CGT). A módszer hatékonyságát vizsgáló tanulmányban 83, komplikált gyásszal küzdő felnőtt CGT-ás és sztenderd interperszonális terápiás (IPT) kezelést hasonlították össze (Shear és mtsai, 2005; Weissman, Markowitz és Klerman, 2000; 2007). A résztvevők mindkét esetben 16 egyéni ülésen vettek részt. CGT esetén gyorsabb és intenzívebb javulást értek el egyrészt a gyász tüneteinek a csökkentésében, másrészt a munkaképesség, a napi aktivitás és a szociális kapcsolatok kezelésének a javításában (51%, szemben az IPT 28%-ával). A hatékonyságot a Complicated Grief Inventory-n (Prigerson és mtsai, 1995) elért 20 \geq pontszám-csökkenéssel fejezték ki. A szerzők külön mérték a Társas Készségek kérdőíven (Mundt, Marks, Shear és Greist, 2002) a szociális viselkedés változását is. Mindkét csoportban kevesebb volt a lemorzsolódás, ha a páciens

antidepresszánt is kapott. CGT esetén a nem-medikalizált résztvevők 42%-a, míg a gyógyszert szedők csupán 9%-a nem fejezte be a terápiát. Az IPT-t kapók csoportjában a gyógyszert nem szedők 30%-a, míg a szedők 23%-a esett ki a kezeléssel. Két tanulmány is azt bizonyítja, hogy a CGT pozitív hatásai nem korlátozódnak a nyugati társadalmakra (Asukai, Tsuruta és Saito, 2011; Zuckoff és mtsai, 2006).

A módszer kognitív-viselkedésterápiás elemei főként a veszteséggel összefüggő folyamatokkal, a gondolatba betörő emlékekkel és a viselkedéses elkerüléssel foglalkoznak. Az interperszonális terápia elemei pedig az újraszerveződésre fókuszálnak, segítve a páciens kapcsolatépítését és reális új életcélok megtalálását (Stroebe és Schut, 1999). A kezelés 16 ülésből áll, ezek mindegyike 45-60 perces. Minden találkozás strukturált, magába foglalja az előző heti aktivitásoknak az átnézését, illetve a következő találkozásig közösen kitzűzött feladatok összeállítását.

A terápiás munka három nagy fázisra osztható. A bevezető szakaszban – ez az első 3 ülést jelenti – egy erős terápiás szövetség megalapozása az elsődleges cél. Emellett fontos az egyén társas kapcsolatainak a megismerése, a CG-ről és magáról a kezeléssel alapvető ismeretek nyújtása. A középső fázisban – 4-9. ülésig – a páciens egy sor feladatot teljesít az üléseken és az ülések közötti, önállóan töltött időszakokban. A feladatok a gyászsal való szembenézést, az örömök tudatos visszaszerzését célozzák meg. A befejező fázisban – 10-16. ülésig – a páciens és a terapeuta közösen értékeli a megtett utat. Eldöntik, hogyan használhatják fel a megmaradt üléseket arra, hogy egy sikeres munka végén a gyász végső fázisát elérjék. Ez a munkafolyamat leginkább az IPT eszköztárára épít.

3.4.4.1. A kezelés részletes leírása

1. ülés	A páciens fogadása után információnyújtás történik a CG-ről, a CGT lényegéről. Figyelmet kell fordítanunk a korai családi kapcsolatok megismerésére, korábbi veszteségek történetére, jelenlegi élethelyzet, stresszorok és megküzdő erőforrások kérdéskörére. Ekkor ismertetjük a később használt házi feladatokat: gyász-értékelő napló, amibe naponta leírja a legnegatívabb és legkevésbé kínzó eseményt, valamint a tervezett aktivitásait, ezek elvégzése közben érzett elégedettséget, örömet.
2. ülés	A gyász-értékelő napló átnézése, a gyász intenzitását kiváltó ingerek, helyek értékelése, a könnyebb időszakok pozitív tapasztalatainak megbeszélése áll a fókuszban. Arra bátorítjuk a páciens, hogy gyűjtse össze azokat a tevékenységeket, amelyek segítenek újraéleszteni az élet örömeit. Egy segítő személy kiválasztását kérjük a páciensstől, akit a következő alkalomra el is tud hozni.

3. ülés	Cél a páciens által választott személlyel a kapcsolat erősítése, a kötődés újraképzése. A segítő személy a gyászolóról is fontos információkat nyújt, a halálra adott reakcióit, elkerülő viselkedését, szokásait objektívebben látja. Végül a gyász-értékelő napló átnézése, újabb rövidtávú célok megfogalmazása történik.
4. ülés	A CGT lelke a 4. terápiás ülésen kezdődik a halott „imaginatív meglátogatásával”, gondolatban történő felkeresésével. Ez az imaginatív elem lényegi része a CGT-nek, és – hasonlóan a PTSD vagy trauma terápiájához – elnyújtott felidézést jelent (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan és Foa, 2010). A páciens röviden elmondja annak a történetét, ahogy megtudta a szeretett személy halálát. Ezt magnóra, diktafonra rögzítjük. A hallott történetet a terapeuta is újra elmondja, ezalatt a páciensnek meg kell figyelnie, hogy mit érez az egyes részek alatt. Lényeges, hogy a terapeuta támogató jelenléte mellett már máshogy reflektálhat a történetekre. Majd egy másik vizualizációban a páciens elengedi ezt a képet, ezt a történetet. Az ülés végén a páciens azonosítja azokat a nyereségeket, amelyeket ez a nehéz, megterhelő újraélés adott a számára. A következő találkozásig minden nap újra kell hallgatnia a felvételt.
5. ülés	A gyász-értékelő napló átnézését, imaginációt, és az újrászerveződéshez fontos elemeket tartalmaz. A páciens arra kérjük, hogy gyűjtse össze azokat a helyeket, tevékenységeket, amelyeket tudatosan kerül, hogy kivédje a bánatba mélyülést. Majd az imaginációban ezeket engedi közel magához, a terapeuta külső támogatása mellett.
6–9. ülés	Folyamatos marad a gyásznapló elemzése, az imagináció és az elkerülő viselkedést kiváltó szituációk vizualizációja is. A meghalt személy pozitív vonásainak, a hozzá fűződő kellemes emlékeknek a megbeszélésével bővítjük a munkát. A páciens feladata, hogy minden ülésre általa kiválasztott fotókat, emléktárgyakat hozzon be.
10. ülés	Strukturált kérdőívvel dolgozva objektívvé tudjuk tenni az elért eredményeket. A pácienssel közösen elemzik az eddig megtett utat, külön gondot fordítva a hátráltató, gátló tényezőkre. Végül szintén közösen meghatározzák a terápia további fókuszát, feladatát; ez lehet más veszteségek feldolgozása is, beszélgetés vagy szerepjátékok, dramatikus elemek segítségével.
11–16. ülés	Ebben a szakaszban az imaginatív újraélésre már nincs szükség, de a többi feladat folyamatos marad. A halott személlyel képzeletben történő párbeszéd egy különösen megindító, jelentéstartalmában is gazdag gyakorlat, amelybe a korábbi veszteség átkeretezése tud megtörténni. A terapeuta komoly feladata a lezárás előkészítése.

3.4.5. A komplikált gyász terápiájának másik lehetséges módja

Rosner, Pfoh és Kotoucová (2011) is kifejezetten komplikált gyászban szenvedők ellátására dolgoztak ki egy másik hatékony módszert. Az elért hatékonysági mutató 1,21 volt. Maga a kezelés 20-25 ülésből áll. A munkafolyamat 3-5 diagnosztikus üléssel indul, az Inventory of Complicated Grief (Prigerson és mtsai, 1995) alkalmazásával a gyászreakció meghatározása valamint az általános szorongás és a komorbid betegségek azonosítása történik. Az első 20 ülés három szakaszra bontható: 1. stabilizáció, terápiás szövetség kialakítása, exploráció, a motiváció erősítése; 2. expozíció és kognitív újraszerveződés szakasza; 3. integráció, a lezárás szakasza. A kognitív-viselkedésterápiás eszköztár mellett a relaxációs technika, a rövid dinamikus terápia, a családterápia technikái valamint az imagináció is szerepet kap.

1. Terápiás szövetség, stabilizáció szakasza

A felborult életet a stabilitás, biztonság nyújtásával kezdjük újraszervezni – ebben fontos szerep jut a napi megszokott rutin újratelepítésének. A megváltozott családi rendszerben újra definiáljuk a páciens feladatait, szerepeit – praktikus és emocionális szinten is. Tisztázzuk, hogy van-e olyan tevékenység, amit nem szeretne tovább folytatni, ki tudná átvállalni, illetve a rutinból kiesett feladatokat (betegápolás) milyen, számára pozitív tevékenységekkel lehet pótolni otthon és házon kívül. Fényképek, emlékeztetők segítségével idézzük fel a meghalt személy pozitív és negatív tulajdonságait. Genogram készítésével alkalom nyílik a család korábbi veszteségeinek a megbeszélésére, a családra jellemző gyászolás megismerésére. Pszicho-educáció is történik a gyászról, a komplikált gyász kezeléséről.

2. Expozíció és kognitív újraszerveződés szakasza

A páciens diszfunkcionális kognitív rendszerével, a halálhoz fűződő belső képeivel konfrontáljuk, és a munkafolyamat közben kialakult érzelmeit értelmezzük. Igyekszünk megismerni azt, ami a páciens fejében a halálhoz, a halotthoz kötődik – jelentésadási folyamatát, értelmezéseit, érzelmeit, irreális hiedelmeit. Foglalkozunk az önvád, szégyen, düh, sajnálat kérdésével.

A diszfunkcionális gondolatok megváltoztatásának három lépése a következő:

Diszfunkcionális gondolatok azonosítása (1.) – a halálhoz fűződő élményeivel kapcsolatban érdemes átgondolni mi az, ami reális történet volt, mi az, amit ő fűzött hozzá és van-e, lehet-e alternatív magyarázat a saját érvelése helyett. Imaginációban a legnegatívabb emlékekkel dolgozunk és leválasztjuk az irreális tartalmakat.

A helyzet megtapasztalása: expozíció (2.) – a páciens imaginációban fenntartja a halálról szóló, letisztult képét és arra kérjük, írja azt le egy kívülálló szemszögéből, majd kapcsolja a képhez mostani érzelmeit.

Megbocsátás (3.) – az elengedés elfogadása: központi gyakorlata ennek a résznek a „Képzeltbeli séta a sírhoz”. A meghalt személlyel történő dialógus alatt lehetőség van kérdések feltevésére, soha ki-nem-mondott dolgok megbeszélésére.

3. Integráció szakasza

A páciens vágyaival, céljaival és terveivel dolgozunk. Hogyan változott az élete, hogy képzele magát 3, 6, 9, 12 hónap múlva? A munkafolyamat zárásaként kreatív módon egyedi „memento”, emléktárgy készítése is történik, kifejezetten a halottnak dedikálva.

Gyászolókkal foglalkozó szakemberként tisztában kell lennünk azzal, hogy mindenki egyéni módon gyászol. A kezelésnek ehhez az egyéni stílushoz, igényekhez kell igazodnia. A terápia célját és tartalmát is állandóan újra kell értelmeznünk – az elért siker értékelését is mindig az indulási háttérhez kell viszonyítanunk.

Irodalom

- Asukai, N., Tsuruta, N., Saito, A. (2011). Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. *Journal of Trauma and Stress*, 24, 470-473.
- Auster, T., Moutier, C., Lanouette, N. (2008). Bereavement and depression: implications for diagnosis and treatment. *Psychiatric Annales*, 38, 655-661.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 277-284.
- Boelen, P. A., Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 444-452.
- Boelen, P. A., van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157, 311-314.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19, 260-271.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Volume 3. Loss: Sadness and depression*. London: Penguin Books.
- Clark, A. (2004). Working with grieving adults. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 164-170.
- Cook, J. M., Biyanova, T., Marshall, R. (2007). Medicating grief with benzodiazepines: physician and patient perspectives. *Archives of Internal Medicine*, 18, 2006-2007.

- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134, 648-661.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-835.
- Hawton, K., Simkin, S. (2003). Helping people bereaved by suicide. *BMJ*, 327, 177-178.
- Hensley, P. L., Slonimski, C. K., Uhlenhuth, E. H. (2009). Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *Journal of Affect Disorders*, 113, 142-149.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base*. London: Brunner-Routledge
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., Kim, L. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 269-274.
- Jordan, J. R., Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Kang, H., Yoo, Y. (2007). Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 132-140.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Onghena, P., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Dowe, D. L. (1996). The Melbourne Family Grief Study II: psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *American Journal of Psychiatry*, 153, 659-666.
- Kissane, D. W., Bloch, S. (2002). *Family focused grief therapy: a model of family-centered care during palliative care and bereavement*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Kissane, M. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P. és O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1208-1218.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van den Ven, J. P., Schrieken, B., Emmerkamp, P. M. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Loebach, J. W. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 159-166.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S., Wilner, N. R., Kaltreider, N. B. (1988). A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 145, 203-209.
- Mawson, D., Marks, I. M., Ramm, L., Stern, R. S. (1981). Guided mourning for morbid grief: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.

- McDaid, C., Trowman, R., Golder, S. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193, 438-443.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphale, B., Martinek, N. (1996). The bereavement response: A cluster analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 167-171.
- Mitchell, A., House, A. (2000). Adjustment to illness, handicap and bereavement. In Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J., Andreasson, N. C. (szerk.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1139-1147.
- Miyabayashi, S., Yasuda, I. (2007). Effects from loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 502-508.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., Greist, J. M. (2002). The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464.
- Neimeyer, R. A., Currier, J. M. (2009). Grief therapy: evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 352-356.
- O'Connor, M., Nikoletti, S., Kristjanson, L. J., Loh, R., Willcock, B. (2003). Writing therapy for the bereaved: Evaluation of an intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 195-204.
- Onrust, S. A., Cujpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 10, 327-334.
- Parkes, C. M. (1986). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S., Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 525-552.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., Miller, M. (1995). The Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Aslan, M., Jacobs, S. J., Parkes, C. M., Raphael, B. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6, 1-12.
- Robinaugh, D. J., Margues, L., Bui, E., Simon, N. M. (2012). Recognizing and treating complicated grief. *Current Psychiatry*, 11, 30-34.
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoucová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. Letöltés helye: <http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/7995>, Letöltés dátuma: 2014. 08. 12.
- Rosner, R., Lumbeck, G., Geissner, E. (2011). Evaluation of a group therapy intervention for comorbid complicated grief. *Psychotherapy Research*, 21, 210-218.

- Ryneckson, E. K., Favell, J., Saindon, C. (2002). Group intervention for bereavement after violent death. *Psychiatric Services*, 53, 1340-1344.
- Schut, H., Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 5140-5147.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereave Care*. 29, 10-14.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103-117.
- Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D. (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1105-1110.
- Simon, N. M., Thompson, E. H., Pollack, M. H. (2007). Complicated grief: a case series using escitalopram. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1760-1761.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395-399.
- Simon, N. M., Shear, M. K., Fagiolini, A., Frank, E., Zalta, A., Thompson, E. H. (2008). Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Research*, 159, 31-36.
- Smyth, J. M., Pennebaker, J. W. (2008). Exploring the boundary conditions of expressive writing: in search of the right recipe. *British Journal of Health Psychology*, 13, 1-7.
- Statisztikai Évkönyv* (2013/2014). Szabó I. (Szerk.), Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- 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 and Medicine*, 63, 2440-2451.
- Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960-1973.
- Szanto, K., Shear, M. K., Houck, P. R. (2006). Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 233-239.
- Symington, J., Symington, N. (1996). *The clinical thinking of Willfred Bion*. London: Routledge.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2005). Complicated grief and internet-based treatment for complicated grief: concepts and case study. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 409-432.

- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioural therapy (INTERAPY) for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Van den Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359-367.
- Warner, J., Metcalfé, C., King, M. (2001). Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 178, 36-41.
- Weissman, M., Markowitz, J., Klerman, G. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy for depression*. New York: Basic Books.
- Weissman, M., Markowitz, J., Klerman, G. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Wittouck, C., Van Auteve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-78.
- Zisook, S., Shuchter, S. R. (2001). Treatment of the depression of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 5, 782-797.
- Zisook, S., Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know? *World Psychiatry*, 8, 67-74.
- Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D. C., Seligman, K., Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 205-211.
- Zygmunt, M., Prigerson, H. G., Houck, P. R. (1998). A post hoc comparison of paroxetine and doxepin for symptoms of traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 241-245.

HOSSZÚ DALMA, LÉNÁRD KATA

GYERMEKÜKET ELVESZÍTETT CSALÁDOK GYÁSZÁ – EGY LEHETŐSÉG A POSZTTRAUMÁS NÖVEKEDÉSRE

Tanulmányunkban a gyászfolyamat egyéni lezajlásán túlmutatóan, a család kontextusában mutatjuk be az egyes családtagok gyászának jellegzetes jegyeit, a családban betöltött szerepük, elhunythoz kapcsolódó rokonsági fokuk, nemük és életkoruk alapján. Kurrens gyászelméletek gyakorlatba ültetését mutatjuk be, segítségül hívva a családterápiás rendszerelmélet, a kötődéselmélet, a trauma és krízis koncepció, illetve a poszttraumás növekedés elméleteinek egyes elmeit, aspektusait. Írásunk második részében a támogatás egy lehetséges modelljét, gyakorlati munkánkat ismertetjük, melynek során daganatos vagy más súlyos, krónikus betegségben elhunyt gyermekek hozzátartozóival dolgozunk – különböző családokat egyszerre involválva, több eszközt ötvözve az élmény- és gyászterápia területéről.

1. Gyermecket gyászoló családok – gyász a családban

Bár a veszteségek súlyosságának kategorizálása indokolatlan és érzéketlen lenne, mégis megkockáztatható a gondolat, miszerint a legnehezebben feldolgozható veszteségek közé sorolható a gyermekek halála (Murray, Toth és Clinkinbeard 2010, id. Klass, 2001; Rubin és Malkinson, 2001). A gyermek hozzátartozó halálával a szeretett személyen túl az élet értelmessége, folytonossága, a jövőbe vetett hit is elveszhet, az esemény semmilyen körülmények között nem tekinthető az élet normatív részének. Gyermeüket elvesztett szülők, testvérüket elvesztett gyermekek a halál bekövetkezése után úgy érezhetik, akárcsak egy bomba robbant volna fel világukban, amely minden eddig biztosnak vélt viszonyítási pontot, hitet, a világba vetett bizalmukat megrendítette. A gyermekek halálát a hozzátartozók számára a szakirodalom (Walsh, 2007) traumatikus gyászként azonosítja. Amikor a család elveszíti egy tagját, a családon belüli egyensúly felborul, a struktúra megbomlik, a szerepeket és funkciókat a családnak újra kell rendeznie. A családtagok egyénileg és a családi rendszer részeként is gyászolnak. A család gyásza túlmutat az egyének gyászának összességén, többlet minőséget hordoz. A tagok érzései, reakciói kölcsönösen hatnak egymásra (a családterápiában ezt cirkuláris okságnak nevezik) (Murray és mtsai, 2010). Valószínű, hogy a családtagok, a családi alrendszerek, és a család mint rendszer más-más ütemben járják be a gyászfolyamat érzelmi hullám-

vasútját, részben a tagok közti érzelmi kapcsolattól, a családi életciklustól függően. Ez esélyt, de ugyanúgy nehezítést, veszélyt is jelenthet a család számára. Walsh (2007) azt írja, hogy traumatikus gyász esetén (mint amilyen egy gyermek halála is) nem számíthatunk egyszer és mindenkorai, teljes gyászfeldolgozásra. A reziliens megküzdést sem az elhunyt gyermekhez fűződő kötődés megszakításával kell, hogy azonosítsuk ebben az esetben. Ellenkezőleg: a felépülés permanens folyamat, melynek során a gyász számtalan eleme változik és emelkedik ki hirtelenséggel, különösen évfordulók és egyéb kitüntetett életeseményekkor. A traumatikus veszteséggel való megküzdés magába foglalja a trauma megtörténtének való értelemadást, annak beépítését az identitásba és életútba egyaránt.

Nemcsak egyéni, de családi rezilienciáról is beszélhetünk, amelynek fontos része a közös jelentésadás, a közös narratíva kialakítása. Optimális esetben, ha a család elégséges támogatást kap, ha fel tudja fedezni és erősíteni erőforrásait, akkor a fájdalmas veszteség ellenére/mellett esélyt kapnak a poszttraumás növekedésre is (Tedeschi és Calhoun, 2004; Schaefer és Moss, 2001, id. Murray és mtsai, 2010). Ez magába foglalhatja azt, hogy új értékeket fedeznek fel önmagukban és családtagjaikban, képesek más nézőpontokat is tekintetbe véve értelmezni eseményeket, szenzitívebbekké és empatikusabbá válnak, jobban tudják működtetni érzelmi kapcsolataikat. Azáltal, hogy megtapasztalták, a veszteség „túlélhető”, megerősödik önbizalmuk és családjukba vetett bizalmuk. Shapiro klinikai modelljében (id. Murray és mtsai, 2010) – amit családok gyászára alkalmaz – azt mondja: a gyász az identitás és kötődés krízise, ami a korábbi egyensúlyt megbontva új lehetőséget is ad, hogy (poszttraumás) növekedéssel záruljon a stabilizáció folyamata.

A megküzdés többféle feladatot ró a családi egységre és annak tagjaira. A gyász hosszú folyamatában optimális esetben a családnak el kell jutnia az „új egyéni és családi identitás” megtalálásának állapotába. Családként képesnek kell lenniük önmagukat egy tagot elvesztett, de nem elfelejtett, tovább élő családként meghatározniuk. Egyénként pedig szerepüknek megfelelően kell identitásukba építeni fájdalmas veszteségüket, mint gyermekét elveszített anya, apa vagy éppen testvérét elveszített testvér. Sokszor merülnek fel a gyászolóknak kérdések: „Hány gyerek anyja vagyok én valójában?”, „Fiatalabb testvére maradok a meghalt bátyámnak, vagy már én vagyok az idősebb?”. Választ találni nehéz, egységes választ adni nem is lehetséges. Azonban az új identitás kialakulásához nélkülözhetetlen, hogy ezek a kérdések és a hozzájuk kapcsolódó mély, fájdalmas érzések megoszthatóvá váljanak.

1.1. A gyász megélését befolyásoló néhány családi jellemző

Számtalan tényező, folyamat befolyásolhatja azt, hogy egy család rendszerként hogyan viszonyul, miképp reagál, milyen megküzdéseket alkalmaz, milyen stratégiát választ a családot ért veszteség feldolgozására.

Ezek a tényezők, illetve ezek dinamikája változhat, attól függően, hogy ki az elvesztett személy. Gyermek/testvér/unoka elvesztése speciális gyászt indít el. A

halál, mint alapvető szeparációs élmény aktivizálja a kötődési rendszert és a kötődési viselkedést. A szakirodalom sokszorosan kiemeli a kötődésemélet alkalmazhatóságát a családi rendszer működésére. A kötődések, a kötődési kapcsolatokban levő elvárások, kötődési viselkedések, interakciók, ennek nyomán kialakuló self-, kapcsolati és családi reprezentációk, családi történetek és rituálék konstruálják, átszövik a családot, az adott családra jellemző speciális mátrixot létrehozva. John Byng-Hall (2006) az attachment paradigmát a családi működésre adaptálva létrehozta a „biztonságos családi bázis” koncepciót. A biztonságosan kötődő családok a krízisekkel, traumákkal, veszteségekkel való megküzdést optimálisabban oldják meg, és nagyobb az esélyük a poszttraumás növekedésre is. Ennek ellenére Byng-Hall is kiemeli, hogy még a biztonságos családi bázisú családok esetén is előfordulhatnak olyan krízisek, életesemények, traumák, melyek átmenetileg nehezé teszik, megkérdőjelezzik a tagok számára a biztonságérzet megélését, meglétét. Egy ilyen traumává váló esemény lehet egy kötődési személy elvesztése, esetünkben egy gyermek halála, illetve hosszú betegsége során a remény és kétely közti gyötörődés, az elvesztéstől való folyamatos félelem.

A családi működés dimenziót illetően több családterápiás irányzat, családi dinamikával foglalkozó elmélet egyetért azzal a körkörös (cirkuláris) modellel, mely a családokat a flexibilitás, a kohézió és a kommunikáció mentén jellemzi (Olson, Russel és Sprenkle, 1979).

Ezek a dimenziók és az ezeket alkotó összetevők minősége határozza meg azt, hogy egy család kiegyensúlyozottan vagy kiegyensúlyozatlanul, problémásan vagy problémamentesen funkcionál. A kohézió a családtagok közti érzelmi kapcsolat mentén az elkülönülés és függőség dimenzióját határozza meg. A kohézió szempontjából a kiegyensúlyozott családok az összetartó; kiegyensúlyozatlanul, vagyis nem optimálisan működő családok pedig az összefonódó és a szétesett családok. A flexibilitás dimenziójában a kiegyensúlyozott családokat a rugalmasság, a kiegyensúlyozatlan családokat a merevség és kaotikusság jellemzi. A mindezeket közvetítő, ugyanakkor a cirkularitásnak megfelelően megerősítő kommunikáció a pozitív illetve a negatív pólus mentén írható le (Olson, Russel és Sprenkle, 1979).

Az, hogy egy család ezen dimenziók mentén hogyan írható le, befolyásolja azt, hogy miképp fog a haláleset után működni, a tagok hogyan viszonyulnak egymáshoz, a családban mennyire lesz megengedve az egyes tagoknak a saját, autonóm gyászolás, hogyan változnak, vagy maradnak stabilak a szerepek, az alrendszerek határai, és a kommunikációs mintázatok. A család, mint rendszer gyászát, és a családtagok „saját jogon” való gyászolását ezek a tényezők befolyásolják. A saját jogon való gyászolás azt jelenti, hogy elfogadott az, hogy máshogy gyászolnak a szülők és a gyerekek: a gyász függ az életkortól, a nemtől, az elhunyttal való kapcsolattól.

Abban az esetben, ha a családot alapvetően a kiegyensúlyozottság jellemezte, nagyobb az esély arra, hogy a halálesetet követően a családi rendszer gyásza, és a tagok gyásza is optimálisan alakuljon.

Ennek egyik jellemzője lehet az, hogy idővel a család minden egyes tagja által közösen, együttesen konstruált, koherens, megosztható történet alakuljon ki a

gyermek elvesztésével, a múlt és jövő megírásával kapcsolatban. A koherencia, a koherens történet létrehozására és megosztására való képesség növeli a család biztonságos bázis funkcióját, segít a kohézió, a flexibilitás vonatkozásában a kiegyensúlyozott működésben. Amennyiben a család olyan súlyosan traumatizálódik, vagy a trauma nem oldódik, nagy a veszély arra, hogy a családi történet fragmentált, töredezett lesz. A fragmentumokat okozó élmények nehezen kapnak jelentést, amennyiben nincs közösen létrehozott és megosztható értelmezési keret, amelyben ezek értelmet és létjogosultságot kaphatnának. A koherens narratíva létrehozására a kiegyensúlyozott családoknak nagyobb az esélyük. A narratíva létrehozása is hozzásegít az átélt trauma feldolgozásához: a történet létrehozása önmagában segítheti a gyászfeldolgozást, valamint az elaborált és koherens történetek a későbbiekben családi erőforrásként is funkcionálnak. Ugyanakkor a trauma és krízis koncepciónak megfelelően (miszerint esély van a magasabb szintű újrászerveződésre) esély van arra is, hogy a nem kiegyensúlyozott családok esetében is legyen a gyászt követően fejlődés a szerepek, határok, kommunikációs minták átalakulásával.

Napjaink modern interakcionista gyászméletei többféle megközelítést ötvöznek a gyászt illetően (pl.: életpálya modellek, szociális konstrukcionista modellek, rendszerszemlélet). Narratív módszerek használatát szorgalmazzák, ennek fókuszában pedig az értelemadás, jelentéstulajdonítás (meaning making) áll. Az intim, közeli veszteségeket az identitás alakulásának részének tekintik. Az ebben a szemléletben dolgozó szakemberek nem pusztán abban segítenek a családoknak, hogy megértsék és menedzseljék a gyász tünettanát és lezajlását, hanem abban is, hogy mindeközben jelentésteli narratívát alakíthassanak ki önmagukról, családjukról és a világról (Murray és mtsai, 2010).

1.2. Családtagok speciális gyászmélményei

Amikor egy családban egy gyermek meghal, a környezet gyakran elfelejtkezik arról, hogy nem csupán a szülők, hanem a gyermekek is gyászolnak, életkoruknak megfelelő módon. Az életben maradt testvérek sok esetben „elfelejtett gyászolók”. A gyerekekre ilyenkor egy környezet által is megerősített speciális szerep juthat, nekik kell „megérteni”, sok esetben „vidámmá tenni” a szülőket. Gyakran olyan explicit, vagy implicit üzeneteket kapnak, mellyel azt közvetíthetik, hogy „most már csak ők maradtak”, „ők adják meg a szülők számára az élet értelmét”, „nekik kell erősnek lenniük”. A halott gyermek testvére pedig egy megoldhatatlan helyzetbe kerülhet: az idealizált halott testvérrel lehetetlen rivalizálni a szülők szeretetéért, nem „illik” haragudni a halott testvérré, akkor sem, ha az pszichológiai szempontból „jogos”, és a gyászfolyamat szempontjából indokolt és hasznos, fontos lenne. Ezeknek a gyermekeknek lelki világát gyakran a „túlélő büntudata” jellemzi. Mindemellett ezek a gyermekek azt érzik, hogy a szüleiket nem tehetik még szomorúbbá semmivel, főleg nem a meghalt testvérükről való beszéddel. Így egyedül maradnak félelmeikkel – vajon ők tehetnek-e testvérük haláláról, vajon meghalnak-e ők is –, magukra maradnak büntudatukkal, fájdalommal, és gyakran

a szülők elvesztésének félelmével. Mivel a szülők és gyakran a tágabb család élete a meghalt (korábban hosszasan beteg) gyermek körül forog, a szülők mélységesen szomorúak miatta, ezért az életben maradt testvér érezheti azt, hogy őt kevésbé szeretik, mint meghalt testvérét, fantáziálhat róla, hogy neki kellett volna meghalnia, hisz mivel őt – úgy érzi – kevésbé szeretik, az ő halála kisebb szomorúságot okozott volna a szülőknek, rokonoknak. Ez az érzés, és az ebben rejlő félelem, magányosság, ennek megoszthatatlansága növeli az életben maradt testvérben amúgy is meglévő büntudatot, félelmet, szomorúságot, és a megoszthatatlanság magányát. A gyerekek azt érzékelhetik, hogy „le vannak tiltva” bizonyos kérdések és érzések; vagyis az a tudattalan családi üzenet, hogy a halott testvérről nem kérdezhetnek, hiszen azzal csak szomorúságot okoznak szüleiknek, ez pedig még tovább növeli a tőlük való távolságot és a magányt. Magukra maradnak számtalan kavargó kérdéssel, gondolattal, érzéssel. Mivel kénytelenek alkalmazkodni az adott helyzethez, önmaguk és szüleik védelmének érdekében „megtanulnak” színlelni: úgy tesznek, mintha nem lennének szomorúak, azért, hogy a szülők szomorúságát ne fokozzák, vagy éppen letiltják magukban az öröm átélését vagy kifejezését, hisz nem lehet/szabad örülni ott, ahol gyász van.

A testvérüket veszített gyermekek dupla traumát élnek meg: fájdalmas körülmények között elveszítik testvérüket, továbbá elveszítik a kapcsolatot saját érzéseikkel, és időlegesen elveszítik szüleiket is, akik saját gyászukba merülve nem képesek érzelmi közelséget, biztonságot igénylő gyászoló gyermekükre figyelni. A gyászoló gyermekeknek szükségük van egy megbízható, fizikailag és pszichológiailag is elérhető, szenzitív, jelenlevő felnőtt kötődési személyre, valakire, aki időlegesen képes betölteni a szülői támogató funkciókat. A gyermekek által átélt gyász a „bifázisos trauma” koncepciójában (Ferenczi, 1933) is leírható. Nem csupán maga a veszteség és a veszteséggel járó fájdalom a traumatizáló, hanem az erre való külvilági reakció is. A gyerekek gyásza gyakran fel nem ismert, el nem ismert a környezet által, így rejtve marad és megoszthatatlanná válik. Ezáltal a gyerekek úgy élik meg, hogy fájdalmuk „nem jogos”, érzéseik nem validálódnak, nem nyernek létjogosultságot. Így ezek a nem megosztott, értelmezhetetlen érzések a trauma dinamikájának megfelelően fragmentumként maradnak meg, töredezettséget okozva az élettörténetben.

A környezet ellentmondásos üzenetei nem korlátozódnak a gyerekekre. A szülők gyakran hasonló, sürgető nyomásnak vannak kitéve a tágabb család, vagy barátok, ismerősök által. A sokszor segítő szándékkal emlegetett, fájdalmas mondatok – „Nem baj, majd szülsz egy másikat”, „Isten adta, Isten elvette”, „Ha velem ez történne, én biztosan nem élném túl” – tovább növelik a család izolációját, sokszor inkább lemondanak a panaszokról, és magukban próbálnak megküzdenni élethelyzetükkel, hiszen úgy tűnhet, nem érti meg őket senki.

Hasonlóan, a meg nem értettség kapcsán szigetelődhet el egymástól férfi és nő a gyász során annak ellenére, hogy mindketten szülői vesztséget élnek át.

Cook (1988, id. Rothaupt és Becker, 2007) szerint a gyászoló férfiak hátrányban vannak a gyászoló nőkkel szemben, hiszen gyászuk megnyilvánulások jegyeit

a nőkéhez hasonlítják, ez a férfiaknál pedig intrapszichésen double-bind hatást idéz elő, miszerint egyrésztől elvárják tőlük, hogy erősek legyenek, ugyanakkor kritizálják őket azért, mert nem fejezik ki érzelmeiket. Kutatások bizonyítják azonban, hogy a férfiak és nők gyászsa egyaránt aktív gyermeküket gyászoló szülők körében, pusztán más megküzdési stratégiát választanak hozzá. Amíg a nők érzelmeik központú megküzdést és támaszkeresést alkalmaznak, addig a férfiakra inkább a probléma-orientált megküzdés, az elfogadás és az önmegtartóztatás a jellemző (Rothaupt és Becker, 2007).

A gyász során a leírtaknak megfelelően elszigetelődhetnek a gyermekek a szüleitől, a férfi és a nő – mint szülőpár – egymástól, a család egésze pedig szűkebb, illetve tágabb környezetétől. Számatlan mítosz tartja magát máig az (szak)irodalomban és a köztudatban egyaránt, melyek szerint a gyászon túl kell jutni, a gyászból meghatározott idő alatt meg kell gyógyulni, hogy a gyász, ami az elvárásoktól és előírásoktól eltér, patológiásnak, vagy komplikáltnak tekintendő, függetlenül annak személyes tényezőitől. Mindezek a gyászolókat magányossá, az élményeiket megoszthatatlanná teszik. A segítő szakemberek feladata, hogy segítse az egyéneket, családokat, korszerű információt, tudást bocsátva rendelkezésükre és lehetőséget teremtve arra, hogy gyászukat megéljék és kifejezzék, ezáltal a családtagok utat találjanak a gyászukban önmagukhoz, egymáshoz, és hogy közösen felépülve új szociális kapcsolatokat építhessenek ki, vagy korábbiakat ápoljanak tovább.

2. A veszteség pszichológiája – napjaink gyászmodelljei

A következőkben áttekintünk néhány kurrens gyászelméletet, melyekre a gyászoló családokkal történő gyakorlati munkánk során támaszkodunk.

A szakirodalomból (Pilling, 2003) ismert, hogy a hozzátartozók elvesztésére adott reakciókat nagyon sok tényező befolyásolja. Az elhunyt és a gyászoló életkora, a vele való érzelmi kapcsolat, a halál módja (krónikus betegség, váratlan baleset, öngyilkosság stb.), a gyászoló alapszemélyisége, eddigi életeseményei, esetleges korábbi veszteségei és azok feldolgozási módjai, a szociális és családi támogató rendszer által nyújtott segítség elérhetősége, stb. Mindezekből fakad, hogy a gyászfolyamat lezajlása mindig egyéni. A gyászfolyamat leírására az idők során számos elmélet és modell született, ezekről a korábbi fejezetekben is részletesen tájékozódhatott az olvasó. Jelenleg nincsen olyan széles körben elfogadott integratív elmélet, amely a gyász minden aspektusát magába foglalná. Napjaink szerzői azonban egyetértenek abban, hogy a gyász összetett folyamata nehezen bontható pontosan elhatárolható szakaszokra; a gyászfolyamat egyes szakaszai átfolynak egymásba, nehezen illeszthetők be egy általánosan alkalmazható didaktikus modellbe.

A legáltalánosabban ismert és sokáig érvényesnek tartott szakaszos megközelítésként a szakirodalom mostanra eljutott az elhunyttal fenntartott folyamatos kötődés (continuing bonds), és a veszteségnek tulajdonított értelem és jelentés-

adás (meaning making) fontosságáig. Ez az új orientáció támogatja a megtartott rituálékat az élet különleges alkalmai során, és felismeri a gyászélmények egyéni, unikális voltát.

Shafer és Moss megközelítésében (id. Rothaupt és Becker, 2007) a gyász hatványozott mértékben aktivizálhatja a rendelkezésre álló coping skilleket mind kognitív, mind viselkedéses szinten. Ilyen kognitív stratégiák pl. az értelemkérés, elfogadás, logikai analízis, pozitív újraértékelés. Viselkedéses szinten a coping megmutatkozhat a segítségkeresésben, a problémamegoldásban, az érzelmek kifejezésében. Ezek eredményeképpen a gyászoló megnövekedett szociális erőforrásokkal és támogatói rendszerrel gazdagodik, és új coping skillekre tesz szert.

A nézet, amely szerint a gyász a növekedés és személyes fejlődés katalizátora, jótékony paradigmaváltást követelt a gyász szakma területén (Rothaupt és Becker, 2007).

2.1. A folyamatos kötődés (Continuing Bonds) modellje

Rando (1985, 1986, id. Rothaupt és Becker, 2007) volt az első kutató a nyolcvanas évek végén, aki új alternatívát adott a halottról való érzelmi leválás feladata helyett. Kutatása során (melyet éppen gyászoló szülők körében végzett) úgy találta, hogy olyan gyászreakciók, amelyek korábban megoldatlan vagy „abnormális” gyász címkét kaptak, nagy általánosságban voltak jellemzőek gyermeküket elveszített szülők gyászélményeire. A szülők nem pusztán meghalt gyermeküket gyászolják, de a lányukhoz vagy fiukhoz kapcsolódó reményeiket és vágyaikat egyaránt.

A nézet, miszerint a gyászoló érzelmi kapcsolatban maradhat az elhunyt szeretett személlyel, ezt követően nyert további támogatást kutatók által. Field, Gal-Oz és Bonnano (2003, id. Rothaupt és Becker, 2007) úgy találták, hogy minél elégedettebbek voltak a gyászolók az elhunythoz fűződő kapcsolatukkal a haláleset előtt, annál nagyobb valószínűséggel maradt fenn tartott a kapcsolat a halál után. A fenn tartottság azt jelenti, hogy egy új – transzformált, átdolgozott – kapcsolat megengedi, hogy a szerett személy fizikai hiányában új, optimális kapcsolódás alakulhasson ki a kötelek megszakítása nélkül (Rothaupt és Becker, 2007).

A Continuing Bonds (Klass, Silvean és Nickman 1996, id. Stroebe és mtsai, 2010) koncepciója napjaink szakembereinek körében a sikeres gyász munka elemének tekintendő. Általa lett elfogadott az a gyászolók számára feloldozást hozó nézet, hogy az elvesztett családtaggal való kapcsolat folytonossága megmarad, folyamatos, bár különböző formájú, intenzitású. Gyászunkkal együtt, vagyis annak segítségével vagyunk képesek továbbra is kapcsolódni elhunyt szereteteinkhez. Fontos hangsúlyoznunk, hogy szimbolikus, internalizált kötelékről van szó, nem pedig fizikai kötődésről (pl. az elhunyt tárgyaihoz, hamvaihoz való ragaszkodásról). Nehéz azonban eldönteni, hogy mi tekinthető adaptívnak, és mi maladaptívnek. Stroebe és kutatótársai (2010, id. Maccallum és Bryant, 2013) vetik fel elméleteket integráló írásukban, hogy a fenn tartott kötődés vagy kapcsolódás adaptív/maladaptív voltát a gyászoló kötődési stílusának kontextusában érdemes vizsgálni. Az általuk

javasolt keretelmélet legfőbb kiindulási pontja, hogy azok a koragyermekkori kötődési élmények (függőség, vagy annak hiánya, biztonság vagy állandó bizonytalanság) később is befolyással vannak, amikor a személynek kialakítania, fenntartania, vagy éppen megszakítania kell egy fontos kötődési kapcsolatot (Stroebe, Schut és Boerner, 2010). Hangsúlyoznunk kell, hogy a folytonos kötődést mindig az adott kulturális közegben kell vizsgálnunk. (Ahogyan a kötődési típusokat sem tekintetjük univerzálisnak.) Különböző kultúrák eltérő mértékben támogatják vagy éppen tiltják le az elhunytal való kapcsolattartást (Rothaupt és Becker, 2007).

Ma Magyarországon a gyászhoz kötődő népi rítusok nem élnek már elevenen, a közösség nem tudja ezt a folyamatot segíteni, senki nem vesz részt az emlékezésben, átalakulásban. Mindezzel nemcsak a támaszkodás marad el, hanem az a tudás is, ami a korábbi idők gyászolóit segítette (Pilling, 2012). Alternatívát pedig nem kínál az urbanizálódott társadalom (hacsak nem az interneten pénzért működtethető virtuális sírokat és mécseseket, amelyek látogatás hiányában gazosodnak és kialszanak).

Gyászolókat segítő gyakorlati munka során fontos mozzanat, hogy az elvesztett személyhez fűződő emlékek, gondolatok lassan megtelhessenek pozitív tartalommal is, és ne csak a fájdalom, szomorúság kapcsolódjon hozzájuk, ezáltal is segítve a szeretett személlyel fenntartott kapcsolat belsővé válását.

2.2. Duális feldolgozás modell - The Dual Process Model

A gyász kettős folyamat-modell (Stroebe és Schut, 1999) leírásában a gyász egy dinamikus alakuló, változó folyamat, amelyet a különböző érzelmi állapotok közötti váltakozás jellemez. A gyász során a veszteség- és a felépülés-fókuszú szakaszok váltják egymást. A modell Lazarus és Folkman kognitív stressz elméletével rokonítható. A DPM modell ennek megfelelően két gyász munkához kapcsolható stresszort azonosít: veszteség-orientált és resztoratív (felépülés fókuszú) orientációt. Az utóbbi az olyan gyással járó másodlagos stresszorokra vonatkozik, mint az elhunyt személyt nélkülöző létezés a világban, új tervek, életcélok kialakítása. (Stroebe és Schut, 2010).

A modell szerint a gyász regulációját egy dinamikus coping stratégia, a különböző érzelmi állapotok közötti oszcilláció végzi. Eserint a gyással való adaptív coping a veszteséggel való konfrontáció és a resztoratív folyamatok dinamikájából épül fel. A szerzők úgy tartják, vannak olyan időszakok is, amikor a gyászolás szünetel („time out”). Ez azt is jelenti, hogy a gyással járó fájdalom nincs folyamatosan azonos intenzitással jelen, hanem az elkerülés és konfrontáció adta dinamika segítségével, különböző „dózisokban” jelentkezik.

Gyakorlati munkánk során lényeges, hogy a táborig programokat a felépülés fókuszú (gyász-foglalkozások közötti) szakaszokban lehet alkalmazni, hisz ez az a lélektani állapot, amikor a veszteség okozta fájdalom csökken, és pszichológiai tér nyílik a megpihenésre és gyarapodásra, rekreációra. Mindezt a későbbiekben, a program bemutatása során részletesen kifejthetjük.

2.3. Walsh és McGoldrich családi gyászt és feldolgozást leíró modellje

Walsh és McGoldrich (2004) családi gyászra vonatkozó modellje az egyénköz-pontú modellekkel szemben nem támaszt elvárásokat fix stádiumokat illetően, és nem patologizálja a tagok egyéni, unikális gyászélményét, hanem kiemeli azok értékét és létjogosultságát. A gyász kapcsolati aspektusait veszi alapul és a nyílt kommunikációt, a gyászélmény megosztását, az érzelmek nyílt kifejezését, ezek által pedig a családi rendszer megerősítését szorgalmazza. A szerzőpáros szerint az elveszített családi egyensúly úgy szerezhető vissza, ha a tagok szerepeik változásai során flexibilisen tudnak működni és nem próbálnak meg régi mintázatokhoz ragaszkodni. A cél ez esetben, hogy a kohéziót fenntartva a család rugalmasan adaptálódjon a közös veszteséghez, melynek során négy feladata van a rendszernek:

- A veszteség realitásának közös, egymással megosztott elismerése (temetésen való közös részvétel, a halál okának és körülményeinek közös megértése, stb.)
- A veszteség fájdalmának megosztása (az összetett érzelmek megértése és elfogadása, közös jelentéskonstruálás)
- A családi rendszer reorganizációja (restabilizáció a folytonosság érdekében, egyidejűleg változás, viszonyok újrarendezése és szerepek újraosztása)
- Kapcsolatokba és egyéb élet-tevékenységekbe történő reinvesztáció (új remények és vágyak alkotása, élettervek újragondolása, új célok megtalálása)

3. Lélekmadár Tábor – Az élet ünneplése

3.1. A közeg, ahol a program megvalósul – Bátor Tábor

Gyászoló családokat támogató programunk – a Lélekmadár Tábor – a Bátor Tábor Alapítvány élményterápiás – terápiás rekreációs – családi programjai közé illeszkedik, ezért röviden bemutatjuk az Alapítvány fő tevékenységeit.

A Bátor Tábor több mint tíz éve működtet ingyenes élményterápiás tábortakat daganatos és krónikusan beteg gyermekek és családjaik számára. Táborunk 2007 óta tagja a Serious Fun Children's Network nemzetközi tábor szövetségnek, amely több, mint 30 önálló tábori programot fog össze globálisan, melyekbe a világ 50 országából érkeznek súlyos beteg gyerekek.

A magyar táborban minden turnusunkat önkéntesek segítségével valósítjuk meg. Évente körülbelül 800 önkéntessel dolgozunk együtt, akiket szakmai szempontok alapján választunk ki és készítünk fel tábori feladataikra. Éves szinten 15 turnusban zajlanak élményterápiás programok a hatvani táborhelyen, ahol korszerű, akadálymentes épületek és programhelyszínek várják a táborozókat. A nyár folyamán szervezünk tábortakat daganatos, hemofiliás, krónikus ízületi gyulladással, vagy izomdisztrófiával kezelt és diabéteszes gyerekek számára. A Bátor Tábor a

családokra a rendszerszemlélet jegyében tekint. Tavasszal a beteg gyerekek egészséges testvéreikkel együtt érkeznek a Testvér Táborokba, ősszel a családokat együtt Családi Táborokba várjuk. 2013 októbere óta olyan családokat is fogadunk a Lélekmadár Tábornak nevezett turnusokba, akik betegség következtében veszítették el gyermeküket.

3.2. A terápiás rekreáció módszere

A terápiás rekreáció módszerének észak-amerikai gyökerei (USA, Kanada) máig meghatározóak a gyakorlat és az okleveles szakemberek képzését illetően. A terápiás rekreáció kifejezést az 1960-as években gyűjtőfogalomként kezdték használni. A mozgalom nem pusztán az egészség visszanyerését, a rehabilitációt tartja szem előtt, hanem a prevenciót, az egészséges életmód népszerűsítését is célkitűzésének tekinti (Austin, 2004).

Magyarországon a terápiás rekreációhoz hasonló célkitűzésekkel és eszközökkel operáló módszereket az élményterápia gyűjtőfogalomba szokták sorolni. Ilyenek továbbá a kalandterápia, élménypedagógia, tapasztalati tanulás, stb. Ezekben a módszerekben közös, hogy az egyén aktivitásokon, kihívási/tanulási helyzeteken keresztül megvalósuló intrapszichés és interperszonális, társas fejlődésére helyezik a hangsúlyt. A terápiás rekreáció módszerét annak fókuszcsoportja – szomatikus és/vagy mentális betegséggel élők, ill. azok családtagjai – különíti el emblematikusan a többi irányzattól.

Az angolszász szakirodalom a többféle meghatározással szemben megengedő, több definíció létjogosultságát fogadja el a terápiás rekreációt illetően. Az alábbi meghatározás közel áll a Bátor Táborban zajló munkához:

A terápiás rekreáció a rekreáció speciális alkalmazása egy meghatározott, intervencióss célal. Azaz a közbeavatkozás az egyén fizikai és érzelmi állapotában, szociális viselkedésében változást idéz elő, ami aztán elősegíti az egyén személyes gyarapodását és fejlődését. A terápiás rekreációra tehát úgy is tekinthetünk, mint rekreációs foglalkozások és élmények szisztematikus alkalmazására egy kitűzött cél érdekében (Austin 1996, id. Carter és mtsai, 1985).

A Bátor Tábor saját munkadefiníciójában kitér az általa kiszolgált célcsoportokra is. Észterint a terápiás rekreáció egy tudatosan felépített, célorientált módszer az egyén életminőségének javítására, a krónikus betegség fizikai és kognitív hatásainak fókuszban tartásával. A módszer segít jelentős szociális – ezen belül is kortárs és sorstársi – kapcsolatok kialakításában; a résztvevő által vállalt szimbolikus jelentőségű kihívások során erősíti a reziliens megküzdést, támogatja a fejlődést (Hosszú, 2012; Tóth és Hosszú, 2013).

A táborban a foglalkozások során olyan helyzeteket teremtünk a résztvevők számára, amelyek egyéni és/vagy csoportos kihívást hordoznak, ugyanakkor teljesíthetőek. A választás minden program során hangsúlyos szerepet kap. A választható kihívás (challenge by choice) azt jelenti, hogy mindenki olyan mértékben veszi ki a részét a játékos feladatokból, amennyire az számára komfortos. A prog-

ramtervezést az inklúzió és adaptáció alapelvei vezérlik (Hosszú, 2012), mindez lehetővé teszi, hogy senki ne maradjon kívül, passzív szemlélődésben.

Mivel a kihívások mértéke a folyamatos kontaktusnak és figyelemnek köszönhetően személyre szabott, garantáltan sikerélmény követi őket, amelyet az önkéntesek, sokszor a résztvevők is megerősítenek egymás számára. A sikerrel teljesített, és azt mások által is elismert eredményeket felfedezések követik, az azokra való folyamatos ön és mások általi reflexió pedig segít sajátját tenni, internalizálni.

3.3. Lélekmadár Tábor

Évente országosan körülbelül 240 gyermeket diagnosztizálnak daganatos megbetegedéssel. Magyarországon a rosszindulatú daganatos betegségben szenvedő gyermekek közel kétharmada meggyógyítható, ez egyben azt a szomorú kimenelt is jelenti, hogy 25-30%-uk meghal. Magyarországon a 2. leggyakoribb gyermekkorú halálókként tartják számon a gyermekkorú rosszindulatú daganatos megbetegedéseket (Török, 2006).

Magyarországon az utóbbi egy-két évtizedben kibővültek a gyászolók segítségének lehetőségei, mind a laikus, mind a professzionális segítség értelmében. Önszolgáltató csoportok, hospice házak (köztük gyermekhospice házak is) alakultak, és megindult a gyászterapeuta képzés. Létrejötték speciális lelki telefonszolgálatok, és szükség esetén a gyászolók professzionális pszichoterápiában, családterápiában részesülhetnek. A Bátor Tábor által szervezett Lélekmadár Tábor a segítségnyújtás terepeit bővítve, egy eddig nem létező, új koncepcióra épülő speciális segítségnyújtás lehetőségét kínálja fel.

Mivel a gyász egy hosszú, és sokszor szélsőségesen ambivalens érzéseket mozgató folyamat, a gyász egy éves ciklikusságát mintázva három alkalommal rendezünk négynapos turnusokat ugyanazon családok számára (összel, tavasszal, majd újra ősszel). A jelentkezéseket a haláleset óta eltelt időtől függetlenül fogadjuk, így a sokéves és a frissebb veszteségekkel küzdőket egyaránt szeretettel látjuk a táborban. A gyászélmény és megküzdés különböző szintjein álló családok más-más perspektívából sok segítséget és mintát is tudnak nyújtani egymásnak. A jelentkezési folyamat természetes időkorlátot szab a friss veszteségek tekintetében: minimálisan fél év telik el a haláleset és a táborba érkezés között. A csoportok összeállításakor a családra, mint funkcionális egységre tekintünk nemcsak a halál utáni, de a megelőző időszakot figyelembe véve. Mivel súlyos betegségben elhunyt gyermekek családtagjait táboroztatjuk, így a résztvevők között egyaránt üdvözölhetünk egyedülálló anyákat, gyermektelen házaspárokat, vagy éppen sokgyermekes szülőpárokat, gyámként funkcionáló nagymamát. A Lélekmadár Tábor táborozóit tekintve nagyon fontos az intervenció fókuszában tartanunk, hogy az általuk elvesztett gyermek valószínűleg hosszú (sokszor évekig tartó), szenvedésteli kezelések után, a remény és a haldoklás elfogadását váltogató pszichés stációikat megjárva távozott a családból. Ennek megfelelően a hozzátartozók nem pusztán a halál tényétől, de a betegséggel járó fizikai állapot romlása és a családszerkezeti

változások által is traumatizálódtak. Korábban már utaltunk rá, hogy milyen nehéz, labilis helyzetben vannak a „normális” életbe visszatérő gyászolók. Az emlékezés és a gyász a környezet feledést, továbblépést sürgető nyomása által nehezített; a korábbi szociális kapcsolatok megszűntek vagy meggyengültek; a családi kötelékek és szerepek is átalakultak; amíg az életben maradásért küzdött a család.

3.3.1. Gyászfeldolgozás a Lélekmadár Táborban

A más típusú táborokban is alkalmazott módszer, a terápiás rekreáció kínálta fejlődési és kikapcsolódási lehetőségek mellett párhuzamosan különböző gyászterápiás technikákkal és közösségi rituálékkal is segítjük a gyászfolyamatot, a veszteséggel járó érzések feldolgozását. A családtagok az emlékezés mellett lehetőséget kapnak arra, hogy a gyással természetesen járó, sokszor beszűkült érzelmi fókuszot kitégítve egymásra és önmagukra figyelhessenek. A rekreációs foglalkozások teret adnak az egyén fejlődésére, az önfeledt játéokra, bevonódásra. A mindvégig alkalmazott módszer, – a terápiás rekreáció – dinamikája (választáson alapuló kihívás, sikerélmény, megerősítés, felfedezés) szabadságot és önirányítottságot tesz elérhetővé a résztvevők számára.

3.3.2. Gyászcsoportok

A professzionális gyászterapeuták által vezetett (szintén korosztályosan bontott) csoportfoglalkozások segítik a gyászfolyamat minél természetesebb zajlását, a gyászoló egyének fájdalomának elismerése mellett a közös erőforrások kiemelését. A tábor egy olyan fizikai és pszichológiai értelemben vett biztonságos, tartó közeg, ahol megtapasztalható a nehéz érzések megosztása, a büntudat enyhülése. Ezáltal létjogosultságot nyerhetnek önmaguk előtt is saját fájdalmaik, félelmeik, megélik azt, hogy ez nem csupán velük történt meg, hanem ez a fájdalom mások által elfogadható és megérthető, hiszen más is így érez. A gyással járó nehéz és felkavaró érzések, gondolatok validálódnak a többi család és a gyászterapeuta által, és lehetőséget kapnak arra is, hogy megismerjenek más hasonló történeteket is. A tábor érzelmileg biztonságos helyet nyújt a családnak, mint egésznek, és külön a tagjainak is arra, hogy elmeséeljék, megosszák történetüket, és beszéljenek érzéseikről. Nagyon fontos, hogy a család minden tagja elismerje a másik fájdalmát. Fontos, hogy a szülők meglássák azt, hogy nem csak ők gyászolnak, hanem gyermekeik is, akiknek alapvető szükségük van arra, hogy érzéseiket megoszthassák. A résztvevő gyerekek és szülők megélik azt, hogy az élet nem áll meg, lehet, szabad boldognak lenni, játszani, nevetni büntudat nélkül is, úgy, hogy az elvesztett gyermekkel való kapcsolat, a hozzá való kötődés megmarad, de egy más, szabadabb minőségi szinten. A közösséghez tartozás élménye csökkenti izolációjukat és magányukat mind egymás, mind más családok között.

A gyászfeldolgozást támogató, különböző korosztályoknak szóló „Lélekmadár foglalkozásokon” változatos technikákkal segítik a megosztást és az emlékezést a

terapeuták. A legkisebkekkel mesét olvasnak, gyurmáznak, rajzolnak. Az óvodás, kisiskolás korúakkal a gyermekdráma módszere teszi élménydússá a gyerekek számára a nehéz témát és elaborálhatóvá a feszültségeket. A hétvégek kezdetén első közös programként egy mesefilmet nézünk meg együtt (gyerekek, szüleik és az önkéntes stáb egyaránt) a gyászhoz kapcsolódó témában. Erre a közös élményre és érzelmi alapra aztán folyamatosan vissza lehet utalni a továbbiakban. A kamaszoknál és fiatal felnőtteknél inkább a verbális technikák dominálnak, ahogy a felnőtt csoportokban is. A közös szülőcsoportok mellett a hétvégén az anyák és az apák külön-külön is részt vehetnek egy alkalmon, ahol azok az érzések is teret kapnak, amik nehezítik házastársukkal az egymáshoz kapcsolódást.

A gyászterapeutáknak a mi felfogásunkban abban van nagy szerepe, hogy a ventillációt követően segítsenek a családtagoknak abban, hogy felismerjék, mi a közös a gyászélményükben, és hogy a különbségeket elfogadva képesek legyenek egymás felé fordulni, közös megoldásokat keresni.

3.3.3. Közösségi rituálék

A Lélekmadár Tábor élményvilágának legkiemelkedőbb, egyedülálló eseményei az egész tábori közösségnek szóló esti rituálék. Tábori nevükön az Együtt-Idő és az utolsó estén zajló alkalom: Az élet ünneplése. Az esti rítusok arra hivatottak, hogy a közösség összegyűljön, kifejezze támogatását és szolidaritását a családok fájdalma iránt.

A három turnus során a tartalom (ahogy az egész hétvége tartalma) tematikusan változik. Az első alkalom a táborral, a helyzettel és a többi családdal való ismerkedésről szól – a kapcsolódási pontok megtalálásáról, azonosításáról. A második turnus a megerősödő kapcsolatok és a visszatérés terepe – itt juthatnak kifejezésre a mélyebb, nehezebben megosztható érzések, pl. a harag és a düh is. A harmadik, lezáró alkalom a továbblépésről, a tábor által nyújtott fogódzó elengedéséről, illetve az egy év alatt megerősödött megküzdési módok továbbvitelének módjáról szól – a jövő felé orientál.

Az estékben közös, hogy zene szól, a gyászterapeuták és segítők verseket, szövegeket, olykor meséket olvasnak fel, az elmélyülést és befelé figyelést segítve. Az esti rituálék hangulata és szimbólumai a sokszor nem könnyű emlékekezést, felidézést „provokálják”, olyan érzelmi csatornákat nyitnak meg, amelyeket a gyászolók mindennapi körülmények között nem érnek el. Mindez a közösség megtartó erejében, biztonságban történik, miközben anya, apa és testvér, sorstárs egyaránt jelen van, szemtanúja a másik fájdalomnak, sokszor megkönnyebbülésének.

A tábori program ezt követően esti játékkal folytatódik, és mintegy az élet folyását megtestesítő metafora: továbblépésre, a megrendült érzelmi állapotból való kimozdulásra késztet.

Következzen egy – az élmények szintjén szóló – írás egy segítő résztvevő tolalából:

„A Lélekmadár Táborról nem könnyű szavakban beszámolni, de teszek egy kísérletet. Van benne minden, ami a Bátor Táborban van: színes programok, élmény-kavalkád, odafigyelő, gondoskodó cimborák (önkéntesek), jókedv, hatalmas beszélgetések, otthonosságérzés. És vannak benne idők, amikor a tábor lelassul, elcsendesedik, kihunynak a fények és gyertyákat gyújtunk, hogy emlékezzünk azokra, akik miatt itt vagyunk, akik örökké hiányozni fognak. És akkor ünnepe-lünk. A magunk, immáron bátor táboros, őszinte módján. Ünnepe-ljük az életet, legyen az bármilyen rövid, fájdalmas, hiányérzetet hagyó. Ünnepe-ljük, hogy valaha is együtt lehettünk. Amikor ilyenkor egymás arcára pillantunk, észrevesszük, hogy nem vagyunk egyedül, érezzük, ahogy a levegőt megtölti egy méltóságteljes érzés, a szeretet, miközben a csillagok előbújnak, talán lenéznek ránk. Aztán a pillana-tot elengedve tovasiklik velünk a tábor – ahogy az élet is –, folyik tovább a maga útján. Jön az esti program, a könnyeket ismét letörli a kacagás, másnap reggel újra felkel a nap. Várnak minket a halak, a békák, Petra és Szellő, a bátorkodó pálya és a zeneterem. Van, ami nem változott, sohasem fog. De útközben, tábori napok alatt mégis kicsit mások lettünk. Az ismeretlenből ismerős lett, a kihívásból siker, az egyénekből csapat, magányos bocsokból – ahogy a filmen is – Mackótestvér. A félelem alább hagy, a teher átalakul, a magányt, a megoszthatatlanságot a közösség ereje száműzte miközben együtt voltunk, sütött ránk a nap.” (Hosszú, 2014 http://batortabor.blog.hu/2014/05/22/hogyan_szuletett_a_lelekmadar_tabor)

3.4. A program hatása

Nemzetközi és hazai kutatások igazolják (Yale Child Study center, 2013; Török, Kökönyei, Károlyi, Ittész és Tomcsányi, 2006; Békési és mtsai, 2011), hogy a terá-piás rekreáció módszerére épített tábori programok a résztvevők pszichés, szociális és szomatikus állapotában kimutatható pozitív változásokat eredményeznek, se-gítve ezzel a krónikus betegségállapotok és azok családtagokra gyakorolt negatív hatásai rehabilitációjának folyamatát. Kutatócsoportunk¹ az új program kezdete óta a Lélekmadár Tábor hatékonyságát vizsgálja projektív és kérdőíves eszközök-vel egyaránt. A teljesség igénye nélkül ismertetünk most néhány általunk vizsgált és kapcsolódó pszichológiai konstruktumot.

A gyász dinamikus megközelítéséhez jól kapcsolódik a poszttraumás növeke-dést segítő deliberatív rumináció fogalma. Traumát átélt egyének sokféle kognitív, emocionális, viselkedéses választ produkálhatnak a stresszt keltő esemény bekö-vetkezése után. Ilyen válasz például a ruminatív gondolkodás (gyakori intruzív, ne-gatív gondolatok az eseménnyel és annak következményeivel kapcsolatban), ame-

¹ A Lélekmadár Tábor kutatócsoportjának tagjai: Hosszú Dalma (programfelelős, pszichológus), Lénárd Kata, PhD (alapítványi pszichológus), Gyenge Zsuzsanna (családi kapcsolattartó, pszichológus), Juhász Csilla (önkéntes-koordinátor, pszichológus) és Gellért Fruzsina (gyászcsoport vezető, pszi-chológus).

lyet leginkább negatív következményként szoktak említeni. Az empirikus tanulmányok szerint a ruminatív gondolkodás azonban nem feltétlenül negatív, betörő gondolatokból áll, hanem bizonyos esetekben pozitív, visszaemlékező, deliberatív formában jelenik meg, melynek célja, hogy az illető jelentést tulajdonítson az átélt eseménynek, amely segít annak elfogadásában, feldolgozásában. A deliberatív rumináció tehát pozitív kapcsolatban áll a poszttraumás növekedéssel (Taku és mtsai, 2009).

Calhoun és mtsai (2000) modelljükben a gyász és a poszttraumás növekedés kapcsolatát írják le, hangsúlyozva, hogy nem jelenthető ki az, hogy minden gyászoló személy poszttraumás növekedést él át. A PTN elérése során fontos szerepe van az intruzív rumináció adaptív, deliberatív ruminációvá válásának. Modelljükben azt az esetet írják le, amikor a halál – hirtelensége vagy az elhunyt fiatal kora miatt – ellenkezik a gyászoló világmépevel, nem illeszthető bele a kognitív sémáiba. A szerzők szerint a gyászoló ilyenkor gyakran intruzív ruminációt él át, amely átalakulhat deliberatív ruminációvá, illetve gyakran a két reakció váltakozik, oscillál, míg a gyászoló ki nem építi új kognitív sémarendszerét. Az átalakulásban nagy szerepe van a szociokulturális hatásoknak, a környezetnek. Korábbi kutatásokban rámutattak, hogy ha a gyászoló ismer olyan személyt, aki hasonló traumán ment keresztül, és növekedést ért el, az illető modellt nyújthat, így a gyászoló személy is nagyobb eséllyel ér el növekedést (Cobb és mtsai 2006, id. Calhoun és mtsai, 2010).

Saját részeredményeinkben az első és a második Lélekmadár turnus között megismételt vizsgálatból kiderült, hogy a táborozók egy részénél megnövekedett a ruminatív gondolatok jelentősége, másik részükénél csökkent, néhányuknál pedig nem változott jelentősen. Ezek az eredmények illeszkednek a duális gyászfeldolgozás modelljébe, amely alapján a tábori program kialakítása is zajlott. A veszteségre fókuszáló folyamat során a gyászoló leginkább a fájdalmas eseményre, az emlékekre koncentrált. A felépülés fókuszú folyamat esetén pedig az elhunyt halála utáni új élet, identitás kialakítása, felépítése van a középpontban (Gyenge, Hosszú, Lénárd, Juhász és Gellért, 2014).

A reziliencia fogalma a pszichológiában olyan képességet jelöl, amely segítségével az ember valamilyen erőteljes kihívás, megrázkódtatás után képes visszanyerni eredeti, egészséges mentális állapotát (Connor és Davidson, 2003), tehát ez olyan rugalmas ellenálló képesség, mely rizikóhelyzetben biztosítja a sikeres megküzdést. Tágabb értelemben véve a reziliencia nem csak egyénekre, hanem családokra és közösségekre is alkalmazható konstruktum (Zautra, 2009). A családi reziliencia nem más, mint „a család megbirkózási képessége” rizikóhelyzetben. Betegség, vagy veszteség esetén egy család úgy tudja visszanyerni egyensúlyi állapotát, ha átrendeződik és ezzel alkalmazkodik újabb feladataihoz, új szabályrendszert, szerepelosztást tesz lehetővé tagjai számára. A gyászoló családok traumafeldolgozása nagymértékben különbözhet egymástól. A reziliencia képességének protektív faktorként kiemelkedő szerepe van a gyászoló családok traumafeldolgozásának folyamatában.

A gyász alatti reziliencia felfogható úgy is, mint az identitás folytonosságának fenntartására való képesség. Különös tekintettel a reziliencia és a társas identitás

közötti kapcsolatra (Bonanno és mtsai, 2001). Társas identitásunk alapvető, meghatározó egysége a családi identitás. Bennett és munkatársai (1988) megfogalmazásában a családi identitás „a család szubjektív érzékelése saját időbeni folytonosságáról, a jelenlegi helyzetükről és karakterükről”. Az identitás kialakulásában, csoportok összetartásában változások esetén fontos szerepet játszanak az átmeneti rítusok. A rítusok alapvető cselekvési formákat bocsátanak a közösség rendelkezésére, hogy az emberi életben bekövetkező kríziseket, átmeneteket, változásokat könnyítsék (van Genneep, 2007).

Peter Kearney (2009) egy írországi élményterápiás táborról, Barretstownról (amely a Bátor Táborhoz hasonlóan Serious Fun Children's Network tag) szóló írásában a táborozást átmeneti rítusként értelmezi, melyben jól elkülöníthetők a rítusra jellemző stációk: a szeparáció, a változás és az újrendeződés hármassztruktúrája, és ahol az interakció alaplómódozatává a *communitas* (kapcsolatokon alapuló közösség, melyben a tagok kölcsönösen hatással vannak egymásra) válik. A Bátor Tábor programja hasonló felépítésével, saját rituáléival ilyen funkciót tud betölteni a táborozói életében. A Lélekmadár Táborban a hagyományos tábori programok, rituálék közé bekerülnek speciális, a szeretett, elhunyt személyhez kapcsolódó, emlékezést segítő rituálék, támogatva a közösséget a gyász közös átélésében, és a továbblépésben. A közösségi rituálék az élet üzenetét hordozzák, az ittmaradtakhoz szólnak. A táborban átélt, megtapasztalt rituálék később családi rituálékhoz is mintául szolgálnak.

A családkutatásokban is általános, azaz empirikusan is alátámasztott vélemény, miszerint a családi rituálék fontos protektív faktorként szolgálnak a családi élet működőképességének és a családtagok személyes jóllétének megőrzésében (Elblinger, 2013). A daganatos betegség megjelenése és az azt követő veszteség jelentős változásokat igényel a család rituális gyakorlatában. Szintén Elblinger (2013) hivatkozik rá, hogy Buchbinder és mtsai 2009-ben rákos betegségben szenvedők családjában vizsgálták a diagnózist követő átszerveződési és újraszerveződési folyamatokat és azok szubjektív megélését a családtagok körében. A szerző összegzi a tapasztalatokat, melyek szerint a betegség és a kezelés kikerülhetetlenül feldúlja a családban addig működő rutinokat és jelentést hordozó rituálékat. Az általunk szolgált családok esetében bekövetkezett haláleset a betegség alatt fenntartott rendszerműködést is lehetetlenné teszi, a veszteség végérvényessé válik. Nézeteink Elblingerrel összecsengenek, célkitűzéseink pedig alapozhatóak a megállapítására, hogy a családi élet és a családi kohézió fenntartható, illetve helyreállítható, ha a családtagok képesek olyan új rutinok és rituálék kialakítására, amelyek a betegséggel és az azt követő halállal járó viselkedési és emocionális következményeket integrálják, ill. képesek olyan megszokott viselkedéseket újra aktivizálni, melyek a betegség és a haláleset előtt is fontosak voltak. Az éves ünnepek a gyászoló családokban különleges jelentőséggel bírhatnak, érzelmekkel terheltekké válhatnak. A Lélekmadár Tábor három turnusa egy év alatt zajlik le, ezzel is segítve a családokat az ünnepekhez kapcsolódó rituálék újrakonstruálásában.

Hatékonyágvizsgálatunk eredményeit részletesen a harmadik turnus lezárását követően lesz lehetőségünk közzé tenni. Munkánkat addig is folyamatosan a családoktól kapott írásos és szóbeli visszajelzések segítik.

Lezárásul álljon itt két levéldízet egy résztvevő édesanyjától, melyek közül egy az első, egy pedig a második turnust követően íródott. (A részletet természetesen az engedélyével közöljük.)

„Néhány gondolatomat »papírra vetem«, mert köszönetet kell mondanom. Köszönjük ezt a 4 napot, szükségünk volt rá és épp időben érkezett. Annyi figyelmességgel, értelemmel és érzellemmel találkoztunk ez idő alatt, ami feltöltötte megtépázott lelkünket. Közelebb kerültünk egymáshoz mi négyen és ez nektek köszönhető. A szervezés minden apró mozzanata tökéletes volt, a segítők annyira empatikusak voltak, hogy sokszor azért érzékenyültem el, mert elkaptam egy mondatukat vagy mozdulatukat, ami szívmengető volt. Egy utópisztikus világban lehet ilyen, hogy mindenki figyel a másokra, együtt létezőnk, együtt fájunk, és aztán könnyebbülünk meg. A harmadik napon, az esti gyászolás közben éreztem, hogy valahogy máshogy érzek, elcsitultam, nem fáj már annyira. Köszönöm nektek.”

„Nem gondoltam volna, hogy ezt fogom írni, de ez a 2. alkalom még tökéletesebb volt. Finom változtatásokkal tudtatok minket a »közösség-érzésünkben« erősíteni.

Amit én átéltem a 4 napban: örömmel konstatáltam, hogy jól döntöttem, a gyerekekkel sokkal erősebb és kiegyensúlyozottabb vagyok, mint a korábbi felállásban. Sokan éreztük, hogy most sokkal vidámabbak és felszabadultabbak voltunk, mint előző alkalommal. Olyan is történt velem, ami évek óta nem: sírtam a nevetéstől. Köszönöm az esti órákat is, feltétlenül javítok majd a ping-pong tudásomon. Gondolkodom vasárnap óta a »címen«, melyet kiérdemeltek a cimbit (önkéntesek), de mindig oda jutok, hogy egyszerűen »jó emberek«. Várni fogjuk a szeptemberi találkozást és már elméletben szervezzük, hogy utána is fogunk találkozni, mi, »Lélekmenhelyesek«.”

Irodalom

- Austin, D. R. (1996). *The Therapeutic Recreation Process*. In Austin, D. R., Crawford, M. E. (ed.) *Therapeutic Recreation – An Introduction*. USA: Allyn & Bacon
- Austin, D.R. (2004). *Therapeutic recreation processes and techniques (5th edition)*. Champaign, IL: Sagamore Publishing, Inc.
- ATRA (American Therapeutic Recreation Association) hivatalos honlapja, letöltés helye: <http://www.atra-online.com/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=86>, letöltés ideje: 2013. 09. 19.
- Bennett, L. A., Wolin, J.S., McAvity, J.K. (1988). *Family identity, ritual, and myth: a cultural perspective on life cycle transitions*. The Guilford Press New York

- Békési A., Török Sz., Kökönyei Gy., Bokrétás I., Szentes A., Telepóczy G. (2011). Health-related quality of life changes of children and adolescents with chronic disease after participation in therapeutic recreation camping program. *Health and Quality of Life Outcomes* June 2011, letöltés helye: <http://www.hqlo.com/content/9/1/43>, letöltés ideje: 2014.05.20.
- Bonanno, G. A., Papa, A., O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience, *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 193–206.
- Buchbinder, M., Longhofer, J., McCue, K. (2009). Family Routines and Rituals When a Parent Has Cancer. *Families, Systems, & Health*, 27(3), 213–227.
- Byng-Hall, J. (2006). *Munkám családi szkriptekkel*. Családterápiás Olvasókönyv. Budapest: Animula Kiadó
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeshi R.G., McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521–527.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.
- Elblinger Cs. (2013). *A családi rituálék szerepe a családi identitás konstrukcióban*. Doktori (PhD) értekezés, Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Doktori Iskola Személyiség- és egészségpszichológiai Doktori Program letöltés helye: http://pszichologia.pte.hu/sites/pszichologia.pte.hu/files/files/files/dok/disszert/d-2013-elblinger_csaba.pdf letöltés ideje: 2014.05.30.
- Ferenczi S. (1933/1981). Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek közt. In Buda B. (Szerk.) *A pszichoanalízis modern irányzatai*. Budapest: Gondolat, 213–226.
- Gyenge Zs., Hosszú D., Gellért F., Juhász Cs., Lénárd K. (2014). *Lélekmadár Tábor Kutatás: A Bátor Tábor Alapítvány gyászfeldolgozást segítő családi táborának hatékonyságvizsgálata. Fókuszban a rumináció*. Poszter.
- Hosszú D. (2012). Terápiás rekreáció – Eszköz és módszer a Bátor Táborban In Gy. Kiss E., Polyák L. (Szerk.) *Egészség rehabilitációs Füzetek II*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Hosszú D. (2014). *Hogyan született a Lélekmadár Tábor?* Blogbejegyzés. Letöltés helye: http://batortabor.blog.hu/2014/05/22/hogyan_szuletett_a_lelekmadar_tabor, letöltés ideje: 2014.06.15.
- Kearney, P. (2009). The Barretstown experience: a rite of passage. *Irish Journal of Sociology*, 17(2), 72–89.
- Maccallum, F., Bryant, R. A. (2013). A cognitive attachment model of prolonged grief: integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review* 33, 713–727.
- Murray, C. I., Toth, K., Clinkinbeard S. S. (2010). Death, Dying, and Grief in Families. In Price, S. J., Price, C. A., McKenry P. C. (Szerk.), *Families & Change Coping With Stressful Events and Transitions, Fourth Edition*, SAGE Publications, Inc.

- Olson, D.H, Sprenkle, D.H., Russel, C.S.(1979). Circumplex model of marital and family system. In *Cohesion, adaptability dimension, family types and clinical applications. Family Process, 18*, 3-28.
- Pilling J. (2003). *A gyász lélektana*. Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Pilling J. (2012). *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*. Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest letöltés helye: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/pillingjanos.d.pdf, letöltés ideje: 2014. 05.10.
- Rothaupt, J. W., Becker, K. (2007). A literature review of western bereavement theory: from deathtaking to continuing bonds. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families, 15* 6-15. Letöltés helye: DOI: 10.1177/1066480706294031 Sage Publications, letöltés ideje: 2015.05.01.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23* (3), 197-224.
- Stroebe, M., Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *OMEGA – Journal of Death and Dying, 61*(4) 273-289.
- Stroebe, M., Schut H., Boerner K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: toward a theoretical integration, *Clinical Psychology Review, 30*, 259-268.
- Tedeschi, R. G, Calhoun, L. W. (2004). Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In Kulcsár Zs. (Szerk.), *Teher alatt. Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés (szöveggyűjtemény)*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Tóth J. , Hosszú, D. (2013). Meg tudom tenni, át tudom élni! Élményterápia, azaz terápiás rekreáció a Bátor Táborban. In Dobilán, K., Jávorka, G.: *Kis gyermekek, nagy problémák*. Budapest: RAABE Tanácsadó és Kiadó Kft.
- Török Sz. (2006): *Gyermekkori daganatos megbetegedések hazai előfordulási gyakorisága és mentálhigiénés szemléletű rehabilitációja*. Doktori értekezés Semmelweis Egyetem 5. Számú Doktori Iskola, letöltés helye: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/torokszabolcs.m.pdf, letöltés ideje: 2014.06.10.
- Török Sz., Kökönyei Gy., Károlyi L., Ittész A. , Tomcsányi T. (2006). Outcome effectiveness of therapeutic recreation camping program for adolescents living with cancer and diabetes. *Journal of Adolescent Health, 39*, 445-447.
- Taku, K., Cann, A. ,Tedeschi, R. G. ,Calhoun L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in post traumatic growth across US and Japanese sample. *Anxiety, Stress and Coping, 22*(2). March 2009, 129-136. letöltés helye: <http://kanakotaku.files.wordpress.com/2012/01/intrusiveversusdeliberateruminat ioninposttraumaticgrowthacrossu-s-andjapanesesamples.pdf>, letöltés ideje: 2014.05.10.
- van Genneep, A. (2007). *Átmeneti rítusok*, Budapest: LHarmattan Kiadó.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strenghtening family and community resilience. *Family Process, 46*(2).

- Walsh, F., McGoldrick, M. (2004). Loss and the family: A systemic perspective. In Walsh F., McGoldrick M. (Szerk.), *Living beyond loss: Death in the family* (3–26). New York: Norton.
- Yale Child Study Center: Tominey, S., Southwick, S., Mayes, L. (2013). *SeriousFun Camps and Beyond: The impact of attending residential summer camp for children living with serious illness. 2012–2013 Outcome evaluation report*. Szövetségi, belső munkaanyag.
- Zautra, A. J. (2009). Resilience: One Part Recovery, Two Parts Sustainability. *Journal of Personality*, 77, 1935–1943.

BIRÓ ESZTER

A HOSPICE ELLÁTÁS PSZICHOLÓGIÁJA

1. A pszichológia illetékessége az életvégi ellátásban

A pszichológiai és pszichiátriai rendeléseken jelentkező emberek jelentős hányada szenved különböző félelmektől: a szorongásos zavarok magyarországi élettartam prevalenciája a 25%-ot is meghaladja, intenzív halálfélelemmel járó rohamokkal jellemezhető pánikbetegség pedig a magyarok több, mint 4%-ánál alakul ki élete folyamán valamikor (Szádóczky, Papp, Vitrai és Füredi, 2000; Szádóczky, 2000).

A szakemberek által kezelt szorongásos tünetek lényegében általános jellemzője „eltúlzottságuk”, vagyis az a sajátosságuk, hogy azok nem az élet objektív veszélyhelyzeteire adott, azokkal arányos, normális válaszreakciók. „Valódi” (azaz fizikai) veszélyhelyzetek elhárítására nem pszichológushoz vagy pszichiáterhez fordulunk, hanem mentőt, tűzoltót, rendőrt, katasztrófaelhárítót riasztunk.

Felmerül tehát a kérdés, hogy mi lehet a dolga a pszichológusnak tényleges fizikai veszélyhelyzet idején. A kérdés megválaszolása részben a katasztrófapszichológia illetékességi körébe tartozik (V. Komlósi, 2013; Pető és Szekeres, 2006). A katasztrófapszichológia kompetenciája azonban nem terjed ki halandóságunkból eredő természetes, egyéni „katasztrófákra”, azaz a természetes halálozás kapcsán felmerülő pszichológiai kérdésekre.

A betegségek traumatizáló hatásával, illetve a gyász pszichológiai kérdéseivel kötetünk több fejezete is foglalkozik (Rigó Adrienn, Benczúr Lilla, Török Zsuzsa, Kökönyei Gyöngyi és Sz. Makó Hajnalka által írt fejezetek), a jelen fejezet fókuszába így egy speciális témakört, a hospice ellátás pszichológiai kérdéseit helyezük.

A hospice ellátás, amely az életük végén járó (rák)beteg komplex tüneti kezelésével foglalkozik, néhány évtizedes múltra tekinthet vissza Európában (Janssens és mtsai, 2001). Magyarországon Polcz Alaine kezdeményezésére és vezetésével indult el – a szakemberek multidiszciplináris teamjének magas szintű szakértelmet kívánó munkáján alapuló, de a szakértelmet nem kívánó részfeladatokba számos önkéntest is bevonó – hospice munka. A neves tanatólógus vezette munkacsoport később, 1991-ben megalapította a ma is működő Magyar Hospice Alapítványt (www.hospicehaz.hu), ami a kezdete volt annak a szakmai, szakmapolitikai, jogalkotási folyamatnak, amelynek egyik eredménye, hogy a mai hospice szolgáltatók

számára jogszabály¹ írja elő, hogy a haldokló beteget gondozó team tagjainak sorában orvos, nővér és más szakemberek mellett mentálhigiénés szakember, vagy pszichológus is legyen.

1.1. Beszélünk-e a halálról?

A halál és haldoklás témája a modern nyugati kultúránkban szinte érintetlen (Polcz, 1998; Zimmermann és Rodin, 2004), még ha a téma gyakori médiamegjelenései alapján esetleg nem is így érezzük. Finlay (2009) kimutatta, hogy a híradók, dokumentumfilmek a halállal kapcsolatban a nagy port felverő, emberi hibák lehetőségét implikáló, szenzációs esetekről számolnak be, és nem jelenítik meg a halál hétköznapi, egyszerű valóságát, nem számít hírnek a hétköznapi szenvedés és annak szakszerű enyhítési lehetősége.

Talán a halál és haldoklás témájának társadalmi tabu volta is befolyásolja, hogy a pszichológusok kötelező alapképzésük során rendkívül keveset – szinte semmit sem – tanulnak az életvégi kérdésekről, azok lélektani összefüggéseiről, a felmerülő problémák megoldásának lehetséges eszközeiről. Az egyetemi alapképzésben közvetített tudásanyag nemcsak szűkös, hanem ráadásul inkább elméleti jellegű ismeretekre (pl. Erikson, 1991) szorítkozik. A nagyon is természetes halálfélelem makacs hártása hátterén a pszichológusok is mintha természetesnek vennék, hogy a halál reális jelenségeivel kapcsolatban nincsen szakmai dolgunk. Nem is könnyű belátni, hogy ez egyáltalán probléma lehet. A téma mellőzésének jelentőségét legkönnyebben úgy ismerhetjük fel, ha elképzeljük, hogyan hatna a hétköznapi pszichológusi tudásra és gyakorlatra az, ha bármely másik életszakasz jelenségeit (például a korai csecsemőkor bizonyos hónapjait, az életközép időszakát, stb.) mellőznék ilyen látványosan a pszichológusképzés. Érvelhetnénk azzal, hogy ez a párhuzam azért hibás, mert a korai csecsemőkor folyamatai, illetve az életközép válságának megoldása vagy megoldatlansága befolyásolja az adott individuum későbbi életének minőségét, ellentétben a – természetesen – minden individuális életszakaszt lezáró haldoklással. Ez a kritika azonban legalább két okból is gyenge lábakon áll: egyfelől egy adott életszakasz pszichológiai folyamatainak jelentőségét nem kizárólag a *későbbi individuális* életidőre gyakorolt befolyás adja, azok önmagukban, a mindenkori jelenben is fontosak. Másfelől pedig a *transzgenerációs hatások* (pl. Kellermann, 2001; Varga, 2011) létezésének ismeretében világosan kell látnunk, hogy a haldokló, az életből távozni készülő ember lelkiállapota (pl. generativitás vs. kétségbeesés, ld. Erikson, 1991) az őt túlélő családtagok, barátok, hivatásos gondozók életét is befolyásolja. Nincs tehát olyan testi vagy lelki állapot, amikor „már mindegy” volna, mi történik, amikor mindegy volna, hogyan bánunk a haldokló emberrel.

¹ 1/2012. (V.31.) EMMI rendelet a szakmai minimumfeltételekről, Magyar Közlöny, 2012, 64, 10130-10539. (ld. még <http://www.hospice.hu/jogszabalyok/>)

1.2. A haláhtagadás etikai háttere, és annak érzelmi következményei

A „pozitív gondolkodás” hatalmának népszerű gondolata a tudatos folyamatok oldaláról is ráerősít a halállal kapcsolatos félelmeket elhárító tudattalan pszichológiai mechanizmusokra. Gyakran még a haldokló betegek is erkölcsi kötelezettségnek érzik, hogy a halálra ne gondoljanak, mert erkölcsi értelemben elfogadhatónak, pszichológiai értelemben egészségesnek csak a pozitív érzelmi töltetű gondolatokat tartják (Biró, 2014). Gondolkodásmódunkba mélyen beivódott az élet szentségének zsidó-keresztény alapgondolata, és a nyugati ember autonómia és kontroll-igénye megnehezíti, sőt időnként lehetetlenné teszi annak elfogadását, hogy nem mindig tudjuk akarattal irányítani sorsunk alakulását.² A krízis miatti (Bakó, 2004) regresszív jellegű, mágikus gondolkodásmód következtében a beteget és főként a családtagjaikat szinte megbéníthatja az a hiedelem, hogy a gondolatnak teremtő-pusztító ereje van, tehát a halált „bevonzza”, aki egyáltalán – akár csak rettegve és védekezve – gondol annak lehetőségére.

Kultúránk „halálnak ellenszegülő” volta (Durkin, 2003; Joffrion és Douglas, 2003) sok esetben megnehezíti tehát a nyílt kommunikációt, ami elszigetelti egymástól az adott élethelyzetben máskülönbben egymásra utalt, társas támaszra vágyó (Chochinov és mtsai, 2005) embereket.

2. Kommunikációs kérdések

2.1. A terminális állapotú³ beteggel való egészségügyi kommunikáció alapkérdései. A rossz hírek közlésének pszichológiája

2.1.1. Az őszinteség lehetőségei – megengedhető-e a nyílt kommunikáció?

A tapasztalat azt mutatja, hogy a haláhtagadás – ami a kommunikációt nehezítve a társas támasz lehetőségeit is beszűkíti (ez utóbbi témáról ld. jelen kötet Forgács Attila által írt fejezetét) – nem szükségszerű sem a haldokló betegnél, sem a hozzátartozóinál, és nem feltétele a pszichológiai egészség fenntartásának sem (Biró, 2014). Sokakban él az a paternalista feltételezés, hogy a betegnek jobb, ha a rossz híreket előlük eltitkolják, mert e feltételezés szerint így volna fenntartható töretlen optimizmusuk, a gyógyulásba vetett reményük. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy – természetesen – a beteg nem csak azt tudja az állapotáról, amit megmondanak neki (még kisgyerekek esetében is fájdalmasan igaz, hogy megérik és

² Az „Isten akaratába” való aláztos belenyugvás sok tekintetben ellentétesnek látszik a mai kultúra individualizmusával.

³ A terminális állapot definíciója nem egységes (Hegedűs, 2003) . A szokásos szóhasználatban a betegségnek és egyben az életnek azt az utolsó, maximum egyéves időszakát jelenti, amikor a beteg minden orvosi és ápolási erőfeszítés ellenére gyengül, állapota hanyatlik. Ebben az időszakban általában oki terápiára nem, hanem hatékony tüneti kezelésre van szükség.

tudatosítják állapotuk hanyatlását, Polcz, 1993), és fájdalmasan egyedül marad, ha környezete nem ad szabad választást, hogy érzelmeit és gondolatait megosztja-e valakivel, vagy sem.

A jelenleg hatályos, 1997-ben létrehozott magyar egészségügyi törvény⁴ is egyértelműen rendelkezik arról, hogy a betegnek joga van – személyére szabott formában – megkapni minden, a diagnózisával, terápiás lehetőségeivel, prognózisával kapcsolatos információt.⁵ Az egészségügyi kommunikáció jogi háttere ezzel a pszichológiai kutatások eredményeivel összhangba került⁶: az Egészségügyi Világszervezet megbízásából készült szakirodalmi metaelemzés (Donovan, 1993) rámutatott, hogy a betegek többsége (60-98% a vizsgálat módszertanától, és főképp a hír konkrét tartalmától függően) valóban minden, rá vonatkozó információt szeretne megkapni. Az információközlés hatásaira vonatkozó, ugyanebben a munkában összefoglalt vizsgálatok pedig azt mutatták, hogy a betegek hálát éreztek a velük őszinte orvos iránt, és az információ birtokában – a bizonytalanság csökkenése révén – szorongásuk csökkent, jobban tudtak alkalmazkodni a betegség és a kezelések szabta körülményekhez.

2.1.2. Rossz hírek közlése – miért, mit és hogyan?

Nyilvánvalóan fontos és nem egyszerű szakmai feladat a statisztikai szemléletű kutatások bizonyos *populációkra, csoportokra* vonatkozó eredményeit az *individuumokkal, az egyediséggel* foglalkozó gyakorlat nyelvére lefordítani. A Donovan (1993) által áttekintett eredmények egyértelműen mutatják, hogy a rossz hírek megmondása, az őszinteség és nyíltság kell legyen az – informatikai szóhasználatlal élve – alapbeállítás, amitől „csak” az esetek kisebb hányadában (a Donovan 1993-as adatainak megfelelően a betegek 2-40%-ánál) szükséges eltérnünk. Komplex és fontos feladat annak kiderítése, hogy egy adott beteg vajon a minden információt tudni akaró többséghez, vagy a kevesebb felvilágosítással is elégedett kisebbséghez tartozik.

A személyre szabott tartalmú és stílusú kommunikáció nem pusztán a beteg biztonságérzete, bizalmának, emberi méltóságának megőrzése szempontjából fontos, hanem azért is, mert csak reális információ birtokában tud akarátának megfelelő mértékben részt venni a kezeléséről szóló döntésekben (You, Fowler és Heyland, 2014). Ez egyebek mellett azért is fontos, mert a kezelési lehetőségekről szóló döntések hangsúlyai egészen mások, ha a kezelés reális célja a hosszú távú túlélés, mint ha a terápia a már csak rövid életkilátású beteg életminőségének javítását

⁴ 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyről, Magyar Közlöny, 1997/49. VI. 5., Letöltés helye: <http://jab.complex.hu/doc.php?docid=WKHU-QJ-XML-0000099700047TV> (letöltés ideje: 2014. április 17.)

⁵ A törvény értelmében a betegnek joga van ahhoz is, hogy az információhoz való jogáról lemondjon. Az orvosnak kötelessége minden információt átadni, ez alól a kötelezettsége alól csak maga a beteg mentheti fel.

⁶ Az egészségügyi kommunikáció *gyakorlatának* elemzése egy másik fejezet központi témája lehetne. A jelen fejezet lehetőségeit ez a téma meghaladja.

célozza.⁷ Az orvos kommunikációs feladatainak körébe tartozik tehát annak tisztázása is, hogy a beteg a rendelkezésre álló információból mit szeretne megtudni, és azt milyen jellegű közlés segítségével tudja befogadni.

2.1.3. A rossz hírek közlésének SPIKES modellje

A rossz hírek közlésének 6 lépcsőből álló protokollját Baile és mtsai (2000) dolgozták ki, és az ő gyakorlati munkájuk nyomán vált világszerte elfogadottá⁸. Az eljárás elnevezése egy betűszó, ami az eredeti angol elnevezés szavainak első kezdetbetűjével a kommunikáció során megteendő lépések tartalmára is utal:

- S (setting up): a *körülmények* megteremtése (zavartalanság, intimitás megteremtése, hozzátartozók jelenlétének szorgalmazása)
- P (perception): a beteg aktuális pszichés állapotának, befogadókészségének észlelése, tisztázása (*mit tud* a beteg az állapotáról)
- I (invitation): a beteg „meghívása” a beszélgetésre, az információátadásra (annak tisztázása, hogy a beteg *mennyit szeretne tudni* az állapotáról)
- K (knowledge): az információ, a *tudás átadása* (kis lépésekben, kérdés-lehetőségének biztosításával, a megértés ellenőrzésével)
- E (emotion): a keletkező *érzelmek kezelése* (az orvos reflektál az érzelmi reakciókra, tisztázza az esetlegesen fellépő félreértéseket)
- S (strategy and summary): az *információ összegzése*, a jövőben szükséges lépések megbeszélése (segít a megjegyzésben, és növeli a biztonságérzetet)

A SPIKES modell követése tehát lehetővé teszi, hogy az orvos zavartalan körülmények között, a beteg befogadó készségét és -szándékát figyelembe véve, megértésének módjához és üteméhez alkalmazkodva, érzelmeire reflektálva, a társas támasz adta lehetőségeket kihasználva adjon információt, interaktivitást biztosítva, kérdésekre is megfelelő válaszokat adva. A folyamat befejezése a jövőre irányuló tervezés, ami reményt és biztonságérzetet nyújt (Varga, 2013). A modell kidolgozói hangsúlyozzák, hogy a legtöbb esetben szükség van az információt nyújtó beszélgetések többszöri megismétlésére, részben mert az információ folyamatosan halmozódik fel a kezelés során, másrészt pedig az érzelmileg megterhelő tartalmak feldolgozásához is újabb találkozásokra lehet szükség.

⁷ Egy adott gyógyszermellékhatás elviselhetősége, elfogadhatósága is viszonylagos: pl. a májkárosodás kockázata sokkal kevésbé elfogadható lehet egy minden valószínűség szerint teljesen rehabilitálható fiatal beteg esetében, mint egy olyan betegnél, aki az élete végén jár, és a mellékhatás kibontakozását szinte biztosan meg sem éri (részletesebben ld. Biró, 2014)

⁸ A magyar tapasztalatokról Dégi és Balog (2009) számoltak be. Hasznos gyakorlati tanácsokkal szolgál a kivitelezéshez Clayton, Hancock, Butow, Tattersall és Currow, (2007)

2.2. Kommunikációs kérdések a terminális állapotú beteg családján belül

A „pozitív gondolkodást” népszerűsítő folyóiratcikkek és weboldalak (pl. <https://www.facebook.com/pozitivgondolkodas>, utolsó hozzáférés 2014. május 17.) gyors sikert ígérnek az élet legtöbb területén: a félelmek leküzdésében, a fogyókúrában, az álmok valóra váltásában, a pozitív események „bevonásában”⁹. A terminális állapotú betegnek és családtagjainak esetében gyakran fedezhető fel az az elhárító mechanizmusok működésére ráerősítő tudatos igény, hogy a gondolkodás pozitív átprogramozásával sikerüljön kontroll alá vonni a betegséget, „bevonani” a gyógyulást. Ez a regresszív, mágikus jellegű gondolkodásmód (ld. fentebb, 1.2.) negatív erkölcsi tartalommal ruházza fel a félelmeket és negatív érzelmekkel kísért gondolatokat, a mégoly reálisakat is. A „pozitív gondolkodás” hatalmában hívő hozzátartozónak (és a betegnek magának is) súlyos büntudata keletkezik, amikor rajtakapja magát, hogy a halál közeledtétől fél, hiszen a gondolat mágikus ereje – hitük szerint – negatív eseményeket is beindíthat.

Ez az attitűd sajnálatos módon tilossá teszi mindazoknak az életvéggel kapcsolatos gondolatoknak, érzelmeknek a kimondását, megbeszélését, de még végig-gondolását is, amelyek családon belüli, barátok közötti megosztása jelentős társas és gyakorlati jellegű támaszt jelenthetne a betegnek, és hozzátartozóinak is. Mivel ilyen kiélezett élethelyzetben a hétköznapi apró események viszont veszítenek fontosságukból, és így „szót sem érdemelnek”, sok családban hallgatás uralkodik el, mert a jelentéktelen dolgokról nem érdemes, a jelentősekről pedig tilos beszélni (Biró, 2010).

A pszichológusnak fontos, mondhatni vitális jelentőségű szerepe van abban, hogy a negatív érzelmeket és gondolatokat normalizálva ezt a büntudatot enyhítse. Időnként pusztán edukációs, máskor mélyebb változások beindítását lehetővé tevő pszichoterápiás feladat annak a betegség- és egészségképnek a módosítása, amelyben a mentális egészség egyenlő a pozitív érzelmek és gondolatok átélésének kizárólagosságával.

Ebben nagy tapintattal és körültekintően kell eljárni, mert a negatív gondolatok miatt érzett büntudat csak a gondolatok erejébe vetett hit gyengítésének árán enyhíthető, ami persze egyben azt is jelenti, hogy a beteg és a hozzátartozó egyaránt veszít a kontroll illúziójából, ami szintén lehet negatív érzelem – szorongás – forrása.

⁹ A kognitív pszichoterápiás módszerek sikerei (Butler, Chapman, Forman és Beck, 2006; Perczel, Forintos, 2011) természetesen egyértelműen bizonyítják, hogy a gondolatoknak ténylegesen van bizonyos negatív és pozitív „teremtő erejük”, azaz befolyásuk lelki életünkre, érzelmeinkre, testi állapotainkra. A pozitív gondolkodás népszerű elképzelései azonban a reálisnál lényegesen többet ígérnek, azt, hogy a megfelelő gondolati hozzáállással semmi sem lehetetlen: *„A pozitív gondolkodás a boldogság mágnes. Ha valamire gondolsz, azt vonzani kezded. Ha gondolataid szépek, akkor szép dolgokat vonzol, míg ha pesszimistán látod a világot, akkor a tragédia lesz maga az életed. Változtasd meg, és boldog leszel!”* (letöltés helye: <http://www.harmonet.hu/psziche/51563-a-pozitiv-gondolkodas-12-pontja.html?komment=670> letöltés ideje: 2014. május 17.)

Fontos tehát, hogy a kontrollvesztés szenvedését a viszonylag érintetlen személyiségterületek által gyakorolható áttolt kontroll lehetőségeinek feltárásával enyhítsük (Kulcsár, 1998). Az élet utolsó szakaszának szomorúsága, a nagy cél (a gyógyulás) elérhetetlensége ugyanis olyan reményvesztett tehetetlenséget okoz, ami eltakarhatja az érintettek elől a helyzet valódi lehetőségeit. A kihagyott lehetőségek – valószínűleg elsősorban a társas támasz hiánya, és a nyomában keletkező büntudat miatt – pedig növelik a hozzátartozóknál a komplikált gyász kialakulásának valószínűségét is (Ellifritt, Nelson és Walsh, 2003).

3. A szenvedés enyhítésének, az életminőség javításának pszichológiai személetmódja a terminális időszakban

3.1. A pszichológusi munka fókusza

3.1.1. A rendszerszemlélet szükségessége

A terminális állapotú betegek ellátásának pszichológiáját csak legfeljebb didaktikai céllal lehet fejezetekre, altémákra osztani. A valóságban a beteg és hozzátartozói olyan közös érzelmi rendszerben léteznek, amelyhez az egészségügyi ellátórendszer szakemberei is szorosan kapcsolódnak.

A kommunikációs kérdések felvázolása is rámutathatott, hogy a kommunikáció minősége befolyásolja a társas támasz megjelenésének lehetőségeit, a személyközi bizalmat, ami nyilvánvalóan visszahat a kommunikációs folyamatokra is. A családtagok pszichológiai igényei egymással időnként szembenállni látszanak, mert az ápolás feladataival és érzelmi súlyaival végtelenül túlterhelt hozzátartozó sokszor pl. csak a saját alvászidejének rovására tudja teljesíteni családi kötelezettségeit, a beteg pedig gyakran a saját igényeinek eltitkolásával tudja védeni az őt ápoló hozzátartozókat. A valóság azonban ennél árnyaltabb. Az igények egymásnak feszülése az „elég jó családokban”¹⁰ csak rövidtávon valóságos, hosszabb távon közös az érdekek: amit a beteg méltóságának megőrzéséért, tüneteinek enyhítéséért, testi-lelki komfortjának biztosításáért a családtagok az élete utolsó szakaszában megtesznek, az egyben – a gyász általában integráns részének tekinthető büntudat enyhítésével – a családtagok hosszútávú pszichológiai jóllétét szolgálja.

A hospice ellátás fókuszában éppen ezért szintén nem az egyén, hanem a család egésze áll (Hegedűs, 2006). A hospice ellátás keretei között végzett pszichológusi munkának még akkor is rendszerszemléletűnek kell lennie, amikor a terápia/tanácsadás individuális keretek között zajlik, azaz a pszichológus nem a teljes családdal, hanem annak csak valamely tagjával találkozik.

¹⁰ vö. „elég jó szülő” (Bettelheim, 2009)

3.1.2. A tartalmi fókusz megválasztása

Az életvégi ellátás legfontosabb specifikumai – közvetve vagy közvetlenül – abból az idői nyomásból fakadnak, amit a gyógyíthatatlan betegség öntörvényűsége kényszerít rá a betegre és mindenkire, aki vele kapcsolatba lép. A beteg – természetesen – egész életének minden pozitív és negatív hozadékával, teljes személyiségével lép életének utolsó szakaszába, utolsó heteibe, napjaiba, óráiba. Hozza magával élettapasztalatát, minden bölcsességét, de életének konfliktusait, meg és fel nem oldott feszültségeit is. A pszichológusnak a segítséget kérő beteggel kapcsolatban tudomásul kell vennie, hogy a hátralévő életidő mindig bizonytalan, sosem tudhatjuk, mennyi időre tervezhetjük a pszichológiai munkát, meddig él a beteg, és főként, hogy motivációja, energiái mennyi belső munka elvégzésére lesznek elegendők. Ennek igen fontos gyakorlati következménye, hogy a beteg által felkínált témákból, az általa elérni vágyott célok közül csak olyat szabad a pszichológiai értelemben vett szerződésben felvállalni, amivel kapcsolatban remélhetjük, hogy nem csak felbolygatni, de nyugvópontra juttatni is lesz módunk a feszültségeket, hogy nem csak a kérdéseket tudjuk felvetni, de használható válaszokat is sikerül majd kidolgozni. Évtizedek óta meg nem oldott konfliktusok felgöngyölítésébe vélhetően nem érdemes belemenni, inkább a jelenben és a rövidnek ígérkező individuális jövőben megtehető pszichológiai lépésekre érdemes koncentrálni.

A hospice ellátás pszichológusi feladatai így gyakran krízisintervenciós jelleget öltenek. Mivel sosem tudhatjuk, lesz-e következő alkalom, így valójában együlékes rövidterápiák sorozatának kell tekinteni a munkát, azaz minden egyes ülésnek önmagában is lezárt, kerek egésznek kell lennie.

4. Az élet utolsó szakaszának speciális pszichológiai kérdései, feladatai

A terminális időszak speciális kérdéseinek részletezése előtt fontos egy nyilvánvalónak tűnő, mégis sokszor elfeledett evidenciát – mint pszichológiai axiómát – leszögezni: a haldokló beteg pszichológiai értelemben alapvetően egészségesnek tekintendő, mint ahogyan pl. potenciálisan bármilyen sok problémát (pl. párkapcsolati nehézségek, a szülői szerep kialakításának problémái, stb.) hordoz is a gyermekvárás és gyermekszületés időszaka, azt nem szoktuk eleve betegségnek tekinteni, problémáit jó esetben nem patológizáljuk.

Ezt az alapvetést azért szükséges megtenni, hogy könnyebb legyen a beteg méltóságát őrző (Chochinov, 2007) individualizált ellátásra törekedni, és a paternalista, a beteget infantilizáló, igényeit patológizáló hozzáállást elkerülni.

Az, hogy a haldoklás pszichológiai értelemben nem betegség, nem jelenti azt, hogy a terminális életidőben ne volnának gyakoriak szorongások, depressziós tünetek (Muszbek és mtsai, 2006), családi konfliktusok, a tehetetlenség érzéséből fakadó frusztráció, és düh, és még számos, sokszor gyötrő, negatív érzélem. Ha

azonban ezekre nem pszichopatológiák tüneteiként, hanem a beteg és a család egzisztenciális gyötrelmének részeként tekintünk, akkor sokkal nagyobb esély nyílik a jelentésteli érzelem- és gondolatáramlásra, információcserére, együttgondolkodásra, érzelmileg, filozófiailag, és spirituális értelemben vett emberi együttlétre.

4.1. A kezeléssel kapcsolatos félelmek

4.1.1. A kezelésekkal kapcsolatos téves hiedelmek kezelése

A jelentésteli együttlét, a gazdag intra- és interperszonális élet, a magasrendű emberi tudatosság alapfeltétele, hogy a beteg a testi tüneteire – elsősorban, de nem kizárólag a fájdalmaira – hatékony tüneti kezelést kapjon¹¹. Ennek az elsősorban orvosi, másodsorban ápolói feladatnak számos pszichológiai vetülete van, amely elősegítheti, de gátolhatja is a tüneti kezelés elfogadását, hatékony személyre szabását.

A hospice ellátásba került betegek többsége mögött hosszú betegséggazdag karrier áll, sok, végül egészséget nem hozó kezeléssel. Sokaknak megrendült az egészségügyi ellátórendszerbe vetett bizalmuk, és vannak, akiknél testi tünetek kondicionálódtak a fehér köpeny látványához, a fertőtlenítőszer szagához, vagy az infúziós szerek zörgéséhez is, és már ennyi is elég hányinger, vagy időnként akár fájdalom kiváltódásához.

Fontos tudni a laikusok jelentős hányadában meglévő gyógyszerellenességről is, arról a hiedelemről, hogy minden gyógyszer mérgező, egészségesebbek a gyógyszermentes megoldások. Kiváltképp sok téves, félelmetes hiedelem társul az erős fájdalomcsillapítókhoz (Biró, 2013). A betegek félnek az addikciótól, a mellékhatásoktól, attól, hogy a gyógyszer hatása „kimerül”, és a későbbi, erősebb fájdalmak esetén már hatástalanává válik. Ez a félelem erősebb lehet, mint a testi szenvedéstől, a fájdalomtól való félelem. Emiatt számos beteg kétségbeesetten disszimulál, igyekszik fájdalmát eltitkolni, ám a rosszul kezelt fájdalom nehezíti, vagy lehetetlenné teszi a családtagokkal való érintkezést is.

Ebből a csapdából kitörni elsősorban olyan edukációs intervenciókkal lehet, amelybe a beteget és a – félelmeket többnyire szintén osztó – családtagokat is bevonjuk (részletesen ld.: Biró, 2012). Ez részben azt jelenti, hogy a pszichológusnak is kiterjedt egészségügyi ismereteket kell elsajátítania, amit – kompetenciahatárainak szigorú figyelembe vétele mellett – megfelelő szuggesztivitással át tud adni az érintetteknek. A folyamatban lényeges az orvossal való együttműködés, aminek a multidiszciplináris team rendszeres esetmegbeszélései teremtenek kézenfekvő fórumot.

A halálfélelemmel kapcsolatos kutatások eredményei rámutatnak, hogy abban fontos szerepe van a szenvedéstől való félelemnek is (Zana, Hegedűs és Szabó,

¹¹ Abraham Maslow (2003) motivációs piramisa alapján is megérthetjük, hogy az alapvető testi igények kielégítésének hiánya miként nehezíti vagy akadályozza meg a magasabb rendű emberi igények kiteljesedését.

2006). Az eutanáziát, illetve asszisztált öngyilkosságot nem szankcionáló országokban végzett kutatások pedig azzal a fontos eredménnyel szolgáltak, hogy a halál meghívására vonatkozó kérések leggyakoribb oka a testi szenvedés, elsősorban a fájdalom (Georges, Onwuteaka-Philipsen, van der Wal, van der Heide és van der Maas, 2005). Szó szerint vitális jelentősége van tehát annak, hogy időben megértjük-e a beteg félelmeit, és tudjuk-e azokat úgy kezelni, hogy képes legyen az ellátó személyzettel való együttműködésre, az enyhülés elfogadására.

4.1.2. A kezeléstől való félelem, mint a halálfélelem egyik arca

Az orvosi kezelések azonban nemcsak önmagukban lehetnek a félelem tárgyai, hanem projekciós felületként szolgálhatnak a halálfélelemnek is. A beteggel, illetve a családtagokkal való elmélyült beszélgetés tárhatja fel a félelem mélyebb tartalmát, amiről gyakran kiderül, hogy valódi tárgya nem is a gyógyszer, hanem maga a halál. A halálfélelem konkrét tartalmát még pszichológusok is gyakran elmulasztják tisztázni, annyira egyértelműnek láttatja azt a halandók mindenkiben meglévő szorongása. Fontos pszichológusi feladat a halál individuális jelentésének tisztázása, hogy a betegnek legyen partnere az egzisztenciális-spirituális jellegű gondolatai és érzelmeinek megosztásához. Ha ez a pszichológus kompetenciáján túlmegy, akkor pap, lelkész, teológus, rabbi, stb. bevonása válhat szükségessé.

4.2. Életösszegzés, életmérleg készítésének igénye

A legtöbb betegben megszületik az igény arra, hogy életét áttekintse, azt egységben lássa, életének fordulópontjait mérlegre tegye, és – ha ennek alapján szükségesnek látja – bizonyos dolgokat tisztázzon, lezárjon családtagjaival, hozzátartozóival való beszélgetéseiben. Ezt a folyamatot egyértelműen elősegíti egy kívülálló, ismeretlen ember értő, figyelmes, empatikus jelenléte, mert az élettörténetet nehéz elemzően elmesélni egy olyan családtagnak, aki azt – részben – ismeri, és az eseményekkel kapcsolatos saját interpretációit is magával hordozza.

Harvey Max Chochinov kanadai pszichiáter egy speciális rövidterápiás módszert fejlesztett ki ennek a folyamatnak az elősegítésére (Chochinov, 2014). A méltóság terápia lényege, hogy a beteg egy félig strukturált interjú kérdéseire válaszolva életének fontos eseményeiről, fontos életszerepeiről, életének értelméről, értékeiről, családtagjaihoz fűződő viszonyáról beszél. A beszélgetés hangrögzített változatának szó szerinti átíratát szerkesztik, azt a beteg ellenőrzi, majd szükség esetén kiegészítik, módosítják azt. A beteg a véglegesített változatot átadja szeretteinek, barátainak, létrehozva ezzel egy maradandó „generativitási dokumentumot”, lelki végrendeletet. A hatásvizsgálatok szerint a módszer nem csak a beteg, hanem a hozzátartozói lelkiállapotát is javítja, kapcsolatukat elmélyíti, a búcsúzást elősegíti (Chochinov, 2006).

Vannak betegek, akik azonban nem ennyire tudatosak, és nem képesek, vagy nem kívánnak ennyire nyíltan készülni távozásukra. Egy betegünk úgy mesélte el

élettörténetét önkéntesünknek, hogy minden egyes beszélgetés elején leszögezte, hogy nem mérleget készít, hanem „csak úgy mesél”. Ez a kettősség (a tagadás és a nyíltság közötti átmenet) segítette őt annak végrehajtásában, amire az adott élethelyzetben szüksége volt: élete mérlegét úgy volt képes megvonni, hogy nem vette magára a halál közeledtére vonatkozó tudatosság terhét.

Ez egyben arra is felhívja a figyelmet, hogy az őszinte, nyílt kommunikációnak mint alapelvnek a gyakorlatba való átültetését a beteg igényeinek és teherbíró képességének kell vezérelnie. Tehát annyi és olyan mértékű nyíltságot engedhetünk meg magunknak, amennyit a páciens kér, illetve lehetővé tesz.

4.3. A családtagok támogatása

A hospice team – és ennek tagjaként a pszichológus – fájdalmas feladatai közé tartozik a haldokló beteg családtagjainak támogatása, akiknek fájdalmas érzelmeit sokszor nehezebben lehet elhordozni, mint magáét a betegét. A támogatás legnehezebb része, hogy időnként tapintatosan figyelmeztetni kell a családtagokat a fogyatkozó időre, amit kíméletesen úgy tehetünk meg, hogy arra ösztönözzük, hogy amit szükségesnek talál megtenni, azt ne halogassa. Rövidtávon gyermeknek és felnőttnek egyaránt fájdalmat okoz a közeli veszteség tudata, viszont csak így kerülhető el, hogy egy objektíve előre látható haláleset mégis szubjektíve készületlenül, hirtelen érje a családot. Ismeretes ugyanis, hogy a hirtelen halálesetek erősen traumatikusak, nyomukban több testi-lelki megbetegedés lép fel, mint a kiszámítható, ezáltal az anticipációs gyászt lehetővé tévő esetekben (Pilling, 2012).

4.3.1. Felnőtt családtagok támogatása

Az előzőekben láthattuk már, hogy mivel a családtagok „egy hajóban eveznek” a beteggel, és mert közös érzelmi és gondolati, valamint hagyományrendszeren osztoznak, ezért pszichológiai támogatásuk sem válik el élesen egymástól. Van ugyanakkor néhány olyan speciális terület, aminek problémái miatt kifejezetten a haldokló beteg családtagjai szoktak segítséget kérni. Sokszor kérdezik, hogy szabad-e a beteggel a halálról beszélgetni, vagy vissza kell utasítani ezt a témát, mintegy a remény fenntartása érdekében. Sokszor küzdenek büntudattal amiatt, hogy nem csak félve, de reménykedve is gondolnak a hozzátartozó halálára, mert féltik a szenvedéstől őt is, magukat is. Nehezen tudják ezzel kapcsolatban eldönteni, hogy az evést, és egyéb napi aktivitásokat mennyire kell erőltetni, vagy mennyire lehet engedni e területeken a beteg tiltakozásának.

A pszichológiai támasznyújtásnak mindenekelőtt a büntudatot kell enyhítenie az ambivalens, gyakran negatív érzelmek normalizálásával. A konkrét kérdések megválaszolásánál direktívebbnek lehet és kell lenni, mint ahogyan az a pszichológusi munkában általában szokásos, hiszen a haldokló beteg mellett minden perc értékes, és sokszor nincs idő arra, hogy a hozzátartozó maga érlelje ki saját válaszait. A pszichológusi tanácsoknak azonban mindig személyre szabottaknak kell

lenniük, mindig hosszabb beszélgetés kell megelőzze, amelynek során megismerjük a beteg és a család stílusát, értékrendjét, egymással való kapcsolataik jellegét, működésmódjait. A felmerülő kérdések megvitatásakor, megválaszolásokor szükség lehet más szakember, például orvos bevonására is.

Az érzések és gondolatok zűrzavarában nagyon nehéz rendet tennie a hozzátartozónak. Ilyenkor sokat segít a következő, szempontváltást elősegítő kérdés: „Ez egy fontos időszak az Ön életében, fontos emlékei keletkeznek, amelyek Ön-nel maradnak, és ezeket most alakítja, alakíthatja. Mit gondol, ahhoz, hogy 5, vagy 10 év múlva békés szívvel gondoljon vissza a mostani időszakra, mit kell tennie a mostani jelenben?” A kérdés másodlagos haszna, hogy a hozzátartozó kontroll-lehetőségét hangsúlyozza egy alapvetően kontroll-vesztettnek látszó helyzetben.

4.3.2. Gyermekkorú családtagok támogatása

A gyermek hozzátartozók támogatásába gyakran szükséges gyermekpszichológus bevonása is. Általában nem arra van szükség, hogy a pszichológus magával a gyermekkel foglalkozzon; a szülővel, nagyszülővel végzett konzultáció segíti a közvetlen hozzátartozókat abban, hogy a gyermeket megfelelőképp tudják támogatni.

A támogatás lényege, hogy a gyermeket kezdettől fogva tájékoztatni érdemes a betegség tényéről és változásairól. Lehetőséget kell biztosítani korának és lelki teherbíró képességének arányában, hogy a gondozásban aktívan részt vegyen. Ez csak a majdnem felnőtt, érett kamasz gyermek esetén lehet esetleg kisebb ápolási feladat. Általában a beteg érzelmi jóllétének biztosításába lehet a gyerekeket eredményesen bevonni: a gyermek is látogathatja a beteg hozzátartozót, vagy ha ez valamilyen okból nem lehetséges (erre az is elegendő ok, ha a gyermek túlságosan fél a kórházi látogatástól), ajándékot, rajzot, üzenetet küldhet neki, hívhatja telefonon, beszélgethet vele interneten keresztül. Itt is fontos alapgondolat, hogy a gyermeknek ekkor keletkeznek azok az emlékei, amelyek nem csak a halálról alkotott képét befolyásolják, de hozzájárulnak önképének formálódásához is, amelyben fontos elem, hogy önmagára mint együttérző, gondoskodó emberre tekinthet-e. Gyászának feldolgozhatóságát is elősegíti, ha biztos lehet abban, hogy képességeihez mérten a lehető legjobb módon gondoskodott a távozóban lévő hozzátartozóról. Ugyanez igaz természetesen a felnőtt korú hozzátartozókra is.

5. A gyász munka támogatásának lehetőségei

A jelen kötet Benczúr Lilla, Török Zsuzsa által írott fejezetei részletesen foglalkoznak a gyász pszichológiai vonatkozásaival, terápiás lehetőségeivel, potenciális pozitív hozadékaival. Ezért itt csak a veszteség pszichológiájának a hospice ellátást közvetlenül érintő, speciális vonatkozásaira térek ki.

Mivel a hospice-ban dolgozó pszichológus többnyire még a beteg életében találkozik először a hozzátartozókkal, így módjában áll bizonyos prevenciók célú

intervenciók alkalmazása. A beteg életének utolsó időszakában a hozzátartozó általában az anticipációs gyász állapotában van, azaz tudatában van a hamarosan bekövetkező nagy veszteségnek. Az anticipációs gyász felkészülési időszak, és a gyakorlatban is annak kell tekinteni. Amikor a hozzátartozót felkészítjük a nagy veszteségre azzal, hogy segítjük a lehető legjobban részt venni a gondozás folyamatában, azzal egyben későbbi gyászfolyamatának egészséges (bár nyilvánvalóan nem fájdalommentes!) voltát is elősegítjük. A hospice team dolga, hogy levegye a családtagokról az egészségügyi felelősség jelentős részét, és olyan feladatokba vonja be a hozzátartozókat, amelyek megfelelő „betanítás” után nem jelent számukra extrém, lehetetlen feladatot. Így a családtagoknak módjuk van *családtagnak* lenni, és átélni, hogy ebben a minőségükben nélkülözhetetlenek, helyettesíthetetlenek, ezáltal fizikai és érzelmi elérhetőségük, jelenlétük a beteg számára alapvető jelentőségű.

6. Összefoglalás

A terminális állapotú betegek ellátását a minden egészséges emberben, így a pszichológusokban is meglévő halálfélelem, a társadalomban uralkodó haláltagadó közfelfogás és a terminális időszakban keletkező nagyon intenzív ambivalens, és főként negatív érzelmek miatt a pszichológia kiemelten nehéz területeként tartják számon. A hospice felfogás szerint azonban – és valójában minden egyszerű, józan, laikus végiggondolás alapján is – a halál és a hozzá vezető út (Kübler-Ross, 1988) az élet természetes, elkerülhetetlen része, ha mégoly megterhelő és fájdalmas is. Az életvégi problémákat, jelenségeket ezért fontos a lehető legkevésbé patologizálni, azokat természetes tisztelettel és együttérzéssel fogadni úgy, hogy ne jelöljünk ki tabu témákat és gondolatokat, keressük viszont az egyediséget minden emberben és minden történetben, hogy az általános emberiben az egyszerű és megismételhetlent is tiszteletben tarthassuk. Csak így lehetséges, hogy személyre szabott érzékeny támogatást nyújthassunk, hogy a haldoklók és családtagjaik fizikailag és lelkileg se maradjanak magukra, mert még „a halálnál is félelmetesebb a vele járó elszigetelődés” (Yalom, 2000, 29.).

Irodalom

- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000). SPIKES — a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5,302-11.
- Bakó T. (2004). *Vérem mélyén (könyv a krízisről)*. Budapest: Psycho Art.
- Bettelheim, B. (2009). *Az elég jó szülő*. Cartaphilus, Budapest
- Biró E. (2010) „Belső tenger” Az élet utolsó szakaszának ellentmondásai és lehetőségei a hospice pszichológus szemével, *Pannonhalmi Szemle XVIII/2, 21-31*

- Biró E. (2012). A fájdalomcsillapítás pszichológiai korlátai, *Kharón - Thanatológiai Szemle* 16, 33-55.
- Biró E. (2013). Opioidokkal történő fájdalomcsillapítással kapcsolatos attitűdök magyar felnőttek körében, *Orvosi Hetilap* 154(12) 456-463.
- Biró E. (2014). A félelem paradoxonjai. Gondolatok a terminális állapotú rák-betegek és hozzátartozóik pszichológiai támogatásáról, In. Szász A., Kirzsa F. (Szerk.), *A kultúra rejtelmei*. Budapest: MAKAT, 186-196.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses, *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 17-31.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S., Harlos, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death, *Psychosomatics*, 46(1), 7-10.
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care, *Cancer Journal for Clinicians*, 56(2),84-103.
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care, *BMJ*, 335, 184-187.
- Chochinov, H. M. (2014). *Méltóságterápia. Utolsó szavak az utolsó napokra*. Budapest: Oriold és tsa.
- Clayton, J.M., Hancock, K.M., Butow, P.N., Tattersall, M.H.N., Currow, D.C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers, *The Medical Journal of Australia*, 186(12), 77-108 .
- Dégi L. Cs., Balog P. (2009). A daganatos diagnózis közlésének orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezői, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*10(1), 1—19, DOI: 10.1556/Mental.10.2009.1.1
- Donovan, K. (1993). *Communicating bad news. Behavioral science learning modules*, Division of Mental Health, WHO, Geneva, Letöltés helye: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.2.B.pdf;ua=1 Letöltés ideje: 2014. április 17., magyarul: A rossz hírek közlése, *Kharon - Thanatológiai Szemle*, 1999, Letöltés helye: http://kharon.hu/docu/1999-tavas-nyar_kath-rossz.pdf Letöltés ideje: 2014. április 17.
- Durkin, Keith F. (2003). Death, dying, and the dead in popular culture. In C. D. Bryant, (Szerk.), *Handbook of Death and Dying*. New York: Sage Publications, 43-49.
- Ellifritt, J., Nelson, K.A., Walsh, D. (2003). Complicated bereavement: A national survey of potential risk factors. *American Journal of Hospice and Palliative Care* , 20, 114-120.
- Erikson, E. H. (1991). Az életciklus. Az identitás epigenezise, In. *A fiatal Luther és más írások*. Budapest: Gondolat, 437-496.
- Georges, J.-J., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Wal, G., van der Heide A., van der Maas, P.J. (2005). Differences between terminally ill cancer patients who died after euthanasia had been performed and terminally ill cancer patients who did not request euthanasia. *Palliative Medicine*, 19, 578-586.

- Hegedűs K. (2003). A terminális állapotú betegek ellátásának újabb lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 13(5),410-3.
- Hegedűs, K. (2006). *A hospice ellátás elmélete – moduláris tankönyv*. Budapest: Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet.
- Janssens, R., Ten Have, H., Clark, D., Broeckeaert, B., Illhardt, F.J., Lantz, G., Privitera, S., Schotsmans, P. (2001). Palliative care in Europe: towards a more comprehensive understanding, *European Journal of Palliative Care*, 8 (1), 20-23.
- Joffrion, L., Douglas, D. (1994). Grief resolution: Facilitating self-transcendence in the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(3),13-19.
- Kellermann, N. P. F. (2001). Psychopathology in children of holocaust survivors: a review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 38(1) 36-46.
- Kulcsár Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kübler-Ross, E. (1988). *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest: Gondolat
- Maslow, A. (2003). *A lét pszichológiája felé. Bevezetés a humanisztikus pszichológiába*. Budapest: Ursus Libris.
- Muszbek K., Székely A., Balogh É.M., Molnár M., Rohánszky M., Ruzsa Á., Varga K., Szöllösi M., Vadász P. (2006). *Validation of the Hungarian Translation of Hospital Anxiety and Depression Scale, Quality of Life Research*,15(4),761-766. DOI10.1007/s11136-005-3627-8
- Perczel Forintos D. (2011). A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák elérhetősége. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 3-10., DOI: 10.1556/MPSzle.66.2011.1.1.
- Pető Cs., Szekeres A. (2006). A katasztrófapszichológia lehetőségei és első tapasztalatai Magyarországon, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61 (1), 155-168., DOI: 10.1556/MPSzle.61.2006.1.9
- Pilling J. (2012). A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra, Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, kézirat, (letöltés helye: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/pillingjanos.d.pdf, letöltés ideje: 2014. 04.19.)
- Polcz A. (1993). *Meghalok én is? A halál és a gyermek*. Budapest: Századvég.
- Polcz A. (1998). *Ideje a meghalásnak*. Budapest: Pont Kiadó
- Szádóczky E. (2000). *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon*. Budapest: Print-Tech Kiadó,
- Szádóczky E., Papp Zs, Vitrai J., Füredi J. (2000). A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orvosi Hetilap*, 141 (1), 17-22.
- V. Komlósi A. (2013). Kapcsolataink különleges világa. Mi történik velünk katasztrófák idején? *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(4), 645-655., DOI: 10.1556/MPSzle.68.2013.4.2
- Varga K. (2013). *Helyzet+oldások. Kommunikációs stratégiák kiélezett orvosi helyzetekben*. Budapest: Medicina.

- Varga K. (2011). A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(3), 507–532. Doi: 10.1556/MPSZle.66.2011.3.4.
- Yalom, I.D. (2000). *A magyar macska átka. Pszichoterápiás mesék*. Budapest: Park Kiadó
- You, J.J., Fowler, R.A., Heyland, D.K. (2014). Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *Canadian Medical Association Journal*, 186, 425–432.
- Zana Á, Hegedűs K., Szabó G. (2006). A Neimeyer és Moore-féle Multidimenzióális Halálfélelem Skála validálása magyar populáción, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 7 (3), 257–266, DOI: 10.1556/Mentál.7.2006.3.9
- Zimmermann, C. Rodin, G. (2004). The denial of death thesis: sociological critique and implications for palliative care, *Palliative Medicine*, 18, 121–128.

SZ. MAKÓ HAJNALKA

A KOMPLIKÁLT GYÁSZ MEGJELÉNÉSÉNEK JEGYEI ÉS MODERÁLÓ VÁLTOZÓI MŰVI ABORTUSZT KÖVETŐEN

„Sajnálom és bánom, hogy akkor ott voltam és azt tettem. Az első két hónap gyötrelmes volt... Sokat sírtam és a férjemet okoltam, hogy lehetett volna ez másként is. Szégyelltem és éreztem, hogy el kell valakinek mondanom, hogy megkönnyebbüljek, de nem mertem, féltem, hogy mit gondolnak majd rólam. Most már nagyon bánom, ostromlom magam azért, mert leszállhattam volna arról a műtőágyról... Minden nap gondolok arra a napra. Számolgotam, hogy mikor született volna meg, mekkora hasam lenne most. Volt, mikor úgy ébredtem, ölelem a hasam. Jelen esetben azt mondhatom, jól vagyok. Szeretném elfelejteni, de még nem megy.”

Írja e sorokat 6 hónappal a terhességmegszakítását követően egy, a témában született kutatásunkban (Sz. Makó, 2013) résztvevő nő.

Hazánkban - az elmúlt néhány esztendő statisztikai adatait figyelembe véve - 40.000 felett van a terhességmegszakítások száma évente, mely a fogantatásoknak közel harmadát teszi ki. Ezen belül - a 2007 és 2010 közötti időszakot figyelembe véve - az ismétlődő abortuszok száma 48,7-49,2 százalék között alakult. Felvetődik a kérdés, hogy vajon kellően ismerjük-e az érintett nők történetét, a döntést eredményező élethelyzeteket, és az utat, amíg és ahogyan az elhatározás megszületik. Ismerjük-e a beavatkozáskor megélt érzéseket, s a terhesség megszakításának nőkre és párokra, esetleg a család egészére gyakorolt lélektani hatását és következményeit? S ezen specifikus ismeretek birtokában, vannak-e eszközeink a megelőzés és a segítségnyújtás folyamatához? A pszichológus-segítő perspektívájából megfogalmazódó két legfontosabb kérdés, hogy a fejlődő élet és a nők együttes védelme érdekében milyen prevenciók lehetőségei járhatnak eredménnyel az első és az ismétlődő terhességmegszakítások számának csökkentésében; valamint, hogy azokban az esetekben, ahol az érintett nő vagy pár a terhesség megszakítása mellett dönt, hogyan járulhat hozzá a műtéti beavatkozás későbbiek során nők mentális egészségére és a párkapcsolat működésére gyakorolt negatív hatásának, azaz a komplikált feldolgozás és az ezzel összefüggésbe hozható pszichológiai és pszichiátriai problémák kockázatának csökkentéséhez.

Úgy véljük, az érintett nők egy része veszteségként éli meg a terhesség megszakítását, s az esemény feldolgozását nehezíthetik olyan helyzetspecifikus tényezők, mint például, hogy a magzat halálának „okozója” a nő, a döntéshozatalnak gyorsnak kell lennie, esetleg „külső kényszerítő tényezők” hatására vállalt a beavatkozás,

s sok esetben még a közvetlen környezet előtt is titkolt. A posztabortusz időszakban megjelenő érzések kifejezésének, megélésének akadályoztatottsága nehezítheti a veszteségként megélt esemény feldolgozását.

A művi vetélés nők mentális egészségére gyakorolt hatásával kapcsolatban szünetelt kutatásokban két vezető álláspont látszik kirajzolódni. A szakemberek egy része vitatja az esemény és a nők jól-léte közötti összefüggést, és pusztán átmeneti, rövid ideig tartó pszichés állapotra gyakorolt következményekről beszél (ld. Adler, 1975; Major és Cozzarelli, 1992; Russo és Zierk, 1992; Schmiege és Russo, 2005). A témával foglalkozók másik csoportja a nők egy részénél pszichopatológiai- és negatív kapcsolati „válaszokat” igazolt a művi vetéléssel összefüggésben hónapokkal vagy akár évekkel is a beavatkozást követően (ld. Coleman, Reardon, Strahan és Cougle, 2005; Coleman, Vincent és Spence, 2007; Goodwin és Ogden, 2007; Lauzon, Roger-Achim, Achim és Boyer, 2000).

Az alábbi fejezetekben azon munkák áttekintő jellegű összefoglalására törekszünk, melyek a műtét körüli és az azt követő rövid és hosszú távú pszichológiai reakciók meghatározásával foglalkoznak, valamint ismertetjük azon intra- és interperszonális jellemzőket, szituatív tényezőket, melyek összefüggést mutatnak a nőket, illetve párokat érintő és a terhesség megszakításával kapcsolatba hozható pszichológiai és pszichiátriai problémák megjelenésével.

1. A művi abortusz rövid és hosszú távú pszichológiai következményei

A művi abortusszal foglalkozó korai kutatások fókuszba elsődlegesen a beavatkozásra adott pszichológiai reakciók természetének és rövid távú jellemzőinek meghatározására irányult, azaz milyen érzelmekről számolnak be a terhességmegszakítást megtapasztaló nők és hogyan alakulnak ezek az érzelmek az eseményt követő néhány hónapban. Emellett a későbbiek során megjelentek olyan kutatások is, melyek különböző szimptomák meglétén vagy hiányán keresztül vizsgálták a beavatkozásra adott pszichológiai válaszreakciókat, illetve sorolták azokat normatív vagy patológias jegek körébe.

A rövid és hosszú távú jellemzőkkel összefüggésben mért és tanulmányozott kimeneteli változók két nagy csoportját különböztethetjük meg: az abortuszra, mint egy stresszel teli életeseeményre adott érzelmi válaszokat (a), és a nők mentális állapotával összefüggésben álló és kapcsolati jellemzőire is hatással lévő klinikai illetve pszichopatológiai jegeket (b).

1.1. Érzelmek az esemény tükrében - az abortuszra adott normatív reakciók

Adler (1975) az abortuszra adott emocionális reakciók három csoportját azonosította. A pozitív emóciók közé tartozik a megkönnyebbülés, a feszültség csök-

kenése, öröm, míg a további két faktor negatív emóciókat reprezentál: szegény, bűntudat, rosszállástól való félelem, mint szociálisan meghatározott érzelmek; és megbánás, aggodalom, kétely, düh, mint belsőleg meghatározott érzelmek összessége. A szerző szerint a beavatkozás utáni 2-3 hónapot követően a nők jelentős többségénél csökken a negatív érzelmek előfordulása és intenzitása, a pszichológiai reakciók átmenetiek, és normatív válaszoknak tekinthetők. Shusterman (1979) az abortuszon átesett nők többségénél nem tapasztalt negatív reakciókat a műtéttől számított 2-3 héten belül. Lazarus (1985) két héttel az első trimeszteres abortuszt követően a nők háromnegyedénél megkönnyebbülést tapasztalt, s a résztvevők 15 százalékánál fordult elő depresszió, bűntudat. A fentiekkel összhangban több szerző is alátámasztotta, hogy a műtét utáni három héten belül számottevően csökkent a szorongás, a depresszió szintje a vizsgált nők körében (Cohen és Roth, 1984; Cozzarelli, 1993; Faure és Loxton, 2003; Mueller és Major, 1989; Urquhart és Templeton, 1991). Adler (1976) különbséget talált azon kutatásban önkéntesen résztvevő nők között, akik visszatértek az utánkövetésre, s azok között, akik nem. Ez utóbbi csoport fiatalabb volt, több volt közöttük a katolikus, s nagyobb számban voltak olyanok, akinek már volt megelőző terhességmegszakítása. Ezen jellemzők mindegyike gyakrabban járt együtt negatív következményekkel, így az eredmények felhívják a figyelmet a magas rizikójú csoportok alulreprezentálásának kérdésére, mellyel összefüggésben az abortusz negatív hatásainak tényleges megítélése is korlátokba ütközhet.

Prommanart, Phatharayuttawat, Boriboonthirunsarn és Sunsaneevithayakul (2004) két héttel a művi- valamint spontán vetélést követően közepes vagy súlyos mértékű gyásszal összefüggést mutató bánatot találtak a nők 43 százalékánál.

Ashton (1980) nyolc héttel a beavatkozást követően az enyhe mértékűtől a súlyosig terjedő bűnösség érzését (58%), megbánást (8%), ambivalenciát (31%), idegességet, feszültséget (44%), műtéttel kapcsolatosan fennmaradó aggodalmakat (31%) azonosított; s nyolc hónapos utánkövetés távlatából úgy találta, a vizsgálatban résztvevők nagyobb többsége (73%) egyáltalán nem vagy csak átmenetileg és rövid ideig tapasztalt az abortusznak tulajdonítható negatív kimeneteleket.

Kero, Högborg és Lalos (2004) kutatásukban megerősítették az Adler (1975) által azonosított érzelmeket. Az abortusz idején a nők a felelősség (20%), a megkönnyebbülés (54%), a „megszabadulás” (34%), a bánat (43%), az igazságtalanság (11%), a bűnösség (30%), az üresség (25%), a fájdalom (23%), a türelmetlenség (11%), a harag (13%), a megbánás (7%), a szegény (15%), az erőtlenség (5%), a krízis (9%) szavakat választották aktuális állapotuk leírására. A műtéti beavatkozás előtt a vizsgálatban résztvevők 16 százaléka csak pozitív, 30 százaléka kizárólag negatív, míg 54 százaléka pozitív és negatív emóciók együtteséről számolt be. Ez az arány egy évvel a műtétet követően 47-3-50 százalékra változott, azaz a nők fele még 12 hónap távlatából is vegyes érzésekről számolt be az esemény kapcsán. Bár a résztvevők jelentős többségénél (84%) azonosításra kerültek abortusz idején a negatív emóciók, Kero és mtsai - négy hónappal a műtétet követően felvett retrospektív beszámolókból nyert adatokra építve - megállapították, hogy az érintett

nők 62 százalékát érzelmileg nem terhelte meg a beavatkozás (distress nélküli csoport), 17 százalék esetén enyhe mértékű distresszről lehetett beszélni, ami négy hónappal a műtétet követően már nem érezte hatását. S végül, a teljes minta 21 százalékát sorolták a beavatkozás idején súlyos distresszrel küzdők csoportjába, kiknél az abortuszra adott reakciók között a gyászra, krízisre és/vagy depresszív állapotra utaló jelzések voltak azonosíthatók. Ez utóbbi esetben a nők mindegyike fájdalmas érzéseket (mint pl. igazságtalanság, bánat, üresség) társított az abortuszhoz 4 és 12 hónappal később is. Mindezek ellenére a szerzők egyértelműen nem erősítették meg a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt negatív hatását, s az eseménnyel összefüggésbe hozható jelentősebb pszichés problémákat nem valószínűsítették. Fontos azonban kiemelni, hogy a vizsgált csoport 38 százaléka érzelmi megterhelésről számolt be az abortusz kapcsán, s ezen belül a nők egy jelentős körénél (21%) súlyosnak ítélt reakciók is azonosíthatóvá váltak önbeszámolóik alapján.

Rue, V. M., Coleman, Rue, J. J. és Reardon (2004) kutatásukban nem tudtak az abortusszal összefüggésbe hozható pozitív kimenetelt azonosítani, megkönnyebbülést az amerikai és orosz nők 13,8-6,9 százaléka jelzett; ezzel szemben többségük rosszul érezte magát a műtétet követően is (53,9-47%) és döntően olyan érzésekről számoltak be, mint szomorúság, veszteség (55,8-38,6%), és büntudat (77,9-49,8%). Pusztán az amerikai nők csoportjára jellemzően, többen jelezték, hogy képtelenek megbocsájtani önmaguknak (62,2%), olyan érzésük van, mint ha önmaguk egy része halt volna meg (59,5%), a veszteség évfordulóikor szomorúságot élnek meg (39,2%).

Svédországban, 854 abortusz-kutatásba bevont nő 42 százaléka nem tapasztalt negatív pszichológiai reakciót; 55 százalék rövidebb-hosszabb ideig tartó érzelmi distresszről vagy büntudatról számolt be egy évvel a műtéti beavatkozást követően. Ugyanebben az időben a megkérdezettek 16,1 százaléka még az eseménnyel összefüggő érzelmi problémákat jelzett. A szerzők a distressz jegyeként azonosították a lehangoltságot, ok nélküli sírásokat, büntudat meglétét, rossz közérzetet gyermekekkel történő találkozások során, vagy ismétlődő fantáziálást arról, hogy milyen lett volna a baba, ha megszületik (Söderberg, Janzon és Sjöberg, 1998).

Egy, segítő foglalkozásúak körében végzett amerikai kutatásban – átlagosan 9 évvel az abortuszt követően – a résztvevők a megkönnyebbülés érzését társították legjellemzőbben az eseményt követő rövid távú (három hónapos) időszakhoz, s csak mérsékelt szintjét jelezték a büntudatnak, dühnek, szorongásnak. A hosszú távú felépülést tekintve is a megkönnyebbülés maradt a legerőteljesebb érzés (Lemkau, 1991).

Wahlberg (2007) abortuszon átesett nőket segítő lelkészekkel és pszichiáterekkel készített, szakmai tapasztalatok feltárására épülő - interjúk elemzése alapján hívta fel a figyelmet a büntudat és szégyen érzésének meglétére.

Bár az abortusszal foglalkozó kutatások jelentős hányada eltérően vélekedik arról, hogy a nők hány százaléka érintett a negatív emóciók (mint pl. a büntudat, kétség, megbánás, szégyen) tekintetében, valamint a témával foglalkozó szakemberek

egy része a beavatkozás negatív következményeinek átmeneti és rövid ideig tartó hatását hangsúlyozza, minden esetben említésre kerül a nők egy olyan szűkebb csoportja, akik esetén a negatív érzelmek perzisztálnak és összefüggésbe hozhatók a műtetet követő klinikai szimptómák manifesztációjával.

1.2. Pszichés problémák, pszichiátriai zavarok a művi abortusszal összefüggésben – patológiás reakciók és hosszú távú következmények

Az utóbbi két évtizedben egyre több olyan kutatás született, melyeknek célja a hosszabb távú negatív hatások nyomon követése. Annál is inkább fontos kérdés ez, mert egyrészt előfordulhatnak késleltetett reakciók, azaz az érintett nő műtéti beavatkozást követő életeseményeivel - például egy későbbi életszakaszban jelentkező sikertelen gyermekvállalási próbálkozással - összefüggésben felerősödhetnek a beavatkozás melletti döntést kísérő negatív érzelmek. Másrészt ott, ahol az anya veszteségként éli meg a terhesség megszakítását, az abortusz sajátosságából eredő tényezők - mint például a közvetlen hozzátartozók előtti titokban tartás, a magzathoz való kötődés és elutasítás együtteséből táplálkozó ambivalens érzések összessége, annak megélése, hogy a döntés vállalása révén közvetlenül közreműködött a magzat halálában - növelhetik az elhúzódó vagy patológiás kimenetellel járó komplikált gyász megjelenésének valószínűségét. Ezzel összefüggésben Goodwin és Ogden (2007) 1-9 éven belül terhességmegszakítást átélt nőkkel készített interjúk elemzéseire építve, az idő múlásával párhuzamosan zajló feldolgozás és az esemény pozitív értékelése (a beavatkozás utáni időszak negatív érzelmektől mentes) mellett olyan további mintázatokat is azonosítottak, mint az *állandósult feszültséget* (a negatív érzelmi állapotok hosszú ideig aktívak maradnak) és a *negatív újraértékelést* (utólagosan jelennek meg a negatív érzelmi állapotok). Az eredményeik megerősítik, hogy a veszteség feldolgozása nem minden esetben követ lineáris mintázatot, s hosszú távon a nők egyes csoportjainál tartós negatív kimenetellel kell számolni. A művi vetélés következtében hozzávetőlegesen 10-20 százalékra tehető azon érintettek köre, akiknél elhúzódó-, vagy a későbbiek során abortusszal összefüggésben megjelenő pszichológiai- illetve pszichiátriai problémák jelentkeznek (Coleman és mtsai, 2005). A prenatális veszteség ezen formájának komplikált feldolgozásra utaló jelzése lehet az elhúzódó gyászreakció, valamint a nők mentális egészségét, párkapcsolatát és ezen keresztül életvezetését negatívan befolyásoló pszichiátriai problémák megjelenésének nagyobb valószínűsége. A negatív kimenetellel összefüggésben leggyakrabban vizsgált változók közé tartozik a poszttraumatikus stressz zavar, a szorongásos és hangulati rendellenességek, alvászavarok, pszichoaktív szerhasználat és a szexuális diszfunkciók.

1.2.1. A művi vetélés és a nők mentális egészsége közötti összefüggések

Az abortusz következtében megjelenő – a poszttraumatikus stressz zavar (PTSD) egyik formájaként számontartott – posztabortusz szindróma tünetei között szere-

pelhet az eseményre emlékeztető helyzetek elkerülése. Jellemzője a nőgyógyással történő kontroll jellegű találkozások halogatása, a műtét helyéül szolgáló klinika, kórház-, vagy a babákkal történő találkozások lehetőségét tartalmazó szituációk elkerülése, illetve ennek sikertelensége esetén intenzív és fájdalmas érzelmi reakciók megélése; az abortusszal kapcsolatos gondolatok elfojtása, beszélgetésekben a téma kerülése. A másik hangsúlyos tünet az intrúzió, azaz a rémálmok, nappali zavaró vagy fájdalmas gondolatokkal kísért élmények, emlékek kontrollálhatatlan újraélése, „betörése”. Speckhard és Rue (1992) az esemény traumatizáló jellemzőjeként említik még, ha a nő úgy éli meg a terhesség megszakítását, mint a meg nem született gyermek ellen elkövetett bűnt, életének tönkretételét. van Emmerik, Kamphuis és Emmelkamp (2008) első trimeszteres abortuszt követően két hónappal a PTSD-re utaló jegyek mérsékelten emelkedett szintjét mérték, s a résztvevők 19,4 százalékát a klinikai határértéket meghaladó, súlyos tünetek megléte jellemezte. Rue, V. M. és mtsai (2004) az amerikai nők 14,3 százalékánál azonosított az abortusszal összefüggő és a diagnosztikus kritériumoknak megfelelő PTSD-t. Vezető tünetek voltak az emlékezési nehézségek, flaschback-ek, akaratlan abortuszemlékek, az abortuszra gondolás és arról történő beszéd elkerülése, valamint koncentrációs nehézségek. Broen, Moum, Bødtker és Ekeberg (2005) művi abortuszon és spontán vetélésen átesett norvég nők veszteségre adott pszichológiai reakcióinak sajátosságait hasonlították össze az eseményt követő ötéves periódusban. Eredményeik értelmében a veszteség és gyász érzése az első fél éves időszakban magasabb volt a spontán vetélést elszenvedő nők körében, mely különbség a két csoport között az idő előrehaladtával eltűnt. Emellett hangsúlyozzák, hogy a bűntudat és szégyen érzése, valamint az eseményhez kötődő élmények elkerülése a vizsgálat teljes időszakában a terhességszakításon átesettek csoportját jellemezte inkább. A művi abortuszra adott pszichológiai reakciók elhúzódó természetére enged következtetni az is, hogy míg a spontán vetélést követően fél évig, addig a művi abortusz után a vizsgálat mind a négy időszakában magasabb szorongásszint volt mérhető a normál populációt jellemző átlaghoz képest.

Engelhard, van den Hout és Arntz (2001) a terhesség első 20 hetében prenatális veszteséget megélt nők PTSD és depresszió jellemzőit vizsgálták egy és négy hónappal a beavatkozást követően. A kutatás hiányossága, hogy nem különbözteti meg a résztvevőket a vetélés szándékoltága tekintetében, azonban felhívja a figyelmet, hogy az eseményt súlyos stresszként megélt nők körében magasabb a depresszió előfordulásának százaléka (35%, szemben a PTSD-t nem mutatók első és második mérési időszakban mutatott 6% és 8%-val). Bianchi-Demicheli és mtsai (2002) a posztabortusz időszak első hat hónapjában a kimerültség (39%), a bűntudat (35%), a szomorúság (34%) mellett a szorongás (29%) és a PTSD (11%) magasabb százalékos előfordulását igazolták. Niswander, Singer, J. és Singer, M. (1972) kutatásában az abortuszon átesett nők hat hónappal a műtét után jobb általános alkalmazkodást és alacsonyabb depressziót mutattak, mint a preoperatív szakaszban; azonban kismamák csoportjával összehasonlítva őket, továbbra is rosszabb értékeket adtak a mért változókban (általános alkalmazkodás, depresszió,

szorongás, impulzivitás). Annak megválaszolására, hogy a terhesség nem kívántsága miatt vagy maga a veszteségélmény következtében növekszik-e meg a szorongás szintje, Cougle, Reardon és Coleman (2005) első terhességüket megszakító és nem kívánt első terhességüket kihordó nőket hasonlítottak össze. Kutatási eredményeik szerint magasabb a generalizált szorongással küzdők száma az abortuszos csoportban. Azon házas nők körében, akik terhességüket megszakították, magasabb volt a klinikai depresszió megjelenésének kockázata, szemben azokkal, akik nem kívánt terhességüket kihordták (Reardon és Cougle, 2002). A művi vetéléseken átesett amerikai nők körében – összehasonlítva őket az első terhességüket élve megszüülők csoportjával - magasabb a szorongásos és hangulati rendellenességek, az alkalmazkodási zavar, a szkizofrénia és az alkohol és drog abúzus miatti pszichiátriai kezeléseknek az aránya a műtéti beavatkozást követő két éven belül (Coleman, Reardon, Rue és Cougle, 2002). Az alvászavarok miatti szakellátásba kerülés legnagyobb kockázatát a beavatkozást követő fél éves időszak jelentette (Reardon és Coleman, 2005). Coleman, Coyle, Shuping és Rue (2008/a) a terhességmegszakítást követően szorongásos zavarok, PTSD, pánik, fóbiás rendellenességek, hangulati zavarok és pszichoaktív szerhasználat megnövekedett kockázatát azonosították az érintett nők körében, olyanokkal összehasonlítva, akiknek nem volt művi vetélése. Reardon és mtsai (2003) alacsony jövedelmű nők pszichiátriai szakellátásba bekerülésének adatait elemezték a várandóssági események függvényében. A művi abortuszon átesett nőket összehasonlítva azokkal, akik gyermeküket megszülték, a terhességi eseményt követő 90 nappal 2,6-szor nagyobb volt a valószínűsége a pszichiátriai szakellátás igénybevételének. Ez a különbség – bár az idő előrehaladtával csökkenő tendenciát mutatott - minden egyes vizsgált periódusban, azaz a beavatkozást követő hatodik hónapban, az első évben, valamint a második, harmadik, negyedik év során szignifikánsnak bizonyult az említett két csoport között. Fergusson, Horwood és Ridder (2006) hasonló eredményre jutottak serdülők és fiatal felnőttek körében végzett vizsgálatukban, ahol a résztvevő nők 41 százaléka esett teherbe legalább egy alkalommal 25 éves kora előtt, és a teljes minta 14,6 százalékának volt terhességmegszakítása. Ez az életesemény az abortuszos csoportban – olyan nőkkel összehasonlítva őket, akik megszülték gyermeküket vagy a vizsgált életkori szakaszban nem volt terhességi eseményük - igazoltan emelte a későbbiekben megjelenő depresszió, szorongás előfordulásának valószínűségét, valamint növelte az önkárosító magatartások - mint a szuicid viselkedés vagy szerhasználat - megjelenésének kockázatát.

A művi vetélés és a mortalitás, ezen belül a szuicid események közötti lehetséges összefüggésre hívták fel a figyelmet Reardon és mtsai (2002) is amerikai egészségügyi adatbázis alapú feldolgozásukban. Terhességmegszakításon átesettek körében magasabb a rizikója az öngyilkosságnak, valamint a balesetek miatt- vagy egyéb okból (AIDS, cardiovascularis-, cerebrovascularis betegségek) bekövetkező halálnak is. A szerzők szelf-destrukciós tendenciákat, depressziót vagy más, egészségre káros rizikómagatartást feltételeznek a háttérben.

Finn nők körében ugyancsak igazolást nyert, hogy a művi abortuszt követően megnő az öngyilkosság kockázata (Morgan, Evans, Peters és Currie, 1997; Gissler, Hemminki és Lönnqvist, 1996). Az eredményeket értelmezve Gissler és mtsai (1996) két lehetséges magyarázattal éltek. Egyrészt elképzelhető, hogy a művi abortusz és az öngyilkosság hátterében egy közös rizikófaktor állhat. Másrészt a terhesség megszakításának mentális egészségre gyakorolt negatív következménye is lehet a megnövekedett öngyilkossági kockázat a beavatkozást követően.

Magyarországi reprezentatív mintán történt felmérés ugyancsak szignifikáns összefüggést igazolt az öngyilkossági magatartás és a művi abortuszok között, az abortuszon átesett nők körében gyakrabban fordultak elő öngyilkossági gondolatok és szuicid kísérletek (Györffy, Lőrincz, Ádám és Kopp, 2004). A magyar adatok a művi abortusz és a szuicid viselkedés közötti ok-okozati összefüggésekre ugyan nem adnak választ - azaz nem tudjuk, hogy a mentális problémák szempontjából magas rizikójú csoport esetén nagyobb-e a művi abortuszok előfordulásának a valószínűsége, vagy a műtét beavatkozást követően nő meg a pszichés problémákra való érzékenység - a kérdéskör súlyára mégis felhívják a figyelmet.

1.2.2. A művi vetélés és pszichoszexualitás

Végezetül meg kell említenünk, hogy a beavatkozást követő időszakban megjelenhetnek a pszichoszexuális étellel kapcsolatos diszfunkciók is, mint a csökkent nemi vágy és/vagy aktivitás, orgazmus zavarok, dyspareunia, melyek bár a nők mentális egészségével kapcsolatos további tényezőknek minősülnek, párkapcsolati érintettségüknél fogva ezen alfejezetben kiemelve foglalkozunk velük.

A művi abortusz kutatásának nagy szakirodalma mellett viszonylag korlátozott a beavatkozás és az azzal járó veszteség pszichoszexuális életre gyakorolt hatásának és következményeinek tanulmányozása; így Bianchi-Demicheli, Kulier, Perrin és Campana 2000-es áttekintő tanulmányukban elektronikus adatbázisokat felhasználva, 1963-ig visszamenőleg mindösszesen négy olyan vizsgálatot találtak, melyek a terhességmegszakítás utáni szexualitással foglalkoztak. Az általuk feldolgozott és az azóta a témában született kutatások a művi abortusz szexuális működésére gyakorolt hatását a nemi élet műtét utáni újratekzésének, a nemi vágynak, a szexuális együttlétek gyakoriságának és minőségének, a szexualitással való elégedettségnek, valamint az esetlegesen fellépő szexuális zavaroknak a vonatkozásában igyekeztek feltárni.

Egy nagyszabású, 1.327 dán nőt bevonó kutatásában azt találták, hogy az abortuszon átesettek 51 százaléka kettő héttel-, 86,9 százaléka pedig nyolc héttel a műtétet követően ismét szexuálisan aktív életet élt; ezek a számok még magasabbak voltak a szilárd párkapcsolattal rendelkezők körében. Az alacsonyabb „újratekzési” gyakoriság a szomatikus állapot bizonyos vonatkozásaival (mint pl. elhúzódoó vérzés) és a műtét idején magasabb gesztációs korrall állt összefüggésben. A nyolchetes utánkövetésen a teljes minta 15,3 százaléka számolt be csökkent nemi vágyról, és 6 százaléka csökkent orgazmusképességről (Boesen, Rørby,

Nørgaard és Nilas, 2004). Egy Bulgáriában végzett retrospektív felmérés eredményei szerint pedig a nők 30 százaléka jelezte az orgazmusok gyakoriságának visszaesését a terhességmegszakítás előtti időszakhoz képest (Vasilev, 1973, id. Bianchi-Demicheli és mtsai, 2000). Fok, Siu és Lau (2006) kínai nőkkel folytatott kutatásában a résztvevők 30 százaléka számolt be a vaginális közösülések számának és a szexuális vágnak a csökkenéséről az első trimeszteres abortuszt követő 3-4. hónapban. Ezen belül a szexuális vágy és élvezet csökkenése szignifikánsan magasabb volt azok körében, akiknek ismétlődő terhességmegszakítása volt.

Hasonló következményeket erősítettek meg két abortuszon átesett nőt összehasonlítva olyanokkal, akik már szültek és előzőleg nem volt terhességmegszakításuk. Az ismételt abortuszos csoportban magasabb százalékban volt azonosítható csökkent szexuális vágy és alacsonyabb gyakoriságú orgazmus (Pasini, 1974, id. Bianchi-Demicheli és mtsai, 2000).

Barnett, Freudenberg és Wille (1992) művi abortuszt megélt nők 18,5 százalékánál találtak csökkent szexuális aktivitást; 5,4 százalékánál pedig alacsonyabb szexuális elégedettséget a terhességmegszakítást követően egy évvel; azonban a vizsgálati- és a rendszeresen fogamzásgátlót használó kontrollcsoport között e tekintetben nem volt számottevő a különbség. A párkapcsolat minőségében a műtét idején rosszabb értékeket értek el a művi abortuszon átesett nők. Az egy évvel későbbi utánkövetésen ez a különbség ugyan eltűnt a két csoport között, a lezárt kapcsolatok száma is közel azonos volt; azonban fontos lehet megemlíteni, hogy míg a szakítást a kontroll csoport 44 százalékánál kezdeményezte a nő, addig ez a szám az abortuszon átesetteknél 80 százalék volt.

A szexuális diszfunkciók szélesebb köre került azonosításra egy svájci, témában született kutatásban. Az érintett nők 31 százaléka legalább egy, a nemi élethez kapcsolódó problémát – úgy, mint a nemi vágy csökkenését (18%), orgazmuszavart (17%), vaginális nedvesedés részleges vagy teljes hiányát (12%), diszpareuniát (12%) - jelzett fél évvel a terhesség megszakítását követően. A zavarok összefüggésben álltak a művi abortuszt követően fellépő, szexualitáshoz kapcsolódó- és általános, generalizált szorongással, valamint lehangoltsággal (Bianchi-Demicheli és mtsai, 2002).

Művi abortuszon átesett amerikai és orosz nők összehasonlító vizsgálatában 24 és 5,9 százalékra volt tehető azon esetek száma, amikor szexuális problémákat tulajdonítottak a terhesség megszakításának az érintettek; 26,7 és 6,8 százalékuk kapcsolati problémákat jelzett, valamint 19,8 és 7,8 százalék a partnerkapcsolat lezárásáról számolt be (Rue, V. M. és mtsai, 2004). Lauzon és mtsai (2000) kutatásában, három héttel a beavatkozást követően a kanadai nők 12,2 százaléka, férfi partnereiknek pedig 17,6 százaléka jelezte, hogy az abortusznak negatív hatása volt a kapcsolatra.

Az abortuszon átesett nők könnyebben létesítettek szexuális kapcsolatot idegenekkel, és könnyebben mentek bele erőltetett, „kierőszakolt” közösülésekbe. A férfiak esetén a partner abortusza összefüggésben állt a több partnerrel és idegenekkel létesített szexuális kapcsolatokkal. A művi abortusz előrejósolta a part-

nerek közötti csökkenő szexuális aktivitással kapcsolatos nézeteltéréseket; a szexuális partnerek és a másokkal létesített szexuális együttlétek magasabb számát (Coleman, Rue, Spence, és Coyle, 2008/b).

A fenti kutatások közül jónéhány egyben arra is felhívja a figyelmet, hogy a terhességmegszakításon átesett nők számottevő része a műtétet követően sem megfelelően, vagy egyáltalán nem védekezik egy újabb nem kívánt terhesség ellen (Boesen és mtsai, 2004; Vasilev, 1973, id. Bianchi-Demicheli és mtsai, 2002). A szexuális aktivitásban megjelenő negatív rizikó magatartás hozzájárulhat a későbbiekben az ismétlődő abortuszok számának növekedéséhez.

2. A művi abortusz pszichológiai következményeit moderáló tényezők

A művi vetélés kimenetele - azaz, hogy a feldolgozás normatív-, vagy súlyos és elhúzódó negatív következményeket kiváltó módon valósul meg – számos változó által befolyásolt. Ezen tényezők azonosítása a későbbi reprodukciós eredményesség pszichológiai támogatása és a nők mentális egészsége érdekében végzett prevenciók munka szempontjából is kiemelt jelentőséggel bír. A terhességmegszakítás procedúráján áteső nők számos – akár pszichológiai sérülékenységüket is meghatározó – tényező mentén különbözhetnek, melyekből csak néhányat kiemelve megemlíthetjük a családi háttérrel, párkapcsolati státuszt, anyagi helyzetet, az életszakasz jellemzőit az abortusz idején, személyiségjellemzőket, értékrendet, az abortusz melletti döntés háttérében álló tényezőket, a várandósság kapcsán megélt érzéseket.

Rendszerezve az abortusz kimenetelét meghatározó változókat, megkülönböztethetünk *személyes jellemzőket*, úgy, mint az életkort, önbecsülést, énhatékonyságot az eseménnyel való megküzdésben, kötődési jellemzőket, korábbi mentális betegségeket; *családi rendszer szintjén megjelenő tényezőket*, mint például a partner vagy a közvetlen hozzátartozók felől érkező támogatás minőségét és intenzitását; *a művi abortusz szituatív változóit*, mint például a döntéshozatali folyamat sajátosságait, a terhességi kort a műtét idején, a várandósság szándékoltságát. Továbbiakban – a témában született szakirodalmi adatok feldolgozására építve – részletesen foglalkozunk ezen változók és a terhesség megszakítását követő pszichológiai reakciók összefüggéseivel.

2.1. A demográfiai változók és egyéni jellemzők valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés

A posztabortusz felépüléssel kapcsolatos egyéni jellemzők között szerepelhetnek demográfiai változók (pl. életkor, a terhességmegszakításon átesett nő meglévő gyermekeinek száma), érték- és attitűdjellemzők (pl. a műtétet megelőzően abortusszal kapcsolatos állásfoglalása), és személyiségdiszpozíciók (pl. coping stílus, önbecsülés).

A fiatal életkor esetén nagyobb az abortuszt követő pszichés problémák megjelenésének kockázata. Terhességmegszakításon átesett serdülőket összehasonlítva felnőtt nőkkel, azt találták, hogy az érintettek minél fiatalabbak voltak a beavatkozás idején, annál hosszabb idő elteltével csatlakoztak valamilyen támogató csoporthoz a műtétet követően, s annál elégedetlenebbek voltak az abortusz melletti döntésükkel is a csoporthoz való csatlakozásuk idején; emellett súlyosabb pszichológiai distresszről számoltak be, mint az idősebb nők (Franz és Reardon, 1992). Az amerikai és orosz nők körében végzett kutatás is mindkét csoport esetén megerősítette a fiatalabb életkor és a negatív pszichológiai kimenetek közötti pozitív kapcsolatot (Rue, V. M. és mtsai, 2004). A pszichiátria fekvőbeteg szakellátásba kerülésnek nagyobb az aránya a beavatkozást követő négy évben a művi abortuszon átesett nők körében, a várandósságukat kihordókhöz képest. Jelentős különbségek a két terhességi eseményt reprezentálók között a 35 év feletti csoportja mellett a serdülők és fiatal felnőttek körében voltak számottevőek (Reardon és mtsai, 2003). Hasonló eredményeket erősítettek meg Cogle és mtsai (2005) kutatásukban az első terhességüket kihordó és az azt megszakító nők csoportját összehasonlítva. A terhesség kihordását nem vállalók körében mért nagyobb arányú szorongás elsősorban a 19 év alatti korcsoportok esetén volt jellemző. Campbell, Franco és Jurs (1988) 20 év alattiak illetve feletti korcsoportját összehasonlítva igazolták, hogy a terhességmegszakítást követően a rémálmok előfordulása jellemzőbb volt fiatalabbak körében. Quinton, Major és Richards (2001) nem támasztották alá a serdülők fokozottabb érzékenységét a posztabortusz komplikációk tekintetében. Egy hónappal a műteti beavatkozást követően a 18 év alattiak korosztályába tartozók – abortuszon átesett felnőtt nőkkel összehasonlítva – elégedetlenebbek voltak a döntésükkel és kevesebb előnyét látták a terhesség megszakításának, a szerzők mégis úgy vélték, hogy a két évvel későbbi utánkövetés során, a serdülők és felnőttek csoportja között eltűnő különbség igazolja feltevésüket, miszerint az abortusz idején jellemző fiatalabb életkor nem jelent veszélyt az érintettek posztabortusz alkalmazkodását illetően. Fontos megemlíteni, hogy a kutatás 38 fő 18 évnél fiatalabb és 402 felnőtt nő eredményeinek összehasonlításán alapult. Bár csakúgy, mint az abortusszal kapcsolatos kérdések legtöbbszörében, az életkor és posztabortusz sérülékenység vonatkozásában is megjelennek pro és kontra állásfoglalások, nem lehet kétségbe vonni azon kutatási eredményeket, melyek a terhességi eseményeket, azon belül a művi abortuszt az érintett nők mentális egészsége szempontjából jelentős rizikótényezőként tartják számon gyermekek és fiatalok csoportjában.

Fiatal felnőtteknél nagyobb volt a depresszió kockázata művi abortuszt követően, ha húszas éveikben átesetek már abortuszon (Pedersen, 2008). Emellett az *ismétlődő terhességmegszakítások* növelték a szorongásos zavarok; alvászavarok, a szexuális élethez kapcsolódó problémák megjelenésének a rizikóját, valamint a többször abortáló nők fokozottabb interperszonális érzékenységet mutattak (Fok és mtsai, 2006; Freeman, Rickels, Huggins, Garcia és Pollin, 1980; Pasini, 1974 id. Bianchi-Demicheli és mtsai, 2000; Steinberg és Russo, 2008).

Több olyan erkölcsi és morális vonatkozású tényező is van – úgy, mint az érintett nő *vallássága, az abortusszal szembeni állásfoglalása, értékrendje*, az élet kioltása miatt megélt erős *bűntudati érzések* – melyek ugyancsak befolyásolhatják a műtét utáni pszichológiai felépülést (ld. Adler, 1976; Adler és mtsai, 1992; Franz és Reardon, 1992; Moseley, Follingstad, Harley és Heckel, 1981; Rue, V. M. és mtsai, 2004; és mások). Azokban az esetekben, ahol a terhesség megszakítása súlyos és nehezen feloldható lelkiismereti konfliktussal társul, ahol az életvezetést meghatározó alapértékekbe ütközik, növekedhet az eseményt követő pszichológiai komplikációk valószínűsége. Így például aktívan vallásos nők körében egy évvel a beavatkozás után is még gyakoribb volt a művi abortusszal összefüggésbe hozható súlyos érzelmi distressz (Söderberg és mtsai, 1998). Negatív kimenetelek prediktorai között szerepel az is, ha az érintett nő nem hisz abban, hogy joga van a terhesség megszakításához (Rue, V. M. és mtsai, 2004).

Egy, abortuszon átesett amerikai nők körében végzett vizsgálat értelmében az érintettek a nem kívánt terhességet leginkább saját viselkedésüknek tulajdonítják és/vagy a helyzetet okolják a kialakult körülmény miatt, ezt követik a tartós személyiségjellemzők, a véletlen, s legutolsó helyen a partner felelősségének a megnevezése (Major, Mueller és Hildebrandt, 1985). Az okság helyére vonatkozó attribúciókat elemezve, azok a nők, akik – személyes jellemzőiken keresztül - *önmagukat hibáztatták*, közvetlenül az abortusz után és három héttel azt követően is rosszabb feldolgozást mutattak, azaz lehangoltabbak, depressziósabbak voltak, több negatív anticipációval rendelkeztek a jövőt illetően, mint azon társaik, akik a nem kívánt terhességgel összefüggésben nem hangsúlyozták saját személyes jellemzőiket. A történetek miatt adott helyzetet okolók körében – a szituációt felelőssé nem tevőkhöz képest - magasabb volt a depresszió mértéke; míg a másokat hibáztatók körében – a más személyeket nem okolókhöz viszonyítva - a negatív következmények anticipációja volt jelentősebb mértékű (Major és mtsai, 1985; Major és Cozzarelli, 1992; Mueller és Major, 1989).

A műtéten átesett nők *coping stílusa* befolyásolja a megküzdés hatékonyságát. Az elkerülő viselkedést mutatók körét az abortuszt követő öt órával később magasabb distressz jellemezte, szemben azokkal, akik aktív megközelítő viselkedést mutattak (Cohen és Roth, 1984). A művi abortusz rövid és hosszú távú hatásait vizsgáló kutatásunkban az eseménnyel kapcsolatos adaptív megküzdést támogatta az érzelmek kifejezése, mely fél évvel a beavatkozást követően a depresszió alacsonyabb szintjét jósolta be, míg az érzelmek kontrollálásának nehézségét jelző emóció kiürítés a szorongás és a PTSD fokozottabb meglétét valószínűsítette (Sz. Makó, 2013). A magasabb *megküzdési elvárásokkal* illetve hatékonysággal rendelkező nőket szignifikánsan jobb feldolgozás jellemezte közvetlenül az abortusz után, mely kevesebb fizikai panaszban, a terhesség megszakításával összefüggésben kevesebb negatív következmény anticipálásában, jobb hangulatban volt tetten érhető (Major és mtsai, 1985; Mueller és Major, 1989). A jól-léten, a distresszen és a döntéssel való elégedettségen - mint a posztabortusz alkalmazkodást meghatározó tényezőkön - keresztül vizsgált, 524 első trimeszteres terhességmegszakításon

átesett nőtől nyert adatokra építve, a magasabb *rezilienciával* jellemezhetőek a művi abortuszt kevésbé értékelték stresszesnek, és magasabb énhatékonyságot mutattak az eseménnyel való megküzdésben (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli és Zubek, 1998). Kutatásunkban a reziliencia prediktora volt az eseményt követő szorongásnak és PTSD-nek, alacsonyabb értékei a klinikai zavarok fokozottabb meglétét valószínűsítették (Sz. Makó, 2013).

Egy, 291 nő adatainak feldolgozásán alapuló amerikai kutatás eredményeinek értelmében az *énhatékonyság* - azaz annak elvárása, hogy valaki sikeresen megvalósítja a kívánt kimenetel eléréséhez szükséges viselkedést egy speciális szituációban - közvetlen és erős előrejelzője mind a terhességmegszakítás utáni azonnali, mind a három héttel későbbi alkalmazkodásnak¹. A személyiség további jellemzői, úgy, mint az önbecsülés, az optimizmus és az észlelt kontroll az énhatékonyság érzésének növelésén keresztül ugyancsak kapcsolatba hozhatók voltak a jobb azonnali posztabortusz alkalmazkodással (Cozzarelli, 1993). Faure és Loxton (2003) az énhatékonyság és a posztabortusz depresszió közötti fordított összefüggést igazolta.

Major, Zubek, Cooper, Cozzarelli és Richards (1997) pozitív összefüggést találtak a nőket jellemző *pozitív affektivitás* és a posztabortusz jól-lét, valamint a *negatív affektivitás* és a műtétet követő distressz között.

A *kötődés mentális modelljei* és az *önbecsülés* valamint a művi abortuszt követő, az ahhoz történő alkalmazkodást jelző, distressz² és jól-lét közötti kapcsolat ugyancsak megerősítést nyert egy 408 első trimeszterbeli terhességmegszakításon átesett amerikai nők csoportját vizsgáló kutatásban. Mindkét tényező önmagában, azaz közvetlenül, és más, közvetítő változókon – úgy, mint az énhatékonyságon, a társas támasz- és konfliktusok észlelésén - keresztül, közvetett módon is hatást gyakorolt a rövid távú posztabortusz alkalmazkodásra. Mint ahogyan az várható volt a biztonságosan kötődő és a magasabb önbecsüléssel jellemezhető nők mutattak jobb műtét utáni alkalmazkodást. A kötődési változók és az önbecsülés az énhatékonyságban a varianciák 12 százalékát, a társas támogatásban 8 százalékát, és a társas konfliktusban 9 százalékát magyarázta. A kötődési jellemzők, az önbecsülés és a fentiekben részletezett közvetítő változók a posztabortusz distresszben a varianciák 24 százalékáért és a pozitív jól-létben a varianciák 65 százalékáért volt felelős (Cozzarelli, Sumer és Major, 1998). További kérdéseket vet fel, hogy a változók elsősorban a jól-léttel kapcsolatos jellemzőket magyarázzák, s lényegesen kisebb mértékben érvényesítik hatásukat a distressz által jelzett negatív kimenetek tekintetében.

Végezetül meg kell említeni azokat a témában született munkákat, melyek a terhesség megszakítását követő posztabortusz jellemzőket az érintett *nők beavat-*

¹ A szerző a posztabortusz alkalmazkodást az aktuális affektív állapot, hangulat és a depresszió mérésén keresztül állapította meg.

² A pszichológiai distressz jelen kutatásban mért változói: depresszió, szorongás, hosztilitás, szomatizáció.

kozás előtti mentális problémáival és a nő életében előforduló negatív és megterhelő élet-eseményekkel, - mint például szexuális abúzus vagy bántalmazásnak való kitettség - összefüggésében vizsgálták. Sit, Rothschild, Creinin, Hanusa és Wisner (2007) 47 sebészeti és 31 egészségügyi (mifepristone-misoprostol tabletta) abortuszon átesett nőt vizsgálva, egy hónappal a beavatkozást követően magasabb depresszió értékeket kaptak azok körében, akik korábbi pszichiátriai kórtörténetről, vagy szorongásról számoltak be. Amerikai nők körében végzett kutatás megerősítette, hogy a terhességi eseményt, illetve művi abortuszt megelőző - azaz az érintettek korábbi életrésztében meglévő - szorongás egyik jelentős prediktora az abortuszt követő szorongásos szimptomáknak (Steinberg és Russo, 2008). Kutatásunkban a neuroticizmus a terhesség megszakítását követően hat hónappal a depresszió magasabb értékeit jósolta be (Sz. Makó, 2013).

Hasonló kapcsolatot találtak a nő életében előforduló traumatikus események, mint a nemi erőszak, fizikai bántalmazás és az abortuszt követő szorongásos zavarok és depresszió között is (Steinberg és Russo, 2008; Taft és Watson, 2008). Gissler, Artama, Ritvanen és Wahlbeck (2010) finn adatbázis elemzésére épülő munkájukban azt találták, hogy míg a szülő nők 2,1 százaléka, addig a művi abortuszon áteső nők 5,1 százaléka használt pszichotropikus gyógyszert a terhesség előtti 0-3 hónapban. A terhességek megszakításának legnagyobb aránya a hipnotikus és szedatív szereket használók körében volt, őket követte az antipszichotikumokat, és antidepresszánsokat szedő nők csoportja.

Vita folyik arról, hogy a negatív posztabortusz kimenetek növekvő valószínűsége pusztán a nő műtétet megelőző mentális problémáival, traumatizáló életese-ményeivel áll összefüggésben, és/vagy a művi abortusszal, ugyanakkor az eredmények önmagukban felhívják a figyelmet, hogy a korábbi pszichiátriai problémák vagy traumatikus életeseemények fokozhatják az érintett nők vulnerabilitását a terhesség megszakítása során.

2.2. A családi rendszer szintjén megjelenő tényezők valamint a művi abortusz kimenetele, és a pszichés komplikációk közötti összefüggés

A nehéz, stresszel teli életeseeményekkel való adaptív megküzdés vagy akár a poszttraumatikus növekedés egyik fontos forrása lehet a környezet felől érkező támogatás, a társas támasz (ld. Pierce, Sarason, I. G. és Sarason, B. R., 1996; Prati és Pietrantonio, 2009). Mint ahogyan azt az előző fejezetben érintőlegesen láthattuk, a művi abortuszon átesett nők felépülésével összefüggésben állt, hogy például a korábbiak során átéltek-e bántalmazást, azaz a társas kapcsolataik milyen mértékben terheltek negatív, stresszel teli eseményekkel. Az elfogadó vagy elutasító, támogató vagy konfliktusos kapcsolatok, a partner és a családtagok felől érkező *támogatás megléte vagy hiánya* és a művi abortusz feldolgozása közötti kapcsolat jellemzőinek feltárásával több kutatás is foglalkozott. A társas támasz számos módon kifejeződhet, így formája szerint lehet információs, érzelmi, fizikai támogatás, de emellett minőségi, mennyiségi- és intenzitásjellemzők is meghatározhatják. A művi abor-

tusz során megélt környezeti támogatás függvényében megfogalmazott kérdések lehetnek, hogy az érintett nő párkapcsolatban él-e; a partner hogyan viszonyul a gyermekvárás tényéhez; kapott-e segítséget az érintett nő a döntéshozatal során; támogató-e a környezet a terhességmegszakítás időszakában; számottevő-e azon személyes kapcsolatok száma, akik előtt titkolni kell a terhességmegszakítás tényét. S a terhességmegszakítás egyes szakaszait figyelembe véve beszélhetünk a döntéshozatal, a műtéti beavatkozás és végül az azt követő rövid és - komplikációk esetén - hosszú távú időszak folyamán környezet felől érkező és az érintett nő részéről érzékelt támogatásról.

Potenciális források lehetnek a művi vetélés idején a partner, a szülők, illetve a család, a barátok, valamint a terhességmegszakítás eljárásának folyamatában megjelenő szakemberek, úgy, mint az ápoló személyzet, a szakorvos, a védőnő, s ahol erre lehetőség nyílik, a pszichológus.

Már abban, hogy a terhesség kívántként vagy nem kívántként deklarálódik a várandós nő életében, meghatározó szerepe van a partneri támogatásnak, a párkapcsolat stabilitásának, vagy a partner terhességre adott reakciójának (Kroelinger és Oths, 2000). Azokban az esetekben, ahol a nők a terhességről, mint nem kívánt eseményről nyilatkoztak alacsonyabb volt a párkapcsolati alkalmazkodás és elégedettség mértéke, szemben olyanokkal, akiknél az aktuális várandósság kívánt volt (Sz. Mako és Deak, 2014).

Egyes tanulmányok szerint a környezet felől érkező támogatás pozitív összefüggésben van a művi abortuszt követő megküzdéssel. Idősebb nőknél a partner, míg fiatalabbak esetén a szülők támogatása bizonyult meghatározónak az abortuszra adott közvetlen reakciókban (Bracken, Hachamovitch és Grossman, 1974). A témában korainak számító kutatásában Shusterman (1979) az abortusz utáni felépülés egyik meghatározó változójaként azonosította a párkapcsolati jellemzőket. A terhesség megszakításában érintett nők jó párkapcsolata és az eseményt követő 2-3 héten belüli - testi panaszok és érzelmi reakciók függvényében vizsgált - posztabortusz felépülés pozitív összefüggésben állt. A szülők és barátok felől érkező támogatásnak hatását azonban a szerző nem tudta igazolni. Moseley és mtsai (1981) eredményei szerint a partneri, szülői és baráti kapcsolat minősége illetve a felőlük érkező támogatás fordított összefüggést mutatott az abortusz kapcsán megélt szorongással, depresszióval és hosztilitással. Továbbá azok a nők, akik egyedül hozták meg a döntést az abortusztól, magasabb mértékű depressziót mutattak, mind a műtéti beavatkozás előtt és után, szemben azokkal, akik partnerükkel közösen döntöttek. Major és mtsai (1990) összehasonlítva három csoportot, kutatásukban azt találták, hogy a nőket, akik partnerüknek elmondták az abortuszt, majd non-szupportív viselkedést, vagy érdemi támogatás hiányát észleltek irányukból, nagyobb mértékű depresszió jellemezte harminc perccel a műtét után, szemben társaikkal, akik kielégítő támogatást kaptak, vagy egyáltalán nem beszéltek társuknak az abortusztól. A családtagokkal történő megosztás esetén az eseményt felvállaló, de nem támogató és az abortuszt elhallgató csoportok rosszabb abor-

tusz utáni pszichológiai alkalmazkodást³ mutattak a támogató családtagokkal bíró csoporthoz képest. Major és mtsai 1997-es kutatásukban megerősítették, hogy az észlelt szociális konfliktus erősebb prediktora a posztabortusz distressznek, mint az észlelt társas támasz, mely összefüggés különösen a partnerrel való viszonyban érvényesült. Azaz minél több konfliktust jelzett egy nő a művi abortusz kapcsán a partner felől, annál nagyobb mértékű distresszt élt meg, függetlenül attól, hogy esetleg támogatónak is találta párját. Az esemény anyákkal és barátokkal történő megosztása esetén legmagasabb distresszel a támogató és egyben konfliktusos, valamint alacsony mértékben támogató kapcsolatok jártak.

Félve a terhességmegszakításra adott negatív környezeti reakcióktól, esetleg stigmatizációtól, vagy éppen a PTSD jegyeként, a nők egy része nem beszél meg a történetet senkivel. Az esemény társas kapcsolatok elől történő „elzárása” lehetetlenné teszi a pozitív, elfogadó és támogató viszonyulások megtapasztalását, s az „érintheletlensége” miatt a kapcsolódó érzelmek megélése is akadályozottá válhat, megnehezítve ezáltal a pszichológiai feldolgozás folyamatát. Major és Gramzow (1999) kutatásukban rámutattak, hogy az általuk vizsgált 442 nő 47 százaléka valamilyen mértékben egyetértett azzal az állítással, hogy ha abortuszuk kitudódna, megbélyegeznék őket. Hasonló százalékban (44,9%) jelezték, hogy érzésük szerint titokban kell tartaniuk ezt az eseményt családjuk és/vagy barátaik előtt. A szerzők által alátámasztott eredmények értelmében azok a nők, akik tartottak a megbélyegzéstől, inkább titokban tartották az eseményt, mely együtt járt az abortusszal kapcsolatos gondolatok elnyomásával; ez utóbbi tényező pedig pozitív összefüggést mutatott a megszakításhoz kötődő nyomasztó gondolatok megjelenésével. Ezen változók magasabb értékei azután fokozottabb distresszel társultak két évvel a terhesség megszakítását követően. A kutatás nem várt eredménye, hogy a nagyobb emocionális kitárulkozás is a nyomasztó gondolatok nagyobb mértékével állt kapcsolatban. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy mind az „eltitkolás”, mind a megnövekedett kitárulkozás a terhesség megszakításával kapcsolatos nyomasztó gondolatok következményei is lehetnek.

Több kutatás (Cozzarelli, Karrasch, Sumer és Major, 1994; Major és mtsai, 1985) is foglalkozott a társas támasz viselkedésbeli megnyilvánulásaként számon tartott, műtét helyszínére történő partneri kíséret és az abortusz kimenetele közötti összefüggések tanulmányozásával. Az eredmények azonban nem erősítik meg egyértelműen a fizikai jelenlét posztabortusz alkalmazkodásra gyakorolt pozitív hatását. Ezzel szemben Lauzon és mtsai (2000) kutatásában a kanadai nők 85,2 százaléka jelezte, hogy a férfi partner jelenléte a beavatkozás idején segítség volt. A műtét időszakában megélt partneri támasz és a párkapcsolattal való elégedettség magasabb értékei a szorongás és depresszió mérsékeltebb megjelenésével mutattak összefüggést (Sz. Makó, 2013).

³ A posztabortusz alkalmazkodást meghatározó változók: fizikai panaszok, affektív jellemzők, negatív következmények anticipációja, depresszió.

Az abortusszal végződő első terhesség során nagyobb arányban regisztráltak generalizált szorongást - olyan nőkkel összehasonlítva, akik nem kívánt terhességüket kihordták és élve született gyermeket hoztak a világra – abban az esetben, ha az érintettek nem éltek párkapcsolatban. A két csoport közötti különbség megszűnt, ha a nők házasságban éltek (Cogle és mtsai, 2005). Az eredmények a házastársi kapcsolat - abortusszal összefüggésbe hozható és a későbbi pszichés komplikációk szempontjából betöltött - protektív szerepére hívják fel a figyelmet.

A művi abortuszt követően egy évvel, a nők magas distresszel jellemezhető csoportjában – összehasonlítva őket a megszakítás kapcsán érzelmi distresszt nem mutatókkal - nagyobb arányban voltak olyanok, akik a feldolgozás időszakára vonatkoztatva a családtól vagy barátoktól érkező elégtelen társas támogatásról számoltak be, gyakoribbak voltak a rossznak ítélt, megszűnt vagy átmeneti kapcsolatok a biológiai apával, és végül nagyobb arányban jeleztek kedvezőtlen irányú párkapcsolati változásokat (Söderberg és mtsai, 1998). Azok az abortuszt megtapasztalt nők, akik tartós és negatív pszichológiai reakciókat mutattak, egyidejűleg a társas támasz alacsonyabb szintjét vagy hiányát is jelezték (Goodwin és Ogden, 2007).

Az orvosi szakellátás is összefüggésben állhat a posztabortusz felépüléssel. Az egészségügyi személyzet által esetlegesen közvetített - elutasító, címkéző kapcsolati viszonyulásban tükröződő - negatív attitűd felerősíthet negatív érzelmi reakciókat (Lemkau, 1988).

2.3. A művi abortusz szituatív változói valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés

Szituatív változók között említhetünk minden olyan tényezőt, mely a beavatkozással közvetlenül összefüggésben áll. Ide sorolhatjuk a várandóssággal kapcsolatos jellemzőket (pl. gesztációs kor, a várandósság kívántsága), a döntéshozatal sajátosságait, és az abortuszt kísérő ellátással kapcsolatos tapasztalatokat, az orvosi környezetet.

A *döntéshozatal* posztabortusz kimenetelre gyakorolt hatását főként a döntés helyességébe vett hit (szilárd elhatározás vagy ambivalencia, kétely, megbánás), a kontroll (külső kényszer vagy egyéni vállalás), valamint a döntéshez rendelkezésre álló információk (megfelelő vagy nem megfelelő mennyiségű és minőségű információk és tájékoztatás) és az idői keret (elegendő idő vagy sürgetettség) függvényében tanulmányozták.

Az abortusz melletti döntéssel való elégedetlenség valószínűsíti a negatív érzelmi reakciók megjelenését a műtét utáni két-három hetes időszakban (Shusterman, 1979). Adler (1975) úgy találta, hogy azok a nők, akik nehézséget éreztek az abortusz melletti döntéssel kapcsolatban, nagyobb valószínűséggel tapasztaltak a beavatkozás után belső állapotot tükröző negatív érzelmeket, mint megbánást, szorongást, depressziót, haragot, illetve valamivel gyakrabban éltek át társas eredetű negatív érzelmeket, mint szégyen, vagy rosszallástól való félelem. Az első trimeszteres abortuszok emocionális következményeit vizsgáló egyik kutatásban (Lauzon

és mtsai, 2000) a nők 35 százaléka jelezte, hogy nehezen hozott döntést az abortusszal kapcsolatban; 37 százalékuknál játszott fontos szerepet a férfi partner véleménye; 17 százalékuk ambivalens volt a döntéssel kapcsolatban; 27 százaléka a nőknek morális dilemmáról számolt be; s 29 százalék nem értett egyet a döntéssel. A szerzők egyben alátámasztották, hogy az eseményt követő distressz összefüggést mutat a művi abortusz melletti döntéshozatal folyamán megélt ambivalenciával. Ashton (1980) ugyancsak pozitív kapcsolatot talált a műtėti beavatkozás előtti ambivalencia és a beavatkozást követő megbánás között nyolc héttel és nyolc hónappal a terhesség megszakítását követően; valamint a perzisztáló hangulati zavarokkal küzdő nők mindegyike előzetesen ambivalens volt a beavatkozás melletti döntésével kapcsolatban. Az ambivalencia háttérében számos tényező állhat, úgy, mint erkölcsi, morális meggyőződés; a gyermek iránti vágy. A fenti eredményeket erősítik meg segítő hivatásúak (pszichológus, orvos, ápoló) terhességmegszakításával kapcsolatban végzett felmérés adatai is, melynek értelmében mind a beavatkozást követő három hónapon belüli rövid, mind az azt meghaladó hosszú távú felépülés prediktorai között szerepelt az abortuszra való felkészültség érzésének mértéke és a döntés helyességébe vetett bizonyosság a műtét előtti időszakban. Azok a nők, akik felkészültebbnek érezték magukat, illetve biztosabbak voltak döntésükben, kisebb mértékű distresszt idéztek fel az abortuszt követően (Lemkau, 1991).

A felépülés döntéshozattal összefüggésben tárgyalt további meghatározója lehet a beavatkozás irányába ható környezeti és idői nyomás is. Amikor egy nő másik személy vagy az életkörülmények által kényszerítve érzi magát az abortuszra, a döntést nem érzi sajátjának, ambivalens a beavatkozást illetően, a negatív kimenetek kockázata magasabb és/vagy a pszichológiai következmények súlyosabbak (Friedman, Greenspan és Mittleman, 1974; Rue, V. M. és mtsai, 2004). Azok a nők, akik úgy nyilatkoztak, hogy a beavatkozásra a szülők, vagy a szexuális partner hatására került sor, többet foglalkoztak a terhességmegszakítás jövőbeli várandóssági eseményekre és kapcsolatokra kifejtett hatásával, bizonytalanabbak voltak döntésük helyességében, valamint erősebb büntudatról, haragról és magasabb distresszről számoltak be a rövid és hosszú távú posztabortusz időszakban (Franz és Reardon, 1992; Lemkau, 1991).

Landy (1986) abortusz előtt álló nőket jellemző négy olyan döntéshozatali formát írt le, melyek azután növelhetik a műtét utáni komplikációk megjelenésének a valószínűségét. A „spontán hozzáállás” jellemzője, hogy a döntés rapid jellegéből eredően nem hagynak elegendő időt a lehetőségek mérlegelésére és a konfliktusos érzések átélésére; a „racionális-elemző hozzáállás” során főként az érzelmi megfontolásokat kizáró, praktikus érveket sorakoztatják fel; a „tagadó-halogató” típusú hozzáállást a döntéshozatal elkerülése jellemzi, melynek háttérében a terhesség megtartásának vagy elvetésének idő előrehaladtával sem feloldható konfliktusa áll; és végezetül a „döntéshozatal nélküli hozzáállás” esetén a nő belenyugszik a környezete (mint pl. a partner vagy szülők) által hozott döntésbe.

A *várandóssággal kapcsolatos tényezőként* említhetjük a *gesztációs kort*, vagy *trimesztert* mely szoros együttjárást mutat a szomatikus és a mentális állapotot egy-

aránt érintő negatív kimenetekkel. Bartlett és mtsai (2004) a legális művi abortusszal összefüggésben álló mortalitás egyik kiemelt rizikófaktoraként azonosították a gesztációs időt. Eredményeik értelmében az esemény következtében bekövetkező halál kockázata exponenciálisan 38 százalékkal növekedett minden egyes terhességi héttel; s a halálesetek 87 százaléka megelőzhető lett volna, ha a műtetre a nyolcadik terhességi hetet megelőzően került volna sor. Minél előrehaladottabb állapotban történik a terhesség megszakítása, annál fájdalmasabb, nagyobb a fertőzés, a vérzés és más egészségügyi komplikáció kockázata. S ezzel együtt a terhességi hét növekedésével nő az abortusszal összefüggésben álló pszichés problémák megjelenésének a valószínűsége is. A művi abortusz idejének kitolódását eredményezheti a fentiekben már részletezett, elhúzódó vagy ambivalenciával teli döntéshozatal, a fiatal életkorból adódó „tapasztalatlanság”, halogató magatartás, a válsághelyzet értelmezésének és reális kezelésének akadályoztatottsága, inadekvát társas támasz. Coleman, Coyle és Rue (2010) az első és második trimesztes abortuszon átesett nőket összehasonlítva azt találták, hogy a második csoportba tartozók nagyobb százaléka jelezte, hogy partnere akarta a terhességet vagy, hogy valaki nyomást gyakorolt rá a terhességmegszakítás melletti döntésben; és 39,2 százaléka a várandósság vágyottságát jelezte.

Azok a nők, akiknek második trimeszteres abortuszuk volt, intenzívebb és/vagy hosszabban elhúzódó problémákat – mint például gyászt, PTSD-t, depressziót, szorongást – jeleztek a műtét utáni időszakban (ld. Adler és mtsai, 1990; Coleman és mtsai, 2010; Prommanart és mtsai, 2004; Söderberg és mtsai, 1998). Úgy véljük, a pszichológiai reakciók összefüggésben állhatnak az idő előrehaladtával nagyobb valószínűséggel megjelenő szomatikus problémákkal, az ambivalenciát magyarázó tényezők – mint például a gyermek iránti vágy és elutasítás, vagy a beavatkozás melletti és elleni érvek – abortuszt követően is fennmaradó konfliktusával, vagy a gesztációs hetekkel erősödő prenatális kötődéssel.

A magzattal kapcsolatos vélekedések, fantáziák és érzések ugyancsak meghatározói lehetnek a posztabortusz felépülésnek. Azok az abortuszon átesett nők, akik magzatukra, mint emberi lényre tekintettek, alacsonyabb pszichológiai jól-létet mutattak a beavatkozást követően, mint akiknek még nem volt terhességmegszakítása, vagy mint akiknek már volt, de a magzatról nem mint emberi lényről vélekedtek (Conklin és O’Conor, 1995). Goodwin és Ogden (2007) az abortuszra adott reakciók hosszú távú jellemzőit vizsgálva azt találták, hogy akik az eseményt követően elhúzódó-, vagy azzal összefüggésben a későbbiek során megjelenő negatív reakcióról számoltak be – szemben azokkal, akik nem jeleztek negatív érzelmeket, vagy fokozatos posztabortusz felépülést mutattak -, nagyobb valószínűséggel gondolkodtak a magzatról úgy, mint egy emberi lényről. Major és mtsai (1985) kutatásukban alátámasztották, hogy művi abortuszt követő azonnali felépülés kapcsolatba volt hozható azzal, hogy az érintett nő milyen mértékben tartotta *jelentőséggel telinek várandósságát*; a három héttel későbbi felépülés eredményeire pedig részben a *terhesség szándékolttsága* volt befolyással. Azok a nők, akik terhességüknek jelentőséget tulajdonítottak, súlyosabb testi panaszokról számoltak be és jellemzőbb

volt rájuk a jövővel kapcsolatos negatív anticipációk megléte a műtétet követően; valamint azon kutatásban résztvevők, akik tervezték a terhességet – szemben azokkal, akik nem –, nagyobb százalékban mutattak közepes vagy súlyos depressziót. Amikor a várandósság során fokozódik az érzelmi odafordulás és elköteleződés, erőteljesebb az anyai kötődés, ugyancsak növekedhet a veszteség következtében megélt negatív és vagy elhúzódo kimenetelek valószínűsége (Coleman és Nelson, 1998; Rue, V. M. és mtsai, 2004).

A *várandósságra adott érzelmi reakciók* és a terhesség beigazolódását követő, *műtét előtti érzelmi állapot* és a posztabortusz kimenetelek közötti összefüggés is megerősítést nyert. A terhesség beigazolódására adott érzelmi reakciók – úgy, mint a szorongás, feszültség vagy a düh – összefüggést mutattak a művi abortuszt követő két héten belüli negatív utóhatásokkal (Shusterman, 1979). Azon nők körében, kiknél a beavatkozást megelőzően alacsonyabb állapot szorongás és depresszió volt mérhető, kisebb volt a depresszió megjelenésének kockázata a műtétet követő időszakban (Faure és Loxton, 2003). Amennyiben a műtét körüli időszakot disszociatív tünetekben megnyilvánuló érzelmi túlterheltség vagy az érzelmek kifejezésének/leírásának nehézsége jellemezte, nőtt a valószínűsége a poszttraumatikus stressz szindrómával összefüggést mutató intrúzív újra átélésnek és az elkerülő reakciók megjelenésének (van Emmerik és mtsai, 2008).

2.4. A művi abortuszt követő események valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés

Bár a terhességmegszakítást követő életesemények és a beavatkozás utáni jól-lét közötti összefüggést részletesen nem vizsgálták, vannak olyan – elsősorban klinikai tapasztalaton alapuló – feltételezések is, melyek felhívják a figyelmet az érintett nők jövőbeni élettörténeti vonatkozásai kapcsán megjelenő vagy felerősödő „válaszreakciókra” is. A gyásszal foglalkozó szakirodalomban ismert időzített krízis lényege, hogy feldolgozatlan veszteség vagy traumatikus életesemény és a kapcsolódó érzelmek – mint harag, büntudat, fájdalom – valamely „időzítő mechanizmus” által aktiválódhatnak (Fedor és Varga, 2003). Ha egy nőnek, aki korábban megszakította terhességét, nehézségei lesznek a gyermekvállalással; vagy elveszít egy csecsemőt, gyermeket; ha partnere hónapokkal később szakít vele, mert nem tudja megbocsájtani a terhesség megszakítását, mindezek felülírhatják a döntés helyességébe vetett vélelmét, s felerősíthetnek a múltbéli és jelen események szoros interakciójában megérthető negatív válaszreakciókat (Lemkau, 1988; Sz. Makó és Veszprémi, 2011). A művi abortuszhoz kapcsolódó megbánás érzésének és következményeinek élettörténeti események kontextusában történő értelmezése azonban további kutatások szükségességét veti fel.

3. Összegzés

A művi abortuszra adott pszichológiai reakciók, és a komplikált feldolgozással összefüggésbe hozható hosszú távú, nők mentális állapotát meghatározó negatív kimenetek, valamint az abortusz utáni felépülést meghatározó változók áttekintésével hangsúlyozni szeretnénk a művi abortuszon átesett nők és párok klinikai pszichológiai támogatásának fontosságát. A műtéti beavatkozás kapcsán megfogalmazódó feladatok közül az érzelmi és információs támasznyújtást, a döntést kísérő érzések megélésének és megfogalmazásának támogatását, a pszichológiai stabilitás fenntartását szolgáló intervenciók lépések alkalmazását és a későbbi komplikációk szempontjából magas rizikójú csoportba tartozó nők szűrését emeljük ki. Emellett fontosnak tartjuk, hogy az abortusszal összefüggésbe hozható pszichés problémákkal küzdő nők számára elérhetővé váljanak a veszteség feldolgozását segítő, specifikus pszichoterápiás ellátási formák.

Irodalom

- Adler, N. E. (1975). Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446-454.
- Adler, N. E. (1976). Sample attrition in studies of psychosocial sequelae of abortion: How great a problem? *Journal of Applied Social Psychology*, 6(3), 240-259.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248, 41-44.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204.
- Ashton, J. R. (1980). The psychosocial outcome of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 87, 1115-1122.
- Barnett, W., Freudenberg, N., Wille, R. (1992). Partnership after induced abortion: A prospective controlled study. *Archives of Sexual Behavior*, 21(5), 443-455.
- Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 729-737.
- Bianchi-Demicheli, F., Kulier, R., Perrin, E., Campana, A. (2000). Induced abortion and psychosexuality. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 213-217.
- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Lüdicke, F., Bianchi, P. G., Chatton, D., Campana, A. (2002). Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53, 48-53.
- Boesen, H. C., Rørby, C., Nørgaard, M., Nilas, L. (2004). Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 1189-1192.

- Bracken, M. B., Hachamovitch, M., Grossman, G. (1974). The decision to abort and psychological sequelae. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 158(2), 154-162.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3:18, Letöltés helye: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/18>, Letöltés dátuma: 2011. 11. 03., 1-14.
- Campbell, N. B., Franco, K., Jurs, S. (1988). Abortion in adolescence. *Adolescence*, 23, 813-823.
- Cohen, L., Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10(3), 140-145.
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Rue, V. M. (2010). Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms. *Journal of Pregnancy*, Letöltés helye: <http://www.hindawi.com/journals/jp/2010/130519/>, Letöltés dátuma: 2012. 02. 11., 1-10.
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M., Rue, V. M. (2008/a). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, Letöltés helye: https://www.rachelsvineyard.org/PDF/Articles/Coleman%20et%20al._JPR.pdf, Letöltés dátuma: 2011. 11. 11., 1-7.
- Coleman, P. K., Nelson, E. S. (1998). The quality of abortion decisions and college student's reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 425-442.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Rue, V. M., Cogle, J. (2002). State-funded abortions versus deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 140-152.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T., Cogle, J. R. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & Health*, 20(2), 237-271.
- Coleman, P. K., Rue, V. M., Spence, M., Coyle, C. T. (2008/b). Abortion and the sexual lives of men and women: In casual sexual behaviour more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 77-91.
- Coleman, P. K., Vincent, V. M., Spence, M. (2007). Interpersonal processes and post-abortion relationship challenges: A review and consolidation of relevant literature. *Internet Journal of Mental Health*, 5(1), Letöltés helye: <http://search.ebscohost.com/ligin.aspx?direct=true&db=aph&AN=27513115&site=ehost-live>, Letöltés dátuma: 2009. 01. 21., 1-12.
- Conklin, M. P., O'Connor, B. P. (1995). Beliefs about the fetus as a moderator of post abortion psychological well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(1), 76-95.
- Cogle, J. R., Reardon, D. C., Coleman, P. K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort

- study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Anxiety Disorders*, 19, 137-142.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1224-1236.
- Cozzarelli, C., Karrasch, A., Sumer, N., Major, B. (1994). The meaning and impact of partner's accompaniment on women's adjustment to abortion. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 2028-2056.
- Cozzarelli, C., Sumer, N., Major, B. (1998). Mental models of attachment and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 453-467.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- Faure, S., Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*, 33(1), 28-38.
- Fedor B., Varga V. (2003). Az időzített krízisben feltörő feldolgozatlan gyászélmény pszichoterápiája. In Pilling J. (Szerk.), *Gyász*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 79-94.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24.
- Fok, W. Y., Siu, S. S. N., Lau, T. K. (2006). Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 126, 255-258.
- Franz, W., Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, 27(105), 105-117.
- Freeman, E., Rickels, K., Huggins, G. R., Garcia, C. R., Polin, J. (1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics & Gynecology*, 55(5), 630-636.
- Friedman, C. M., Greenspan, R., Mittleman, F. (1974). The decision-making process and the outcome of therapeutic abortion. *The American Journal of Psychiatry*, 131(12), 1332-1337.
- Gissler, M., Artama, M., Ritvanen, A., Wahlbeck, K. (2010). Use of psychotropic drugs before pregnancy and the risk for induced abortion: population-based register-data from Finland 1996-2006. *BMC Public Health*, 10: 383; Letöltés helye: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/383>, Letöltés dátuma: 2011. 12. 14., 1-10
- Gissler, M., Hemminki, E., Lönnqvist, J. (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: Register linkage study. *BMJ: British Medical Journal*, 313, 1431-1434.
- Goodwin, P., Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22(2), 231-248.

- Gyórfy Zs., Lőrincz J., Ádám Sz., Kopp M. (2004). A művi abortuszok alakulásának pszichoszociális háttértényezői országos reprezentatív minta alapján. *LAM*, 14(7), 512-519.
- Kero, A., Högberg, U., Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58, 2559-2569.
- Kroelinger, C. D., Oths, K. S. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2), 112-119.
- Landy, U. (1986). Abortion counselling: A new component of medical care. *Clinics in Obstetrics and Gynecology*, 13, 33-41.
- Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46, 2033-2040.
- Lazarus, A. (1985). Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(3), 141-150.
- Lemkau, J. P. (1988). Emotional sequelae of abortion. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 461-472.
- Lemkau, J. P. (1991). Post-abortion adjustment of health care professionals in training. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 92-102.
- Major, B., Cozzarelli, C. (1992). Psychosocial predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 121-142.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 452-463.
- Major, B., Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 735-745.
- Major, B., Mueller, P., Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations, and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(3), 585-599.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 735-752.
- Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1349-1363.
- Morgan, C. L. I., Evans, M., Peters, J. R., Currie, C. (1997). Suicides after pregnancy. Mental health may deteriorate as a direct effect of induced abortion. *BMJ: British Medical Journal*, 314, 902.
- Moseley, D. T., Follingstad, D. R., Harley, H., Heckel, R. V. (1981). Psychological factors that predict reaction to abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 276-279.

- Mueller, P., Major, B. (1989). Self-blame, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1059-1068.
- Niswander, K. R., Singer, J., Singer, M. (1972). Psychological reaction to therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114(1), 29-33.
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner, E. S. Norman, *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Oxford, England: John Wiley & Sons, 434-451.
- Prati, G., Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388.
- Prommanart, N., Phatharayuttawat, S., Boriboonhirunsarn, D., Sunsaneevithayakul, P. (2004). Maternal grief after abortion and related factors. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(11), 1275-1280.
- Quinton, W. J., Major, B., Richards, C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion. Are minors at greater risk? *Psychology, Public Policy, and Law*, 7(3), 491-514.
- Reardon, D. C., Coleman, P. K. (2005). Relative treatment rates for sleep disorders and sleep disturbances following abortion and childbirth: A prospective record-based study. *Sleep*, 28(12), 1293-1294.
- Reardon, D. C., Cogle, J. R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: A cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7330), 151-152.
- Reardon, D. C., Cogle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P. K., Ney, P. G. (2003). Psychiatric admission of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1253-1256.
- Reardon, D. C., Ney, P. G., Scheuren, F., Cogle, J., Coleman, P. K., Strahan, T. (2002). Deaths associated with pregnancy outcome: A record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, 95(8), 834-841.
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10(10), Letöltés helye: http://www.MedSciMonit.com/pub/vol_10/no_10/4923.pdf, Letöltés dátuma: 2011. 10. 20., 5-16.
- Russo, N. F., Zierk, K. L. (1992). Abortion, childbearing, and women's well-being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4), 269-280.
- Schmiege, S., Russo, F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7528), Letöltés helye: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298850/>, Letöltés dátuma: 2010. 11.19., 1-5.
- Shusterman, L. R. (1979). Predicting the psychological consequences of abortion. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 683- 689.

- Sit, D., Rothschild, A. J., Creinin, M. D., Hanusa, B. H., Wisner, K. L. (2007). Psychiatric outcomes following medical and surgical abortion. *Human Reproduction*, 22(3), 878-884.
- Söderberg, H., Janzon, L., Sjöberg, N. O. (1998). Emotional distress following induced abortion. A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79(2), 173-178.
- Speckhard, A. C., Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119.
- Steinberg, J. R., Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: What's the relationship? *Social Science & Medicine*, 67, 238-252.
- Sz. Makó H. (2013). "Döntés életről-halálról" A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai. Ph.D. disszertáció. Pszichológia Doktori Iskola, Pécs.
- Sz. Mako H., Deak A. (2014). Reliability and validity of the Hungarian version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *International Journal of Gynecological and Obstetrical Research*, 2(1), 33-44.
- Sz. Makó H., Veszprémi B. (2011). A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*, 26(5), 343-349.
- Taft, A. J., Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in anational cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*, 8:75, Letöltés helye: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-75.pdf>, Letöltés dátuma: 2010. 12. 12., 1-8.
- Urquhart, D. R., Templeton, A. A. (1991). Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98(4), 396-399.
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G. (2008). Prevalence and prediczion of re-experiencing and avoidance after elective surgical abortion: a prospective study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 378-386.
- Wahlberg, V. (2007). Women's memories after abortion, summarised from therapy work, pastoral counselling and/or confessions. In Wahlberg (Szerk.), *Memories after abortion*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd., 70-79.

A KRIZIS LÉLEKTANA

BÓNA ADRIENN

A KRÍZIS LÉLEKTANA

„...Mert mi a krízis? Amikor az ember vagy az emberiség az érésben megáll, az új stádiumba átlépni nem mer, nem akar, nem tud, akkor mindig krízisbe kerül...” (Hamvas Béla, 1936/2013)

Balázs láthatóan kimerülve kér segítséget az egyetem mentálhigiénés szolgálatánál. Napok óta nem tud aludni, étvágytalan, gyomor görcsei vannak, nyugtatókat szed. A barátjánője, 3 évi kapcsolat után, néhány napja szakított vele, egy másik fiú miatt. Balázs egy hét múlva záróvizsgázik. Nyomorultul érzi magát, elege van mindenből, reménytelennek látja saját helyzetét. Úgy érzi, senki és semmi nem segíthet rajta. Legszívesebben kiszállna...

Balázs állapotát legtöbbször valószínűleg krízisként határozná meg. Érezhetően feldúlt, jelentős stressznek van kitéve mind párkapcsolatában, mind tanulmányai során és úgy tűnik, képtelen kezelni ezt. Utal öngyilkossági fantáziáira, megfogalmazza reménytelenség, tehetetlenség érzéseit.

A krízishelyzetek mindennapi életünk elkerülhetetlen velejárói, amelyek hatására a legkiegyensúlyozottabb személyiségben is eluralkodhat a bizonytalanság, a kétségbeesés érzése. Egy fontos és biztosnak hitt párkapcsolat váratlan megszakadása, a szeretett személy hirtelen halála, súlyos betegség diagnózisának közlése, katasztrófa-helyzetek megélése következtében elvész a biztonságérzet, ideiglenesen felborul a világ rendje, összeomlik a stabilnak vélt énkép.

Lélektani krízisnek tekintjük az olyan, elsősorban érzelmileg kritikus, feszült, fájdalmas, túlterhelő pszichés állapotokat, amelyben a személy egy, a lelki egyensúlyát fenyegető helyzettel kénytelen szembenézni. Ezen körülmények mindennél fontosabbá válnak számára, figyelmét, gondolatait teljes egészében lekötik, ennek ellenére az aktuális helyzetet a szokásos problémamegoldási módszereivel sem elkerülni, sem megoldani nem tudja. Ilyen fenyegető állapotok többnyire külső események hatására jönnek létre (pl. veszteségek, életciklus váltások). A krízisben lévő személy fenyegetettséget, kilátástalanságot, tehetetlenséget él át.

Azt mondhatjuk tehát, hogy krízisállapot akkor alakul ki, ha a megjelenő új élethelyzet (például felnőttkorba lépés, nyugdíjazás, gyermekszületés, stb.) által okozott nehézségekkel, kihívásokkal vagy egy hirtelen bekövetkező veszteségélménnyel, traumával (baleset, betegség, erőszak, stb.) nem tud a személy hatékonyan megküzdeni, a rendelkezésre álló és mozgósított erőforrások kezdenek kiapadni, illetve a megfelelő megküzdési stratégiák nem elérhetőek számára.

1. A krízis fogalom eredete

A krízis szó maga a görög eredetű „krizei” szóból származik, jelentése: válság, fordulat, döntés. Egy további jelentésrétege etimológiai kapcsolatban van az elválással, elválasztással. Az eredeti jelentés magába foglalja a lehetőség, az esély fogalmát; jó és rossz kimenetelű egyaránt lehet. A krízis ilyen értelemben fordulópontot jelöl, ahol eldől a dolgok további kimenetele.

Az ókori görögök megkülönböztették az események egymás utáni leírására szolgáló örök időt, a *kronoszt*, illetve az események közötti meghatározatlan időpillanatot, amikor valami különleges történik, a *kairoszt*. Szemben a kronosz mennyiségi természetével, a kairosz inkább egyfajta minőséget jelent.

Az ábrázolásokon általában szárnyakkal a hátán, homlokán előre hulló hajjal, hátul kopasz fejjel futó fiatalember alakjában jelenik meg Kairosz, Zeusz legkisebb fia, aki az ókori görög mitológiában a soha vissza nem térő pillanatot testesítette meg, olyan isteni döntésekhez, mint az áldás vagy az átok. Poszeidipposz ókori görög költő szavai érzékletesen magyarázzák a Trogirban látható Kairosz-reliefen a múlt idő természetét:

... És ki vagy te? Az idő, aki mindent lehagy.

Miért állsz lábujjhegyen? Én örök futó vagyok.

És miért vannak szárnyak a lábaidon? A széllel repülök.

És miért tartasz borotvát a jobb kezeden? Jeként az embereknek, hogy minden élnél élesebb vagyok.

És miért lóg hajad az arcodba? Hogy a velem találkozó megragadhasson.

És az Ég nevében, miért kopasz a fejed hátul? Mert senki, akit egyszer lehagytam, nem foghat meg hátulról, akármilyen fájdalmasan szeretne is...” (Német Béla fordítása)

Az orvostudományban Hippokratész óta ismert a kairosz fogalma. Amikor a beteg állapota válságosra fordul, krízisben van, akkor jön el a beavatkozás ideje, amikor az orvos minden tudására szükség van a betegség leküzdésére. Sem ezt megelőzően, sem ezt követően nincs alkalmasabb pillanat az „azonnali és radikális” változásra, változtatásra (Tóth, 2012).

A kairosz elképzelés, a kairotikus idő fogalma szerves részét képezi Freud trauma elméletének éppúgy, mint Jung archaikus idő koncepciójának. A neurózisok kezelésében a katarzisz ideje az a kairotikus idő, amikor a gyógyulás folyamata megkezdődhet. Freud (1924/1989) a kríziskezelésben jelen és múlt találkozásának lehetőségét, és ennek személyiségformáló erejét hangsúlyozza (vö. krízis és trauma).

1.1. Konfliktus – krízis – válság

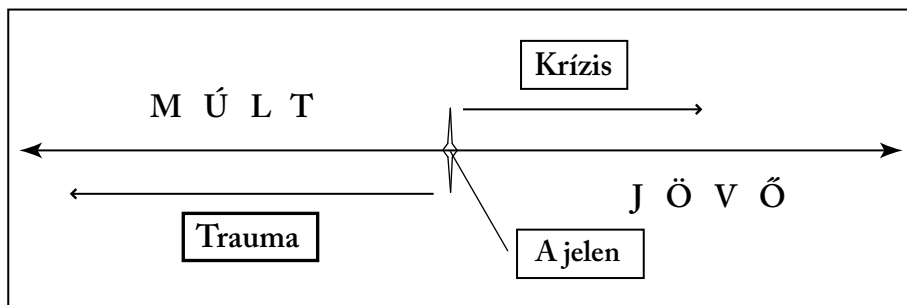
Konfliktus, krízis és válság bár szorosan kapcsolódnak egymáshoz, mind tartalmilag, mind megjelenési formájukat és hatásukat tekintve jól elkülöníthetők egymástól. Tulajdonképpen egy folyamatot írnak le, melynek kezdete a probléma, mely

zavart okoz a dolgok megszokott menetében, amikor „felborul a világ rendje”. A konfliktus helyzetre adott első reakciók, megoldási próbálkozások sikerességén múlik a krízishelyzet kialakulása. A rosszul vagy egyáltalán nem kezelt konfliktus vezet krízishoz, a krízishelyzet állandósulása pedig válsághoz. A krízisből nem minden esetben jön létre egy személy vagy akár egy csoport életét meghatározó válsághelyzet, de ha megjelent, fontos az adekvát és hatékony kezelés. A krízis az a pont az egyén életében, ahol eldőlt, miként tud viszonyulni a változásokhoz: fennállást hoz-e számára, vagy inkább kellemetlen hatásai erősödnek fel.

1.2. Trauma – stressz – krízis

A lélektani krízis fogalma szorosan összekapcsolódik a pszichotrauma és a stressz fogalmaival, ugyanakkor elméleti és gyakorlati szempontból is fontos érteni a köztük lévő kapcsolat sajátosságát. A *trauma* alatt a múltban megélt, megrázó, a hétköznapi tapasztalatokon túlmutató, az egyén testi és lelki egyensúlyát, integritását nagymértékben veszélyeztető eseményt vagy körülményt értjük, amely a jelen élethelyzetre is jelentős hatással van. A *stressz* fogalmát ezzel szemben inkább a mindennapi életben aktuálisan átélt, a hétköznappal együtt járó kihívásokra, testi és lelki megterhelésekre használjuk. Ebbe a fogalomkörbe tartozik még a *negatív életesemények* és a *kritikus események* fogalma is. Míg az előbbi olyan veszteségekre, nehéz élethelyzetekre vonatkozik, amelyek bármikor, bárkivel megtörténhetnek (pl. betegség, munkanélküliség, gyász, stb.), addig az utóbbit inkább olyan, hirtelen bekövetkező, az életet közvetlenül fenyegető történések (természeti katasztrófa, terrortámadás) kapcsán szokták említeni, amely mindenképpen meghaladja az egyén adaptív megküzdési kapacitását. Mind a múltban átélt trauma, mind a jelenben fenyegető stresszor, legyen akár negatív életesemény vagy kritikus esemény lélektani krízisállapot kialakulásához vezethet. Ugyanakkor fontos, hogy a krízist indukáló jelenben átélt negatív tapasztalat, különösen veszteség, sokszor valamilyen, a múltban átélt vagy transzgenerációs „átörökített”, fel nem dolgozott traumában gyökerezik (vö. vulnerabilitás; időzített krízis). Egzisztenciál-filozófiai szempontból minden trauma a létezésünket kérdőjelezi meg és halandóságunkkal szembesít (vö. Yalom halálszorongás elképzelése). A biztonságérzet a posteriori tapasztalat (Vas, é.n.), a megélt, átélt kapcsolati élmények hozadéka. A pszichés trauma átélésével elvész az egyén biztonságérzete, testi és lelki integritása sérül vagy veszélybe kerül. Az erőszakkal, a halállal való szembesülés során olyan érzéseket él át, amelyek intenzív félelemmel, kiszolgáltatottsággal, kontroll nélküliséggel, a megsemmisüléstől való rettegéssel járnak. Kézdi (1986) szerint a krízis egyik lényegi mozzanatát a trauma ismétlődésétől való rettegés képezi.

A lélektani krízis és a pszichotrauma tünettana, dinamikája tehát sok hasonlóságot mutat. Az időhöz való viszonyuk alapján azonban különválaszthatók (1. ábra). Ez a különválasztás mind az elméleti megértés, mind a gyakorlati munka szempontjából hasznos és fontos.



1. ábra. A trauma, a stressz és a krízis idődimenziója (Csürke, 2005, 52.)

Az elsősorban a trauma hatásaitól szenvedő egyén (pl. poszttraumás stressz zavar) a múlt, míg a lélektani krízis állapotában vergődő egyén a jövő felé fordulva éli meg válságos helyzetét. Trauma következtében tehát a múlt tapasztalata, míg krízisben az aktuális stressz hatására kapcsolódik össze jelen és jövő a negatív elvárásokkal (Csürke, 2005).

2. A lélektani krízis fogalma

A lélektani krízisben átmeneti egyensúlyvesztés és dezorganizáció jellemzi az egyént, aki szokásos problémamegoldó módszereivel képtelen megküzdeni egy adott szituációval, amelynek kimenetele fordulhat radikálisan jóra vagy rosszra. Egyszerre rejti magában a veszélyt és a lehetőséget (B. Erdős, 2009). Bármilyen hirtelen bekövetkező és intenzív változás, függetlenül attól, hogy a helyzet romlását vagy javulását idézi elő, válsághelyzethez vezethet, ami arra készíti a személyt, hogy újraértékelje cselekvési módozatait és gondolkodási sémáit.

A modern kríziselmélet gyökerei többfelé ágaznak; (a) kialakulásban szerepet játszottak a II. világháború sebesültjeivel, túlélőivel szerzett tapasztalatok; (b) később a koreai háború harctéri sebesültjeinek ellátásával kapcsolatos; (c) illetve jelentős lépés volt a természeti katasztrófák kapcsán pszichésen sérült emberek reakciójának vizsgálata, és a számukra nyújtott pszichiátriai elsősegély elveinek kidolgozása. A modern kríziselmélet kialakulásának kezdetét a mentálhigiéné Lindemann 1944-ben megjelent, *„Az akut gyász szimptomatológiája és kezelése”* című híres cikkétől számítja (Hajduska, 2010). Lindemann és munkatársai a gyászfolyamat dinamikájára irányuló kutatásokat végeztek. A Massachusetts Központi Kórházban egy bostoni éjszakai bárban pusztított tűz¹ túlélőivel és az

¹ „A krízis irodalomban coconutbeli tűzként tartják számon azt a tragikus eseményt, amely 1942-ben történt. Az egyik legrégebbi bostoni klub a Coconut Grove nyolcszáz tagja egy sikeres futballmeccset ünnepelt, amikor a hirtelen támadt tűzben ötszáz személy meghalt és még további kétszázat szállítottak kórházba.” (Bakó, 1996, 25.)

elhunytak családtagjaival foglalkoztak pszichoterápiás segítségnyújtás keretei között. Legfontosabb felismerésük az volt, hogy a válsághelyzetben észlelhető érzelmi és viselkedési zavarok nem a patológiás személyiségszerveződés és működés következményei, hanem a megterhelő élethelyzetre adott specifikus reakcióknak kell tekinteni azokat: az egyén nem feltétlenül beteg, hanem átmenetileg a pszichés egyensúlyvesztés jeleit mutatja, olyan tüneteket, amelyek pszichiátriai betegség (depresszió, szorongás) jelei is lehetnének.

Az ötvenes évek elején Caplan integrálta a krízisintervenciós tapasztalatokat kríziselméletté. Érdeme, hogy a kríziselméletet kibővítette a támogató hálózat szerepének leírásával. Terepvizsgálatokkal, a kliens családjának követéses vizsgálatával igazolta, hogy az egyén környezetében lévő természetes segítő források elérhetősége alapvetően befolyásolja, hogyan képes az egyén megküzdenni a megterhelő, traumatikus élethelyzetekkel.

A lélektani krízis klasszikus definíciója is Caplantól (1964) származik, mely szerint a krízis a pszichés egyensúlyvesztés azon rövid időszaka, amikor a külső események hatására kialakult lélektanilag kritikus állapotban a személy kénytelen a veszélyeztető körülményekkel szembenézni, ezek számára aktuálisan mindennél fontosabb problémát jelentenek, de adott időben a veszélyeket sem leküzdni, sem a rendelkezésére álló problémamegoldó eszközökkel megoldani nem tudja. A különböző elméletek a krízis különböző jellemzőit emelik ki. Caplan (1964) a krízisben lévő személy érzelmi felindultságát és pszichés egyensúlyvesztését, valamint a problémamegoldó és coping stratégiák összeomlását hangsúlyozza. Taplin (1971) a krízis állapot kognitív összetevőit emeli ki, nevezetesen azt, hogy a krízishez vezető esemény megsérti a személy önmagára vonatkozó elvárásait, sémáit, illetve, hogy az egyén kognitív térképe nem tudja kezelni az új, dramatikus szituációt. Mások a krízis állapot szubjektív megélése és a környezeti tényezők objektív jellemzői közötti interakciókat hangsúlyozzák (Schulberg és Sheldon, 1968). Narratív pszichológiai szempontból akkor beszélhetünk krízisállapotról, ha az egyén önmagára vonatkozó személyes narratívájában nem képes megfelelő jelentéssel felruházni, az élettörténet folyamatosságába beilleszteni az aktuálisan stresszt jelentő életeseményt, miközben az adott esemény túl fontos jelentéssel bír ahhoz, hogy figyelmen kívül hagyja azt (Ganzevoort, 1994).

Sok ember úgy él át válsághelyzeteket, hogy nem definiálja azokat krízisként, ugyanakkor nincs ember, aki ne élt volna át krízishelyzetet élete során. Minden ember életében kialakulhat dezorganizációval, nagy érzelmi felindultsággal és a korábban adekvátan működő coping stratégiák összeomlásával jellemezhető ún. krízisállapot. A krízisállapot időben korlátozott, Jacobson (1968; 1980) szerint 6-8 hétig tart. A krízis kialakulását rendszerint megelőzi valamilyen konkrét kiváltó esemény. A leggyakoribb krízist provokáló történések a kapcsolati konfliktusok, a pszichológiai értelemben vett tárgyvesztések, gyász, illetve az ún. nagy univerzális vagy visszatérő problematikák, mint a szeparáció-individuáció, a dependencia-autonómia, az aktivitás - passzivitás, az önbecsülés - devalválódás és a megkapaszkodás - leválás ambitendenciái (Auerbach és Kilmann, 1977; Lewis, Gottesman

és Gutstein, 1979). A krízis állapota meghatározott szakaszokon keresztül zajlik: a kiváltó hatás ideje órákban mérhető, ezt követi a megrettenés és nyugtalanság időszaka, amely néhány napig tart. Az új helyzethez való alkalmazkodás heteket vehet igénybe, majd néhány hónap alatt helyre áll az egyensúly.

Pszichopatológiai érelemben a lélektani krízis nem sorolható a betegségekhez, a krízisek többsége nem kerül a szokványos szakellátás diagnosztikus rendszerébe. A válsághelyzet tehát nem betegség, de betegséget okozhat (Kézdi, 1995). A lélektani krízis valamely korábbi, viszonylagos egyensúlyi állapot felborulását jelenti, ami magában hordozza egy új egyensúlyi állapot elérésének lehetőségét (kreatív krízis), de a személyiség felbomlása, kóros reakciók (pszichotikus regresszió, öngyilkosság) is bekövetkezhetnek. A provokáló tényező hatására a személyiségben készenléti állapot alakul ki. A fokozódó szorongás hatására a meglévő problémamegoldó eszközök maximális mozgósítása történik. Ha a probléma túl nagy, vagy a megoldási lehetőség meghaladja a személy problémamegoldó eszközeinek lehetőségeit, a megoldási kísérlet nem vezet eredményre. Ebben az esetben a személyben tovább nő a feszültség, ami a probléma megoldására irányuló újabb próbálkozáshoz vezet. Az eredményes, konstruktív probléma megoldás ezen a ponton a személyiség lényeges fejlődéséhez vezethet. Ha a probléma megoldása sikertelen, a feszültség további fokozódása történik. A korábbi eredménytelen megoldási kísérletek mintegy „önálló életre” kelnek és már inkább súlyosbítják a helyzetet. A krónikus ineffektív probléma megoldás következtében a személyiség alkalmazkodóképessége kimerül, és megindulhat a személyiség felbomlása. A krízishelyzet jó vagy rossz kimenetele számtalan tényező függvénye, köztük van a kiváltó esemény súlyossága, a személy erőforrásai (pl. én-erő, vulnerabilitás, korábbi krízishelyzetek megoldásai), illetve a személy társas támogatottsága, szociális helyzete (Slaikau, 1984; 1990).

3. A krízisek fajtái

3.1. Az akcidentális krízis

Külső stresszorok, váratlanul, hirtelen fellépő provokatív tényezők hatására létrejövő kríziseket nevezük akcidentális kríziseknek. Holmes (1967) a Szociális Alkalmazkodási Skála összeállításával vizsgálta és állította sorrendbe azokat az életeseeményeket, amelyek az akcidentális krízisek kialakulása szempontjából a legjelentősebbek. Eredményei szerint a legtöbbször krízist provokáló negatív életeseemények a házastárs halála, a válás, fogság, közeli hozzátartozó halála, illetve súlyos betegség vagy baleset. Fontos kiemelni, hogy a lista elején szerepelnek még olyan életeseemények is, mint a házasság, várandósság, gyermekszületés, ünnepek vagy szabadság. Ezen események - függetlenül pozitív vagy negatív előjelüktől - a személyiség relatív egyensúlyi állapotának felborításával válhatnak bizonyos esetekben (pl. krízismátrix ld. alább) stresszel teli, krízist provokáló helyzetekké.

A Szociális Alkalmazkodási Skála segítségével megbecsülhető egy adott életrészekben a krízis kialakulásának, illetve bizonyos pszichés vagy pszichoszomatikus betegségek megjelenésének valószínűsége.

3.2. A fejlődési vagy normatív krízis

A legújabb pszichológiai elméletek szerint az egyéni életút folyamatos fejlődést jelent. Erikson (1991) epigenetikus személyiségfejlődési modellje ennek megfelelően élethosszig követi végig a személyiségfejlődést, a fejlődési szintek és feladatok egymásba való átalakulását. Erikson ezeket a váltásokat fejlődési vagy pszichoszociális krízisnek nevezi. A fejlődési krízis olyan, viszonylag hosszabb időszak (pl. serdülőkor, menopausa, stb.), amely során, az élet más szakaszaihoz viszonyítva gyorsabban jelennek meg a fejlődésben törvényszerűen jelentkező testi és lelki változások. Ezen pszichoszociális krízisek pozitív megoldása szolgál alapul az érett és teljes identitás eléréséhez. Az életciklusok közötti sikeres váltásokhoz az életkorspecifikus problémák hatékony kezelése szükséges. Ha a fejlődés valamelyik szakaszában nagyobb elakadás történik (különös tekintettel a serdülőkorra), akkor az nem csak aktuálisan, hanem hosszabb távon is a fejlődés akadályát jelentheti. Az eriksoni személyiségfejlődési modell, pszichoszociális megalapozottságából adódóan magába foglalja az egyén megküzdési módjait meghatározó pszichológiai aspektusok mellett, azok antropológiai és kulturális sajátosságait is, melyek a krízisek megoldása szempontjából is jelentőséggel bírnak. Az érett identitás ebben az értelemben egy sikeres integrációs folyamat eredménye, amely egyrészt a személyes önazonosság, másrészt az élettörténet folyamatosságának érzését jelenti (Révész, 2007). Erikson összesen nyolc szakaszt ír le, amelyek szigorú sorrend szerint, egymásra épülve, egymásból kiemelkedve építik az identitást, gazdagítják az egyén megküzdési kapacitását, szervezik újjá a személyiséget. Az egyes fejlődési szakaszok fókuszában más és más fejlődési feladat, tulajdonképpen krízis áll, mely sikeres megoldása a következő szakaszba lépés feltétele. Az alábbi táblázat az eriksoni nyolc fejlődési krízist, illetve azok megoldásának pozitív „hozzadékát” foglalja össze (1. táblázat).

Szakasz	Krízis	Kedvező kimenetel/életerő
Csecsemőkor	Bizalom – bizalmatlanság	Bizalom, optimizmus/remény, hit
Kisgyermekkor	Autonómia – szégyen, kétely	Önkontroll/akaraterő
Óvodáskor	Kezdeményezés – bűntudat	Tervezés és megvalósítás/célelés
Kisiskoláskor	Teljesítmény – kisebbségszorongás	Intellektuális és szociális kompetencia/hatékonyosság

Szakasz	Krízis	Kedvező kimenetel/életerő
Serdülőkor	Identitás – szerepdiffúzió	Önazonosság/hűség
Fiatal felnőttkor	Intimitás – izoláció	Elkötelezettség/szeretet, szerelem
Érett felnőttkor	Alkotás – stagnálás	Törődés/gondoskodás
Időskor	Integritás – kétségbeesés	Lelkesség, elégedettség/bölcsesség

1. táblázat. Az eriksoni fejlődési szakaszok és azokhoz kapcsolódó krízisek
(Forrás: saját szerkesztés)

Az eriksoni értelemben vett valódi krízis a perszonális identitás krízise; identifikáció az idomulással szemben, melynek klasszikus példája Saulus története a damaszkuszi országúton (Kézdi, 1988).

3.3. A krízismátrix

A krízismátrix modelljét Jacobson (1979) vezette be a pszichológiai gondolkodásba. A modell szerint olyan hosszabb ideig, akár évekig is fennálló, hullámzó lefutású, instabil lelki állapotról van szó, amikor a fejlődési és az akcidentális krízis egyidőben, mintegy egymásra vetülve jelentkezik, ami fokozott sérülékenységet, veszélyeztetettséget jelent az egyén számára. Pszichopatológiai szempontból különösen veszélyes az a folyamat, amikor a pszichoszociális krízis és a különböző élethelyzeti stresszorok és veszteségek okozta válság egyszerre terhelik meg a személyiség működését. Amikor a fejlődési krízis már önmagában túlzottan nagy kihívás elé állítja, esetleg kimeríti az egyén rendelkezésére álló megküzdési kapacitást, olyankor akár jelentéktelennek tűnő környezeti tényező is nagyobb pszichés egyensúlyvesztést okozhat és megnő a veszélye a krízis valamilyen ineffektív megoldásának. Bizonyos életszakaszok, mint a serdülőkor, az életközép, vagy az időskor különösen veszélyeztetettek ebből a szempontból. Az ezekben az életszakaszokban lévő krízis-kliensek gyakrabban mutatnak súlyosabb pszichopatológiai tüneteket, öndesztuktív magatartásformákat, maladaptív coping mintázatot (Csorba és mtsai, 2003; Csorba, Szélesné, Steiner, Farkas és Németh, 2005; Osváth, 2012). Ezt tükrözik azok a kutatási eredmények is többek között, amelyek az öngyilkossági kísérletek életkor szerinti megoszlását vizsgálták. A vizsgálatok szerint három korcsoportban, a 15-19 évesek, a 40-44 évesek, valamint a 85-90 évesek csoportjaiban mutat jelentős emelkedést az öngyilkossági kísérletek száma (Vörös, Osváth és Fekete, 2004).

3.4. A serdülőkor, mint krízis

Az érett felnőtt identitás kialakítása, vagyis a felnőtté válás szempontjából legkritikusabb időszak a serdülőkor, a serdülőkori szomatikus és pszichés fejlődés. Serdülőkorban az identitás alakulása a diffúz identitás felől az érett, elért identitás irányába kell, haladjon, vagyis az identitásképzés egy folyamat, amely sokszor a felnőttkorba is belenyúlik. Erikson (1991) az identitás vs. szerepkonfúzió kríziseként határozza meg ezt a fejlődési szakaszt. A gyermek, illetve a serdülő vágyainak, vélekedéseinek, szerepeinek összhangba kell kerülniük a felnőtt világ normáival, integrálnia kell a korábbi szakaszok identitáselemeit, mégpedig úgy, hogy az egyéni és szociális identitás meg tudjon felelni egymásnak. Vagyis a serdülő alakuló identitása illeszkedjen a társadalom által felkínált szereplehetőségekhez. Ebben a szakaszban számtalan fejlődési „feladatot” (a családtól való érzelmi függetlenség; a nemi szereppel való azonosulás; felnőtt társadalmi szerepvállalás) kell a serdülőnek megoldania, olyan döntéseket kell meghozniuk, amelyek egyrészt hosszú távon befolyásolhatják életüket, másrészt éppen ezért, jelentősen megterhelhetik a személyiség még éretlen és kialakulatlan megküzdő kapacitását. Az identitás elemek harmonikus integrációja és így a normatív krízis sikeres megoldása képezi az alapját a későbbiekben adaptívan működő coping mechanizmusok rendszerének. Az átélt kapcsolati kudarcok és veszteségek az önértékelés sérülékenységevel együtt vezethetnek pszichopatológiai tünetekhez, krízisállapot kialakulásához. Serdülők között leggyakrabban depressziós és szorongásos tüneteket, nagyfokú regressziót, alkohol vagy drogabúzust, „acting-out típusú” viselkedészavarokat (csavargás, agresszió, önsértések) találunk. A serdülőkori krízis gyakori és egyben legsúlyosabb következménye az öngyilkos magatartás, suicid ideációk illetve – az elsősorban feszültséglevezetést szolgáló – önsértő viselkedés, skarifikáció. A halálokok között a serdülőkorban második-harmadik helyen említi a szakirodalom az öngyilkos halálózást, míg az öngyilkossági kísérletek száma a befejezett öngyilkosságok 50-100 szorosa is lehet (Osváth, 2012). A serdülőkori öngyilkos viselkedésben különösen fontos szerephez jut az ilyen jellegű cselekedetek segélykérő, kommunikatív funkciója (Gyenge, 2000; 2009), illetve a viselkedés hátterében a környezeti (akár az internet által közvetített) modellhatások (Fekete és Osváth, 2004). Serdülőkorú fiatalokra különösen jellemző, hogy „az öngyilkos nem meghalni szeretne, hanem máshogyan élni”, és szinte mindig megelőzi a kísérletet a segélykérés („cry for help”) több, speciálisan a serdülőkre jellemző formája (Gyenge, 2000). Amellett, hogy a még fejlődésben lévő személyiségű gyermekek és serdülők fokozottan érzékenyek és sérülékenyek mind a környezeti, mind az intrapszichés történésekre, fokozott a kompenzációs hajlamuk is, vagyis a veszélyeztető hatásokhoz sokszor gyorsan és adaptívan képesek alkalmazkodni. Így azok bár nem feltétlenül okoznak aktuálisan súlyos pszichés zavart, hosszú távon mégis befolyásolják a személyiségfejlődést. A krízisben lévő, problémás viselkedést, tüneteket mutató, öngyilkossági fantáziákról, tervekről beszélő serdülők kezelésében kiemelten fontos a krízis és az öngyilkossági veszély felismerése és minden esetben megfelelő szakmai értékelé-

se. A rizikó és protektív tényezők számbavétele (pl. primer és kortárskapcsolatok, életesemények, modellhatások, egyéb pszichiátriai és szomatikus betegségek, fogytékosság, stb.) segíthet az öngyilkossági veszély súlyosságának megítélésében.

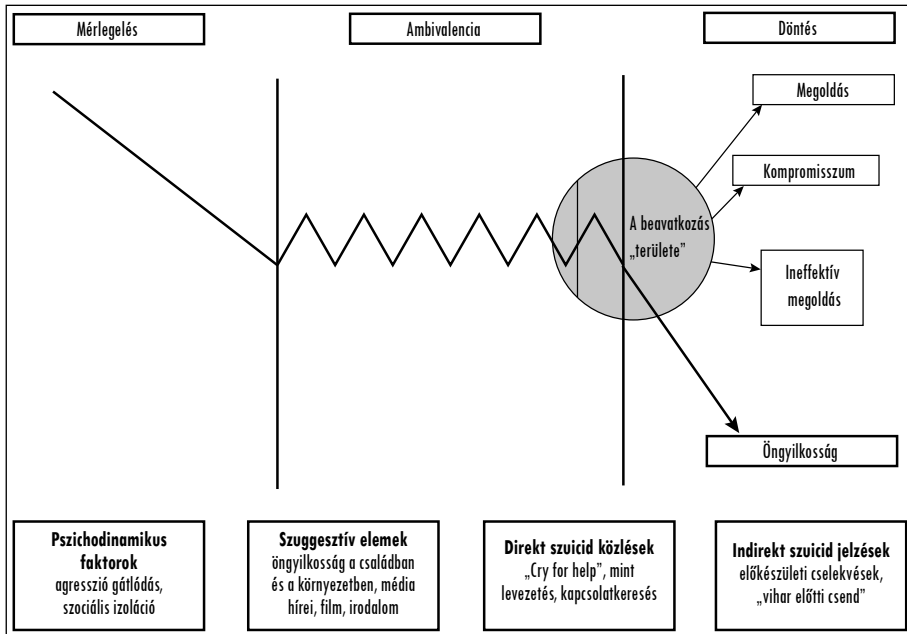
4. A krízis dinamikája, lefolyása

A lélektani krízis időtartama korlátozott, lefolyása, dinamikája bizonyos szabályszerűségeket követ, jellegzetes szakaszokkal és kimenetellel írható le.

Shneidman (1998) - akit napjainkban is a modern szuicidológia atyjának tartanak (Leenaars, 2010) - tíz pontban gyűjtötte össze az öngyilkossági krízisek dinamikus jellemzőit, közös okokat, lefolyásukat, kimenetelük sajátosságait.

- I. Minden szuicidiumban közös ok a megoldáskeresés: az öngyilkosságot elkövető személy megoldást keres egy számára intenzív szenvedést okozó problémára.
- II. Minden szuicidiumban közös cél a tudatosság felfüggesztése: az öngyilkosságot elkövető személy elgyötört elméje a tudatosság megszüntetését látja a szenvedés végéhez vezető egyetlen útnak.
- III. Minden szuicidiumban közös inger az elviselhetetlen lelki fájdalom: Shneidman „pszichokínnak” (psychache) nevezi az elviselhetetlen érzelmet, a kibírhatatlan fájdalmat és gyötrelmet.
- IV. Minden szuicidiumban közös stresszor a frusztrált pszichológiai szükséglet: az öngyilkosságot elkövető személyt a kielégítetlen pszichológiai szükségletek (teljesítmény, elfogadás, stb.) sodorják az öndestrukciónak irányába.
- V. Minden szuicidiumban közös érzélem a reménytelenség és a tehetetlenség: az öngyilkosságot elkövető személy a végtelenségig csüggedtnek, menthetetlennek érzi magát.
- VI. Minden szuicidiumban közös belső attitűd az ambivalencia: az öngyilkosságot elkövető személy egyszerre akar meghalni és ugyanakkor vágyik rá, hogy megmentse.
- VII. Minden szuicidiumban közös kogníció a beszűkültség: az öngyilkosságot elkövető személy elméje tévesen csak két lehetőséget lát – vagy a szenvedés folytatását vagy a halált.
- VIII. Minden szuicidiumban közös motívum a menekülés: Shneidman szerint az öngyilkosság a „végső menekülés”, ami mellett elszökni otthonról, kilépni a munkahelyről vagy elhagyni a házastársat csupán gyenge kísérletek.
- IX. Minden szuicidiumban közös interperszonális aktus a szándék kommunikációja: sok öngyilkosságot elkövetni készülő személy ad jeleket szándékáról, jelzi kimerültségét, tehetetlenségét vagy könyörög segítségért.
- X. Minden szuicidiumban közös megnyilvánulás a tartósan rögzült megoldási minták jelenléte: a személy, aki már a múltban is hajlamos volt a fekete-fehér gondolkodásra, a realitástól való eltávolodásra, a dolgok feladására, illetve kontrollálására valószínűleg krízis helyzetekben is ekképpen fog cselekedni.

A krízis dinamikájának folyamat jellegét, illetve a szuicid cselekmény előtti időszak intrapszichés változásait szemlélteti Pöldinger (1968, id. Csürke, Vörös, Osváth és Árkovits, 2009) (2. ábra). A modell szerint a helyzet mérlegelését követi az ambivalencia időszaka, majd a kimenetre vonatkozó döntés. A folyamat alakulását egyaránt befolyásolják egyéni pszichodinamikus, és környezeti, illetve interperszinális tényezők.



2. ábra. A krízis dinamikája (Forrás: Csürke és mtsai, 2009, 15.)

4.1. A krízis szakaszai

A külső provokatív tényező hatására kialakuló akcidentális krízisek lefutásában négy, többé-kevésbé jól elkülöníthető szakaszt tudunk megkülönböztetni.

Az *első szakaszban* a stressz hatására egy fokozott éberséggel, de egyben fokozott szorongással is járó készenléti állapot alakul ki. A korábbi tapasztalok alapján bevált és működő, így könnyen rendelkezésre álló problémamegoldó és megküzdési stratégiák mozgósítása kezdődik. A szokásos módszerek alkalmazásával ekkor még könnyen helyre állhat a személy megbomlott érzelmi és kognitív egyensúlya. Ez történik a mindennapokban is, amikor egy váratlan szituációval, új problémával, konfliktussal kerülünk szembe és sikeresen megoldjuk azt.

Ha a korábbi problémamegoldó módszerek nem vezetnek eredményre, akkor kerül az egyén a krízishez vezető út *második szakaszába*. A feszültség és szorongás-érzés egyre fokozódik, a probléma megoldásához aktív erőfeszítésre van szükség. Elkezdődik egyfajta beszűkülés, amikor az egyén csak adott problémával foglalkozik, minden idejét, energiáját ennek megoldása köti le. Úgynevezett „próba-hiba”

típusú megoldáskeresés történik (Csürke és mtsai, 2009), tulajdonképpen korlátlan számú próbálkozás lehetséges, mert ha csak egy is eredményes, az lényeges fejlődést jelenthet a személyiségben. Ha a próbálkozás nem vezet eredményre, akkor a helyzet konstruktív megoldása helyett az egyén kapkodása, bizonytalanságának, szorongásának fokozódása történik.

A *harmadik szakasz* egyfajta moratórium. Bár a személy még aktívan, újabb és újabb eszközökkel igyekszik úrrá lenni a problémán, a korábbi sikertelen próbálkozások mintegy „önálló életre” kelnek és már inkább hátráltatják, bizonyos esetekben súlyosbítják a helyzet megoldását. A krízishelyzet ekkor azonban még megoldódhat. Ha a külső körülményekben változás történik, esetleg az egyén átértékeli a helyzetet, módosítja eredeti célját, akkor jó eséllyel találhat még megoldást problémájára.

A *negyedik szakasz* a pszichés összeomlás fázisa. A személy alkalmazkodóképessége végleg kimerül és megindul a személyiségstruktúra felbomlása. Pillanatnyi ötletbetörések, impulzusok irányítják az egyén cselekedeteit, elvesz a realitáskontroll, teljessé válik a problémára való beszűkülés. Gyakoriak az öndestruktív, szuicid késztetések és cselekedetek. A kialakuló mély regresszióban a személyiség reparatív erői nem képesek a felborult egyensúlyt helyreállítani és bekövetkezik a teljes pszichotikus dekompenzáció.

4.2. A krízis kimenetele

A szakirodalom a lélektani krízis négyféle lehetséges kimenetelét különbözteti meg (Balikó, 1990).

- I. A legkedvezőbb kimenetel a krízis *megoldása*, amikor a veszélyt jelentő kiváltó tényező spontán elhárul, vagy a személy külső, illetve belső erőforrások mozgósításával, esetleg kisebb-nagyobb segítség igénybevételével megoldja a helyzetet. Minden ilyen esetben a krízis gazdagítja az egyén problémamegoldó stratégiáinak tárházát, segíti a személyiséget egy magasabb integrációs szintre lépni (vö. Erikson). A krízist követően, az ismételt egyensúlyi helyzet megteremtésével megvalósuló érési folyamatot kreatív krízisként tartja számon a szakirodalom.
- II. Kevésbé hatékony megoldást jelent a *kompromisszum*, amikor az egyén egy olyan élethelyzethez próbál alkalmazkodni, amelynek értékrendjével nem tud azonosulni, amely számára korábban elfogadhatatlan volt (pl. párkapcsolati hűtlenség). Ilyenkor sem a személyiségben, sem a környezetben nem történik jelentősebb változás sem pozitív, sem negatív irányba. Az ismétlődő, az eredeti értékeket újra és újra megkérdőjelező döntéskényszer következtében újabb és újabb krízisállapotok kialakulására van esély.
- III. A lélektani krízis *ineffektív megoldásai* lehetnek a különböző pszichoszomatikus tünetek megjelenése, az alkohol vagy drogabúzus. Ezen viselkedések tulajdonképpen „prolongált szuicidiumnak” tekinthetők (Kézdi, 1995), hiszen az egyén többnyire tisztában van függőségének potenciálisan végzetes

kimenetelével. A krízis illetően megoldásában a maladaptív coping stratégiák, éretlen elhárítások (tagadás, projekciók) túlsúlya lesz jellemző és egyben megnő a különböző pszichiátriai betegségek kialakulásának kockázata is. Valójában krónikussá váló krízishelyzetről beszélhetünk.

IV. A krízisek legrosszabb kimenetele a *pszichés összeomlás* állapota. Ekkor a személyiség súlyos dezorganizációja történik, mely folyamat gyakran pszichotikus regresszióhoz vagy öngyilkossághoz vezet. A krízis kiváltotta helyzet uralhatatlan, dezintegrációs szorongást indukál az egyénben, ami végső soron a szelfstruktúra összeomlását eredményezi.

5. A krízis pszichopatológiai „leltára”

A lélektani krízisben nagyfokú *regresszió* jellemzi az egyént. A szelfszabályozás alacsony szinten működik, az elhárítások és megküzdések éretlen formájukban jelennek meg, gyakran projektív, disszociatív módon. A személyiség *beszűkültsége* figyelhető meg minden szinten, így a figyelem, a gondolkodás, az érzelmek és a viselkedés területén. A krízisben lévő személy *gondolkodására* a nagyfokú ambivalencia, tagadás, önvádolás, bűntudat jellemző. Énképében, önértékelésében a negatív sémák dominálnak. Gyakoriak a szuicid ideációk, készletések, tervek. Krízisben az egyén *hangulata* deprimált, érzelmi inkontinencia, emocionális labilitás jellemzik, gyakori sírési kényszerek mellett. Agitáltság, impulzív reakciók gyakrabban előfordulnak. Az általános *szorongásszint* megemelkedik, feszültségérzésről, szubjektív nyugtalanságról számolnak be krízisben lévő kliensek. Az *ösztonkésztetések* működése megváltozik, az étvágy és a libidó általában csökken. Mind elalvási, mind átalvási zavarok gyakran előfordulnak. Krízisben a *pszichomotorium* meglassult, gyakran gátolt, jellemző a motivátlanság, az alacsony energiaszint, valamint az ambitendencia. Krízisállapotban leggyakrabban pánikszerű *testi tünetek* jelentkeznek: szívdobogásérzés, zsibbadás, hasi panaszok, torokszorítás, nehézlégzés.

6. A krízisben lévő ember pszichológiai jellemzői

- I. A krízisben lévő ember többi emberhez fűződő kapcsolata megváltozik. Másokat annak függvényében ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget.
- II. A krízisben lévő ember tájékozódó rendszere összeomlik. A válságban lévő embernek nincs önmagára vonatkozó jövőképe, elveszti kapcsolatát a múlttal, nem képes tájékozódni a jelenben.
- III. A krízisben lévő ember, bár sok mindent tud a problémáról, de ismereteit nem tudja rendszerezni, átgondolni, így problémamegoldó rendszere nem fog hatékonyan működni.
- IV. A krízisben lévő ember figyelme elsősorban a problémára irányul, sokszor a „nagy problémán” belül annak valamely apró részletére.

- V. A krízisben lévő ember furcsán kevert benyomást kelt, olyan emberét, aki a krízishelyzeten, annak magyarázatán, megoldásán tűnődik, ugyanakkor elgyötört, félelmek, szorongások kínozzák.
- VI. A krízisben lévő ember saját érzelmi reakcióit csak kismértékben képes kézben tartani, kontrollálni, rendkívül impulzív, szélsőséges.
- VII. A krízisben lévő ember mindennapi tevékenysége alacsony hatásfokú.

Irodalom

- Auerbach, S. M., Kilmann, P. R. (1977). Crisis intervention: A review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 84(6), 1189-1217.
- B. Erdős M. (2009). Veszély és lehetőség. In Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A. (Szerk.), „*Mindennapi kríziseink*” – *A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*, Budapest: Oriold és társai Kiadó, 71-81.
- Bakó T. (1996). *Verem mélyén. Könyv a krízisről*. Budapest: Cserépfalvi.
- Balikó M. (1990). *Tele/pszicho/fon – Az öngyilkosság-megelőzés lehetőségei telefonon át*. Magyar Pszichiátriai Társaság. Budapest: Animula könyvek.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Csorba J., Rozsa S., Gadoros J., Vetro A., Kaczvinszky E., Sarungi E., Makra, J., Kapornay K. (2003). Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. *JAD*, 74, 229-36.
- Csorba, J., Szélesné, E. F., Steiner, P., Farkas, L., Németh, A. (2005). Önsértő magatartású serdülők tüneti jellegzetességei. *Psychiatria Hungarica*, 20, 456-62.
- Csürke J. (2005). *A lótszevő eszmélése. A lélektani krízis promóciós aspektusa*. Doktori Értekezés. PTE Pszichológia Doktori Iskola. Pécs.
- Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (2009). A lélektani krízis elméleti háttere. In Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.), „*Mindennapi kríziseink*” – *A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest: Oriold és társai Kiadó, 9-26.
- Erikson, E. (1991). *A fiatal Luther és más írások*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Fekete S., Osváth P. (2004). *Az öngyilkosság – Az örökléstől a kultúráig*. Pécs: Pro Pannonia Kiadó.
- Freud, S. (1989). *Önéletrajzi vázlatok*. Budapest: Cserépfalvi.
- Ganzevoort, R. R. (1994). Crisis experiences and the development of belief and unbelief. In Hutsebaut, D. és Corveleyn, J. (Szerk.), *Belief and unbelief; psychological perspectives*. Amsterdam: Rodopi 21-36. Letöltés helye: http://www.ruardganzevoort.nl/pdf/1994_Crisis.pdf. Letöltés ideje: 2014. 05. 02.
- Gyenge E. (2000). Öngyilkossági krízisek kommunikációs sajátosságai serdülőkorban. In Kelemen G. (Szerk.), *Teledialógus*. Pécs: Pannónia Könyvek, 133-40.
- Gyenge E. (2009). Krízisek gyermek- és serdülőkorban. In Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.), „*Mindennapi kríziseink*” – *A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 171-186.

- Hajduska M. (2010). *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hamvas, B. (1963/2013). *Világválság. Válogatás Hamvas Béla folyóiratokban megjelent írásából*. Budapest: Hamvas Intézet.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Jacobson, G. F., Strickler, M, és Morley, W. E. (1968). Generic and individual approaches to crisis intervention. *Am J Public Health Nations Health*. Letöltés helye: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1228161/pdf/amjphnation-00058-0126.pdf>. Letöltés dátuma: 2014.05.02.
- Jacobson, G. F. (1979). Crisis-oriented therapy. *Psychiatry of North America*, 2, 39-54.
- Jacobson, G. F. (1980). Crisis Theory. *New Directions for Mental Health Services*, 6, 1-10.
- Kézdi, B. (1986). Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In Buda, B., Füredi, J. (Szerk.), *Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából*. Budapest: Animula, 99-113.
- Kézdi B.(1988). Tagadás és öngyilkosság. *Psychiatria Hungarica*, 3, 15-23.
- Kézdi B. (1995). *A negatív kód Kultúra és öngyilkosság*. Pécs: Pannónia Könyvek.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*; 1: 5-18. Letöltés helye: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>. Letöltés dátuma: 2014. 05. 02.
- Lewis, M. S., Gottesman, D., Gutstein, S. (1979). The course and duration of crisis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), 128-134.
- Osváth P. (2012). Az életciklus-krízisek jelentősége: pszichopatológia és öngyilkos magatartás. *Neuropsychopharmacol Hung.*, 14(4), 266-272.
- Révész Gy. (2007). Személyiség, társadalom, kultúra – a pszichoszociális fejlődés erikson-i koncepciója. In Gyöngyösiné Kiss E., Oláh A. (Szerk.), *Vázlatok a személyiségről. A személyiséglélektan alapvető irányzatainak tükrében*. Budapest, Új Mandátum. 224-243.
- Schulberg, H. C., Sheldon, A. (1968). The Probability of Crisis and Strategies for Preventive Intervention. *Arch Gen Psychiatry*, 18(5), 553-558.
- Shneidman, E. (1998). *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press.
- Slaikue, K. A. (1984, 1990). *Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*. Boston, Massachusetts: A Pearson Education Company.
- Taplin, J. R. (1971). Crisis theory: Critique and reformulation. *Community Ment Health J.*, 7(1), 13-23.
- Tóth I. J. (2012). Válság és válságtudat. *Létünk*, (3), 20-27.
- Vas J. P. (é.n.). *Szimbólumok a hipnoterápiában*. MHE TB oktatási anyag, belső használatra.
- Vörös V., Osváth P., Fekete S. (2004). Nemi különbségek a szuicid viselkedésben. *Neuropsychopharmacol Hung.* 6, 65-71.

BERECZKI ÉVA

A KRÍZISKEZELÉS PSZICHOTERÁPIÁS SZEMPONTJAI

A fejezet célja a kríziskezelés pszichoterápiás szempontjainak általános áttekintése, a kialakulás rövid történetétől a gyakorlati szempontokig. A gyász, a trauma és az öngyilkosság krízisének speciális kezelését e könyv más fejezetei tárgyalják. Itt azokról az általános szempontokról lesz szó, melyek egy válsághelyzetben lévő egyén segítése, kezelése kapcsán felmerülnek, függetlenül a krízis fajtájától. Tudjuk, hogy egy veszteségélmény, gyász vagy trauma krízisállapothoz vezethet, a krízisállapot pedig öngyilkossághoz. De nem minden gyász vagy trauma okoz krízisállapotot. A krízishelyzet a személyiséget veszélyeztető állapot, de egyben lehetőség a fejlődésre is. A kínai nyelvben a krízis szónak kettős jelentése van, a veszély és a lehetőség szimbólumát együttesen tükrözi (Telkes, 1989). Ebben a fejezetben mindkét kimeneteli lehetőséget számba vesszük: a krízis destruktív, patológiás állapotot előidéző mechanizmusát, valamint a „kreatív” krízist, amikor a személyiség képes a válsághelyzet pozitív, fejlődésre inspiráló, esetleg alkotói megoldására.

1. A kríziskezelés kialakulása, a kezdetek

A kríziskezelés és a krízissel foglalkozó lélektan a gyászreakciók megfigyelésével indult. Az egyén pszichológiájának szemszögéből Freud kezdte vizsgálni a gyászt. 1917-es Gyász és Melankólia című tanulmányában a gyász fogalmát a veszteség különböző formáira adott reagálásként határozta meg és a következő klinikai jellemzőket írta le: 1. nagyon mély, fájdalmas csüggedés vagy levertség, 2. annak a képességnek az elvesztése, hogy az érintett elfogadjon egy új, másik örömforrást, 3. elfordulás azoktól a tevékenységektől, amelyek nincsenek kapcsolatban az elvesztett személlyel kapcsolatos gondolatokkal, 4. az érdeklődés elvesztése a külső világgal szemben.

Társadalmi szempontból az I. és II. világháború időszakában, illetve azt követően bontakozott ki a krízis kutatása. Megfigyelték, hogy azok a háborút megjárt katonák, akik azonnali lelki segítséget kaptak traumatizációjukra, gyorsabban és kevesebb maradandó pszichés tünettől gyógyultak, mint azok, akik nem kaptak semmilyen pszichés támogatást. Jelentős lépés volt a kríziskoncepció megfogalmazása tekintetében a természeti csapások kapcsán pszichésen sérült emberek reakciójának vizsgálata, és a számukra nyújtott pszichiátriai elsősegély szervezési elveinek kidolgozása.

Ugyanebben az időszakban Lindemann (1944, id. Bakó, 2004) egy bostoni bárban történt, több száz halálos áldozatot követelő tüzeset kapcsán az elhunytak hozzátartozóinak gyászreakcióit vizsgálta és figyelt meg rövid illetve abnormálisan elhúzódó reakciókat. Feltételezte, hogy a stresszhelyzetek csak azok számára válnak válsághelyzetté, akik személyiségüknel vagy korábbi tapasztalataiknál fogva nem bírják elviselni a túlzott mértékű terhelést. Lindemann a gyászreakciókkal kapcsolatos kutatásai során továbblépett a freudi téziseken és a krízis megelőzéséhez tett javaslataival egy olyan fogalmi rendszer kiépítéséhez járult hozzá, mely később a krízisintervenció módszerek kialakulásához vezetett. Lindemann érdeme az a felismerés is, hogy a krízisben lévő ember nem feltétlenül beteg, hanem átmenetileg mutatja az egyensúlyvesztés jeleit, amelyeket egyébként a pszichiátriai betegségek tüneteiként szoktunk értékelni (szorongás, depresszió, álmatlanság, nyugtalanság, gátoltság stb.). További kutatásaiban felismerte, hogy a normális és patológiás gyászreakciók mellett – egyes esetekben – regresszív reakciók is megfigyelhetők, például súlyos depresszió, öngyilkosság (Davanloo, 1992). Az 1950-es és 1960-as években Shneidman és Farberow, Caplan, Jacobson és Erikson kutatásai nyomán született meg a krízis modernebb koncepciója (Kézdi, 1995, id. Vörös, Osváth, Csürke és Árkovics, 2009/a). Caplan (1964, id. Bakó, 2004) – akit a kríziselmélet megalkotójának is tartanak – definiálta a krízishelyzet mibenlétét és integrálta a korábbi krízisintervenció tapasztalatokat egy máig is érvényes kríziselméletté, amely hamarosan a pszichiátriai prevenció általánosan elfogadott központi elvévé vált. Hangsúlyozta a támogató szolgálat fontosságát, tapasztalatai alapján pedig kifejlesztette az egyéni és csoportfejlődés szempontjából a válság-időszakok fontosságának koncepcióját. Az 1970-es évektől Bellak, Sifneos, Ellis, Davanloo és Golan írták le először a krízisintervenció és a krízis rövidterápiás módszertanát (Vörös és mtsai, 2009/a).

Az 1960-as évektől kezdve a krízisterápiák két fő irányzatát különböztetik meg (Vörös és mtsai, 2009/a). Az egyik, amely a kognitív és viselkedéses elemeket hangsúlyozza a krízisintervencióban, s főként az adaptív megküzdési és maladaptív stratégiákra koncentrál. A terápia a belső erőforrások mozgósításán, a probléma- és cselekvésorientált szemléleten alapul. Ennek az irányzatnak egyik legjelentősebb képviselője Golan (1978). A másik irányzat képviselői Davanloo és Sifneos (1992), akik a krízis individuális, pszichodinamikai okait hangsúlyozzák a korai tapasztalatok következtében, és a belső erőforrásokat mozgósítva kezelik a krízisállapotot. A krízisintervencióban felszínre került korábbi traumák vagy karakterszintű deficitek korrekcióját további, rövid dinamikus pszichoterápia keretein belül igyekeznek megoldani.

Az 1950-es évektől kezdve sorra nyíltak krízisintervenció központok világszerte: 1958-ban New Yorkban létrejött egy Problémaelhárító Klinika, 1962-ben nyílt meg az azóta világhírűvé vált Benjamin Rush Center, ahol Gerald F. Jacobson vezetésével azonnali krízisellátást biztosítottak olyan hátrányos helyzetű személyek számára, akik korábban ki voltak rekesztve a pszichoterápiás kezeléssel dolgozó intézmények juttatásaiból. Ebben az időben Los Angelesben is megnyílt

egy Krízisintervenciós Központ. A hatvanas évektől kezdve azután mindenütt elterjedtek a „drop-in centerek”, a telefonos lelki elsősegélyt nyújtó és öngyilkosság-megelőző szolgálatok. Magyarországon 1983-ban jött létre Csiszér Nóra és Fűri Anna irányításával az első krízisintervenciós osztály (Csiszér és Fűri, 1985).

A természeti katasztrófákra, tömegszerencsétlenségekre, balesetekre, terrortámadásokra, vagyis a tömeges áldozatot követelő helyzetekre dolgozták ki a kritikus esemény stressz menedzsment módszert (Critical Incident Stress Management, CISM) (Flannery és Everly, 2000, id. Vörös és mtsai, 2009/a), melyet a sürgősségi mentális ellátásban alkalmaznak (Emergency Mental Health, EMH) az akut stressz zavar (ASD) és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) megelőzése céljából. A CISM egy átfogó kríziskezelő rendszer, amely több krízisterápiás technikát foglal magában, úgy, mint az egyéni krízisintervenció, a csoportos foglalkozások, az edukációs programok és az után követésen alapuló beavatkozási stratégiák, valamint a módszer családi, szervezeti és társadalmi szinten is foglalkozik a stresszhelyzettel (Vörös és mtsai, 2009/a).

2. A krízis jellemzői, tünetek

Mindezek az intervenciós technikák a klasszikus lindemanni és caplani elméletekre épülnek. A caplani definíció szerint (1964, id. Bakó, 2012) a krízisállapot külső események hatására kialakult pszichésen kritikus állapot, amikor a személy egyfelől kénytelen a veszélyeztető körülményekkel szembenézni, melyek fenyegető közelsége számára aktuálisan mindennél fontosabbá válik; ugyanakkor ezeket a veszélyeket az adott időben sem elkerülni, sem pedig a szokásos problémamegoldó eszközeivel megoldani nem képes. Ilyenkor megnő a lelki megterhelés, feszültség lép fel, az egyensúly felborul. A személy vagy megoldja a problémát, vagy hozzá kell szoknia a megoldatlan helyzethez. Az újfajta egyensúly ennek következtében lehet jobb vagy rosszabb. Ez utóbbi esetben a belső feszültség nő, a szorongás jelei és a működés dezorganizációjának jelei mutatkoznak, ami elhúzódó érzelmi zavarral jár. Ezt nevezi Caplan krízishelyzetnek (id. Bakó, 2004). Sifneos (id. Davanloo, 1992) az érzelmi krízist egy olyan intenzív, fájdalmas állapotként határozta meg, amelyben ugyanakkor mind a pozitív, mind a negatív kimenetel lehetősége benne van.

A krízishelyzet sajátos Janus-arcú jelenség, amely magában hordozza a korábbinál magasabb, fejlettebb egyensúlyi állapot elérésének lehetőségét csak úgy, mint a rendszer felbomlásának vagy a korábbinál alacsonyabb szinten vagy diszfunkcionális működés árán történő egyensúlyba kerülésének a lehetőségét (Telkes, 1989). Szélsőséges esetben sor kerülhet a személyiség dezintegrációjára (pszichotikus reakció) vagy akár öngyilkosságra is. A krízishelyzet megoldása akkor mondható sikeresnek, ha az egyént ahhoz is hozzásegíti, hogy az aktuális helyzetmegoldáson túl a jövőbeni krízishelyzetekkel is sikeresen megbirkózzék. A válságban lévő személy tüneteit Csiszér és Fűri (1985) a következőkben foglalta össze:

1. A személy figyelme elsősorban a problémára irányul, azon belül is annak valamely részletére.
2. Elgyötört; félelmek, szorongások kínozzák.
3. Impulzivitás jellemzi, érzelmi reakcióit kevéssé tudja kontrollálni.
4. Alacsony hatékonyság a különböző tevékenységekben.
5. Interperszonális kapcsolatai megváltoznak, a segítségelvárás a fő motivációja.
6. Nincs jövőképe.
7. Problémáit nem képes átlátni, átgondolni.

Selye stressz-elmélete alapján (1964, id. Hajduska, 2008) a krízist provokáló tényező hatására az első szakaszban a személyben egy *készenléti állapot* alakul ki (vészreakció). A stresszhelyzet szorongást kelt, majd ennek hatására megkezdődik a problémamegoldó eszközök mozgósítása az egyensúly visszaállítása érdekében. Ha ezek a megküzdési módok nem vezetnek eredményre, a feszültség tovább nő és megkezdődik a *küzdelem* a stresszel szemben (ellenállás) mint a krízis *második szakasza*. Az egyén aktív erőfeszítéseket tesz a helyzet megoldására, esetleg új eszközöket próbál ki. Ha ezek sem oldják meg a helyzetet, általában *kimerülés* jellemző mint *harmadik fázis*, amely már érzelemvezérelt, mellőz minden racionalitást, esetleg acting out reakciók jelennek meg. Ha ekkor sem szűnik meg a kritikus helyzet, akkor a személy a *negyedik fázisba*, az *összeomlás* szakaszába kerülhet, melyben egyértelműen destruktív magatartásminták jelennek meg (öngyilkossági kísérlet, agresszió, pszichotikus reakciók).

Kézdi (1985) kétféle krízisről ír, akcidentális és fejlődési krízisről. Ideális esetben a külső erők mozgósítása révén (család, illetve krízisintervenciós beavatkozás) *megoldódnak* a krízisek. A *kompromisszumos megoldás* esetén az egyén alkalmazkodik egy új, a személyiség számára régebben elfogadhatatlan helyzethez. Ez nagy belső feszültséggel járó szubjektív állapot, amely újabb krízisek kiindulópontja lehet. Természetes (fejlődési) krízisek esetén gyermekkorban kezdődően személyiségzavart okozhat ez a fajta alkalmazkodás, az akcidentális kríziseknél pedig öngyilkos viselkedést is eredményezhet. Egy másik megoldási mód a *nem hatékony megoldás*, mely általában spontán, külső erők mozgósítása nélküli maladaptív kifejelet (pl. neurózis, alkohol, narkománia). Egy negyedik mód, amely a krízis legsúlyosabb kimenetele az *összeomlás* (öngyilkosság, pszichózis). Kézdi (1985) hangsúlyozza, hogy noha a személyiségzavarban és pszichiátriai zavarban szenvedők hajlamosabbak az akcidentális krízisek átélésére és gyakoribb az öngyilkossági hajlam, krízisállapotba bárki kerülhet.

3. A krízisben alkalmazott kezelések

A krízisben alkalmazott terápiák esetében beszélhetünk krízistámogatásról, krízisintervencióról és krízisterápiáról. Léteznek más felosztások is, vannak, akik a vészhelyzetben történő segítségnyújtást külön kategorizálják, illetve akik a krízis-

támogatást és krízisintervenciót egy csoportba veszik. Lényegében a különbség a következőkben rejlik: a *krízistámogatásban* azonnali segítségnyújtásra van szükség. Pszichológiai értelemben egyensúlyvesztésről van szó, a személy képtelen megbirkózni a helyzettel, megküzdő képességei csődöt mondtak. Legfontosabb feladat a tünetektől történő megszabadítás és a korábbi egyensúlyi helyzet visszaállítása. Ez általában a krízisintervenció minimális céljaként fogalmazódik meg. Maximális célnak tekinthetjük azt, hogy egy magasabb szintű, fejlettebb egyensúlyi állapot elérését célozzuk meg. A *krízisintervenció* akkor indokolt, amikor fennáll a veszély, hogy a személy a stresszállapottól dekompenzálódik, személyisége dezintegrálódik. Ilyenkor a stresszhelyzetet igyekszünk megszüntetni, vagy érzelmi támogatást nyújtani. A pszichológiai homeosztázis visszaállításán túl a krízisintervenció célja, hogy a személy a jövőben képes legyen a hasonló helyzeteket jobban kezelni, tehát fejlődési tendencia várható. A *krízisterápia* a krízisintervenció beavatkozás után lehet indokolt, ha a krízis megismétlődésének az esélye fennáll. Miközben az akut válságot igyekszik megoldani, a fókusz a mögöttes konfliktushelyzeteken, valamint a maladaptív megoldási technikák módosításán van (Vörös, Osváth, Árkovits és Csürke, 2009/b).

Minden esetben az első találkozás legfontosabb eleme a rapport kialakulása, vagyis az azonnali kapcsolat és bizalom megalapozása. Emellett az első találkozás célja a krízis gyors felmérése. Nem lehet éles határvonalat húzni a vizsgálat és a kezelés közé. További cél, hogy mielőbb el lehessen jutni a terápiás döntéshez. Az intervenció közvetlenül a problémára irányul, emellett fontos a páciens által alkalmazott helyes és hibás mechanizmusok felismerése. Általában a páciensek többsége a két szélsőség között van, vagyis egyaránt jellemzik adaptív és maladaptív megküzdési módok. Az egyén megoldási kapacitásának pontos ismerete döntő a megfelelő krízisterápiás módszer kiválasztásához (Davanloo, 1992). Bizonyos esetekben karakterproblémával vagy egyéb súlyosbító tényezővel (pl. régóta tartó rossz interperszonális kapcsolatok) is találkozunk. Ilyenkor a személy könnyen dekompenzálódhat egy kritikus helyzetben, ezért fontos a személyiség strukturális működésének gyors felbecslése is.

3.1. Krízistámogatás

A gyakorlatban nem minden esetben különül el a krízistámogatás és a krízisintervenció. Davanloo és Sifneos (1992) kidolgozta a krízistámogatás kritériumait. A krízistámogatást olyan páciensek esetében ajánlatos alkalmazni, akiknek hosszú ideje vannak lelki problémáik, és stresszhelyzetben könnyen felborul a pszichés egyensúlyuk. Általában ezeket a személyeket szegényes interperszonális kapcsolatok jellemzik. A szerzők szerint fontos, hogy a személy képes legyen az alapvető életvitelre (munka), legyen problémabelátása, valamint legyen motivált a kezelésre. A szupportív (támogató) terápia kritériumaitól abban mutat különbséget, hogy a páciensek akut, kockázatos élethelyzetben vannak. Mint fentebb már említettük, ilyenkor elsődleges cél az egyensúly helyreállítása, amihez a terapeuta *konkrét*

támogatást ad és *környezeti beavatkozást* is alkalmazhat. Elengedhetetlen, hogy a rapport azonnal kialakuljon. Heti minimum 1-2 alkalommal jön létre találkozás a pácienssel, ami 6-8 héten át tart, a fókuszban a krízissel kapcsolatos események vannak. Cél a krízishez vezető lépések kimutatása, az átélt fájdalmas érzések felmérése, a belső erők mozgásba hozása, emellett akár gyógyszerek alkalmazása. Ha a krízis megoldódott és létrejön a krízis előtti egyensúly, befejeződik a kezelés.

3.2. Krízisintervenció

A krízisintervenció a leggyakrabban használt kríziskezelési eljárás. Célja a segítséssel túl az egyén képességeinek javítása, hogy a jövőben a hasonló helyzeteket magasabb szinten, hatékonyabban tudja megoldani. Elsődleges cél itt is a homeosztázis visszaállítása, a másodlagos cél pedig a stresszhelyzettel való foglalkozás és az egyén képességeinek javítása, hogy a krízis lezajlása után a személyiség érettebbé váljon.

Vörös és mtsai (2009/b, 286.) megfogalmazásában *„A krízisintervenció krízishelyzetben történő, a krízisállapot oldására irányuló olyan segítő, pszichoterápiás jellegű és szemléletű, időben behatárolt, sürgősségi pszichológiai beavatkozás, mely a pszichoterápia elemeit korlátozott módon és mértékben, ehhez a speciális helyzethez adaptált módon alkalmazza.”*

A krízisintervencióban akut helyzetmegoldást keres a terapeuta, amely során érzelmi támogatást ad és irányít. Az „itt és most” helyzet van a fókuszban. A hangsúly nem a tünettan súlyosságán van, hanem inkább azon a kérdésen, hogy a stressz megszüntetése segíteni fog-e. Nem a diagnosztika a fontos, hanem, hogy milyen egyensúly van az egyén adaptációs képességei és az aktuális élethelyzet között. A terápia a későbbiekben haladhat a pszichoterápiás kapcsolat felé is (Marmor, 1992).

Az első interjúnak ezekben az esetekben három fontos célja van (Osváth, Vörös, Csürke és Árkovits, 2009): a páciens aktuális lelkiállapotának pontos felmérése, a kapcsolat (rapport) kialakítása és a krízis oldása.

A diagnosztikus és a terápiás szakasz nem válik el élesen egymástól – ahogy ezt már Davanloo és Sifneos (1992) is hangsúlyozták –, sokkal inkább cirkulárisan egymásra épülve zajlik. Osváth és mtsai (2009, 318.) találó összegzése alapján azt mondhatjuk, hogy „akkor tudjuk a kliens helyzetét átfogóan értékelni, ha választ tudunk adni arra, miért ő (személyiség), miért most (a krízis dinamikája) és miért ettől (életesemények) került krízisbe.”

3.2.1. A krízisintervenció munkamódja

A krízisintervenció folyamatában megkülönböztetünk egy *bevezető*, egy *középső* vagy *munkafázist*, és egy *befejező fázist* (Szabó, 2009). A bevezető fázisban a kapcsolatleremtés mellett a krízis felmérése történik. A munkafázis első szakaszát a monologizálás uralja, a helyzet megértése jegyében a kiváltó esemény áll a központban, emellett a korábbi támogató rendszer (család, hatékony megküzdési

módok) feltérképezése zajlik. A munkafázis második szakaszát a párbeszéd jellemzi, valamint a lehetséges alternatívák kidolgozása az adaptívabb megküzdés érdekében. A harmadik szakasz a megoldás fázisa. A krízisintervenció befejező fázisában a termináció, a leválás és a helyzet értékelése történik.

A krízisben lévő személy nagyon befolyásolható, erősen szuggesztibilis, ugyanakkor érzelmvezérelt, labilis, zaklatott lehet, figyelme, gondolkodása beszűkült. Legfontosabb feladat a beszűkült tudatállapot tágítása (Hajduska, 2008), a komolyabb beszűkülés öngyilkossági veszélyt vagy kifelé irányuló agresszivitást jelezhet. Ez a figyelemtágítás történhet a krízis által nem érintett, jól működő területek előtérbe csalogatásával, például munka, szeretetkapcsolatok felidézésével. Fontos az esetleges korábbi krízisekre való rákérdezés, azt megoldotta-e a kliens, s milyen megoldási módok jellemezték. Cél a pozitív erőforrások mozgósítása, a korábbi sikeresen megoldott problémahelyzetek felelevenítése. A terapeuta kifejezetten enerósító visszajelzéseket ad, ha konstruktív próbálkozást észlel. A segítő feladata a veszély felismerése, van-e szuicid veszély vagy impulzív, agresszív cselekedetre esély, esetleg pszichotikus állapot miatt kórházi kezelés szükséges-e? A családot, hozzátartozókat be lehet vonni a folyamatba.

Hajduska (2008) nyomán a krízisintervenció lépései a következők:

1. Előzmények feltérképezése (interjú), ideiglenes megnyugvás találása, rapport kiépítése.
2. Támasznyújtás, követés, figyelés, intenzív érzelmi odafordulás, a személy elfogadása.
3. Bizonyos érzelmi realitás megőrzése és képviselése, érzelmek, fájdalmak, indulatok átérzése és leereagáltatása.
4. A beszűkült állapot óvatos tágítása.
5. A feszültség, impulzivitás csökkentése, a realitáskontroll képviselése.
6. A remény fenntartása, enerósítás, önértékelés helyreállítása, pozitív beállítódás erősítése.
7. Aktív beavatkozás a destruktív tendenciák ellen.
8. Speciális segítség, hospitalizáció igénylése szükség esetén.
9. A család, szűkebb környezet válságának kezelése adott esetben.
10. Támogató személyek mozgósítása.
11. A személy dependenciájának fokozása kerülendő, a mélyebb dinamikai összefüggések elemzése, a szerződés nélküli pszichoterápiába való átmenet nem ajánlatos.

A krízisintervenció a tanácsadás speciális formája, egy pszichoterápiás jellegű beavatkozás, de nem önálló pszichoterápiás módszer. Leginkább a rövid dinamikus pszichoterápiákhoz áll közel. Ha nem halmozott a veszteségélmény és motivált a páciens, akkor 4-5 alkalom is elegendő lehet, de maximálisan 6-8 hétig tart az intervenció, heti egy-két találkozással. Súlyos esetekben nem ritka a heti 3-5 találkozás sem. A krízishelyzet gyakran összekapcsolódik egy korábban nem, vagy csak részben feldolgozott krízishelyzettel, minek következtében eltűzött érzelmi reakciókat

tapasztalhatunk. Golan (1978) szerint a krízisintervenciónak meg kell oldania a korábbi problémákat is. Ez azonban bizonyos halmozott traumatizáció fennállásakor csak a krízisintervenció lezajlása után, külön szerződéssel deklarált pszichoterápiában lehetséges, ahogyan ez a következő rövid esetismertetésből is kitűnik.

45 éves nőbeteg alkoholista férje elvesztésekor kerül pszichésen krízisállapotba. Ő maga is úgy ítéli meg, hogy – bár még nem telt le a „gyászév” – kétségbeesése, depresszív reakciói túlsoak. Az első interjú megerősíti, hogy egy patológiás gyász küszöbén lehet a páciens. Férjével több, mint húsz évig tartó házassága már az elején, kislányuk születése után megromlott a férfi alkoholproblémái miatt. Férje mindvégig tagadta alkoholizmusát, „csak iszogat a haverokkal” hozzáállással kezelte a problémát. Az azóta egyetemistává nőtt lányuk kapcsolata apjával szintén ambivalens, sivár, leginkább konfliktusos volt. Ráadásul a férfi az utolsó években elvesztette munkáját is, és attól kezdve letargikus állapotban ült otthon, alkoholizmusa pedig fokozódott. Segítségét nem volt hajlandó kérni vagy elfogadni. A páciens sokat szenvedett mellette, a látszatot, a jó családi képet kifelé igyekezett ő is fenntartani, bár ez egyre nehezebb volt számára. A férfi 2 évi munkanélkülisége végképp eltávolította őket egymástól, csendesesen, de lemondott férjéről. Majd a férfi váratlanul, szervi elégtelenségben meghalt. Ahogy teltek a hónapok, a páciens egyre rosszabbul érezte magát, büntudattal vegyes hiányérzetet élt át, magát vádolta férje halála miatt, nem találta a megnyugvást. Minden este sírt, hiányzott neki a férfi, akivel évek óta nem volt semmilyen kapcsolata. Az első interjúból kiderült, hogy anyja – aki 10 éve meghalt - gyógyszerfüggőségben szenvedett, gyakran került kórházi kezelésre is emiatt. A páciens ennek ellenére nagyon szerette anyját, sőt mély kötődés fűzte hozzá, szemben az apával, akivel üres, érzelem nélküli kapcsolata fel is lazult a szülők későbbi válása után. Az a tény, hogy gyerekkorát egy addiktív szülővel való kötődés határozta meg, magyarázta a párválasztás dinamikáját is, a kodependens személyiség szerkezet következtében egy gyógyszerfüggő anya után az alkoholista férj „szolgálatába” állította önmagát. Anyja halála feldolgozatlan maradt, a veszteség újraéledt férje halálakor, felerősítve az érzelmi reakciókat. Ezzel tudtunk dolgozni már a kezdetektől. Kiderült emellett egy olyan családtörténeti szál is, amely mintegy titokként húzódik a háttérben, vállalhatatlan, szégyennel teli, kezelhetetlen és Valéria esetében az áldozatszeréppel való azonosulásban képeződött le a tudattalan szinteken. Ez az anyai nagyapa háborús múltjából származó feldolgozatlan traumatizáció, amely felismerésre, kimondásra került ugyan a krízisintervenció során, feldolgozása azonban - a kodependencia problematikájával együtt - csak a krízis lezárása után, egy újabb, analitikusan orientált terápia keretében valósulhatott meg.

Ahogy a fejezet elején szó volt róla, a traumával, veszteséggel együtt járó negatív érzések, fájdalom megélése segít a krízis túljutásán. Caplan és Lindemann vizsgálatai megállapították, hogy azok, akik átélték a gyászt, időt hagyva maguknak a fájdalom feldolgozására, könnyebben és maradandó tünetek nélkül jutnak túl a krízisen (Bakó, 2004). Azoknál, akik tagadják, vagy nem vesznek róla tudomást, könnyebben alakul ki elhúzódó, patológiás gyász, vagy egy másik krízishelyzet alkalmával dekompen-

zálódás (súlyosabb regresszió, összeomlás). A krízisintervenció során a segítőnek provokálnia kell az elfojtott érzelmeket, a fájdalom, büntudat, indulat vagy netán az érzelmi felszabadulás megélését. Ugyanakkor a krízis középső fázisában gyakran a személyiség működésének fellazulása tapasztalható, az elhárító mechanizmusok nem működnek hatékonyan, és ilyenkor a személyiség mélyebb rétegei hozzáférhetővé válnak. A szakemberek ezt a rövid időszakot tartják az „igazi pillanatnak” (Vörös és mtsai, 2009/b), amikor jelentős, pozitív irányú változásokat lehet elérni nemcsak a krízis oldásában, de a személyiség alakításában is. A krízisterapeuta részéről nagy szakmai felkészültséget és felelősséget igényel ez a „pengeélen való” egyensúlyozás, hogy felismerje, mikor kell támaszt és biztonságot nyújtva támogatnia a klienst és mikor lehet értelmezésekkel, kisebb konfrontációkkal mélyíteni a munkát. A terapeuta részéről mindenképpen az ún. rogersi változók (empátia, elfogadás, kongruencia) megléte, a segítő attitűd, a tapasztalat és az érzelmi terhelhetőség javasolt.

Alapvető fontosságú a szuicid krízis felismerése az első interjú során (Csiszér és Fűri, 1985). A személyiség legpatológiasabb részének felmérése, a korábbi életvezetési zavarok és előző krízisek megoldásmódjainak feltérképezése, valamint a realitás és a személyiség integritásának megléte vagy hiánya adhat egyértelmű támpontot a szuicid veszélyre. A személyiség legpozitívabb részének felkutatása és megnyerése egyfajta szövetségre, a „provokált pozitív kapcsolat”, valamint a legfontosabb és legstabilabb interperszonális kapcsolatok felderítése és bevonása a terápiába adhat segítséget a megoldásra. Ha a szuicid veszély súlyos, a terápiás terv rövid szakaszokból épül fel és mindenképpen mérlegelni kell a hospitalizáció lehetőségét. A veszélyhelyzet súlyosságának felmérésében segítségünkre lehet a preszuicidális szindróma Ringel-triásza (1949, id. Szabó, 2009): a dinamikus beszűkülés, gátolt és ön maga ellen fordított agresszió, öngyilkossági fantáziák, illetve a „cry for help” jelenség felismerése.

Bár mind kognitív, mind pszichoanalitikus szemléletű kutatók nevével fémjelzett a krízisintervenció alappilléreinek lefektetése, módszerét és technikai repertoárját tekintve eklektikus és integratív maradt. Vannak speciális technikák, amelyekben eltérhet egymástól egy-egy krízisintervenció team működése, de az alapszabályokat tekintve egyeznek az álláspontok.

A krízisintervenció alapszabályai Csiszér és Fűri (1985) nyomán a következők:

- azonnali kapcsolatfelvétel;
- a kapcsolat jellemzően rövid;
- a fókusz a konkrét helyzeten és az „itt és most”-on van;
- a realitásra koncentrálnak;
- a terapeuta elfogadó, megértő, hiteles, aktív, de nem autoriter; a tanácsadás is megengedett;
- a hozzátartozók bevonása;
- a beteget aktív, problémamegoldó magatartásra motiváljuk;
- a krízis kreatív megoldására törekszünk, új konfliktusmegoldásra;
- 6-8 hétig tartó kapcsolat, ami utána folytatódhat terápia formájában.

Módszerét tekintve mind a kognitív-viselkedésterápia elemeit, mind a dinamikus rövidterápiák elvét, mind pedig a rogersi humanisztikus attitűdöt megtaláljuk benne. Krízisben használt viselkedésterápiás elemek például a kognitív újrastrukturálás, a coping stratégiák erősítése, az értékelés, magyarázás. A dinamikus szemlélet tükrében a személyiség szerkezetét, integritását is felmérjük, a korábbi traumatikus eseményeknek fontosságot tulajdonítunk, és mindezt egy szupportív, támogató és elfogadó attitűddel tesszük a humanisztikus iskola elveinek megfelelően.

A krízisben segítőnek aktívabb, direkter szerepe van, bizonyos tekintetben kontrolláló, aki tanácsot adhat, cselekvés-orientált, de nem autoriter. Attitűdje mindvégig elfogadó, szupportív, megtartó jellegű kell, hogy legyen. Mivel a munka érzelmileg megterhelő, szerencsés, ha a segítő szupervíziós segítséget tud igénybe venni, vagy egy team tagjaként dolgozik. A segítő team tagjai így bevonhatók a krízisterápiába.

A krízisintervenció során, a pszichoterápiákkal ellentétben, a helyzet sürgetettsége és a személy regressziója miatt általában nem kerül sor szerződéskötésre, legfeljebb szóbeli megállapodásra. Az első és második ülés a teljes, feltétel nélküli elfogadásról szól, ez teremti meg a gyors bizalom és motiváció kialakulását a páciens részéről. A későbbiek során ez az attitűd fokozatosan átalakul egy értelmező, összegző viszonyulássá. A konfrontációnak nincs helye a krízisintervencióban. Gyakran előfordul viszont az, hogy konkrét tanácsokat kell adnunk a klienseknek vagy segítenünk kell megtervezni, hogyan fogja eltölteni az idejét a következő ülésig. Ha nincs támogató segítség a környezetben és a regresszió túl nagy, vagy a pszichotikus dezorganizáció veszélye áll fenn, a hospitalizáció lehetőségét is számba kell venni.

Pető (1989, id. Vörös és mtsai, 2009/b) a segítő „én-transzfúzió”-járól beszél, amely által étellel, energiával, motivációval tölti meg a sokszor regresszív, beszűkült tudatú, krízisben lévő páciens. Ez nagyon hasonlít a bion „konténer” funkcióhoz, mely során a terapeuta befogadja, tartalmazza a személy fájdalját, negatív érzéseit, veszteségeit, amelyet a krízissel foglalkozó szakemberek meg is említenek mint a krízisintervenció során a rapport kialakításához szükséges tényezőt (Vörös és mtsai, 2009/b). A krízisben lévő személy olyan „regressziós verembe” (Bakó, 2012) kerül, ahonnan segítség nélkül nem biztos, hogy sértetlenül ki tud kerülni. A krízisregresszió fogalmát olyan helyzetekre használja Bakó, amikor a személy valamilyen kritikus esemény hatására regresszióba kerül, és korábbi hatékony válságmegoldási stratégiáit képtelen alkalmazni. A regressziós verem állapotában megszűnik a múlt, jelen és jövő folytonossága, a múlt és a jövő eltávolodik. A jelen lesz hangsúlyos, melyre a bizonytalanság, a kilátástalanság és a reménytelenség jellemző. Ebben a veszélyeztetett állapotban a krízisterapeuta mint átmeneti tárgy, a megszakadt életutat tölti ki és ez a tárgykapcsolat segíti a folytonosság helyreállítását. A regresszió mint elhárítási mód a dezintegrálódással szembeni védekező próbálkozás a személyiség részéről. A személy képtelen a korábbi problémamegoldó eszközeit alkalmazni, a gyermeki kiszolgáltatottság állapotába kerülhet. Bakó (2012) hasonlóságot lát a krízisállapot jellegzetes tünetei és az énefejlődés korai (a leválás, egyénné formálódás) időszakában megélt énéllapotok között. Szerinte a krízis kezelése, amelyben meghatározó az önállóság megéltése, az énefejlődés mah-

leri értelemben vett *újraközeledési* (1,5-2 év) szakaszával áll szoros összefüggésben. Az ebben az időszakban megélt „*távoltartó*” vagy „*el nem engedő*” szélsőséges anyai reakciók következtében a gyermek nem képes mozgósítani a kreatív erőit a külső „veszélyhelyzetekkel” szemben. Ez lesz az a sérülés, mely előidézi, hogy a kritikus helyzetek krízisbe torkolljanak később.

Ha a krízisállapot oldódni látszik, a terápiás munkamódon is lehet változtatni. Fokozatosan a jövő felé irányulás lehet a cél, valamint a kliens hatékonynak tűnő megoldási próbálkozásainak megerősítése.

Alapvetően két erő dominál a krízisintervenció során: a mozgás-változás-fejlődés és a megőrzés-stabilizálás dinamikája. A segítőnek azt a kettős szerepet kell összehangolnia, hogy egyfelől empatikus, odaforduló, támogató, elfogadó legyen, másfelől aktív, direkt, kontrolláló szakértő; és mindezt úgy, hogy ne legyen autoriter (Vörös és mtsai, 2009/b).

A krízisintervenció általában négy szemközt zajlik, ambuláns keretek között, de családi krízisek esetén családkonzultációkkal egészülhet ki. Előfordul, hogy kríziscsoportok kialakítására is szükség lehet. Ötvözhető más kezelési eljárásokkal, pl. gyógyszeres terápiával, kórházi kezelés részeként vagy kötelező pszichiátriai ellátás keretében is végezhető.

3.3. Krízisterápia

A krízisintervenció után, ha a páciens motivált, folytatódhat a kezelés. Főleg abban az esetben javasolt, ha fennáll a krízis megismétlődésének eshetősége vagy a krízisterápia alatt olyan pszichés- vagy karakterproblémák kerültek felszínre, melyek a krízis bekövetkezése előtt is jelen voltak. Ebben az esetben is az akut stresszhelyzet megoldása a cél, de a fókusz már a mögöttes, feldolgozatlan konfliktusokon és a maladaptív működésmódokon van. Krízist provokálhatnak olyan események, melyek feldolgozatlanul vannak jelen életünkben, például traumák, hiányok, titkok. Egy veszteség hatására kialakuló patológiás gyász esetében gyakran pszichiátriai vagy pszichoszomatikus betegség is kialakulhat. Davanloo és munkatársai, akik a krízis dinamikus rövidterápiáját fejlesztették ki, a McGill University-n végzett kutatásukban kimutatták, hogy néhány változó különösen meghatározó a patológiás gyász kialakulásában: az elhunytal való ambivalens, ellenséges kapcsolat; a váratlan halál előtti konfliktus; a halál módja, különösképpen a saját felelősség érzete; tragikus baleset, melyet a gyászoló túlélt; adaptációs képesség hiánya (szorongás, depresszió, fájdalom elviselésének hiánya), fizikai vagy érzelmi kimerültség; esetleg halál-kívánás (Davanloo, 1992).

Az akcidentális krízisek mindegyikénél alkalmazható krízisterápia a krízisintervenció után, így például válás során, patológiás gyász esetén, öngyilkossági krízisnél, traumatizáció esetén, munkanélküliség- vagy egzisztenciális krízis esetében is. A fejlődési krízisek esetében a különböző életszakaszváltások során fellépő kríziseknél is gyakori a válsághelyzet megszűnése utáni korrekció, fejlesztő vagy feltáró terápia szükségessége. Bakó (2004) találó megfogalmazásában azt mond-

hatjuk, hogy a krízisintervenció során feloldható hatások a stressz, a konfliktushelyzet és a frusztráció; míg a krízisterápia során a pszichotrauma, a tárgyvesztés és az öngyilkosság mélyebb feldolgozása élhető meg.

4. A krízis megmunkálása, pozitív kimenetel

Mint korábban már volt szó róla, a krízishelyzetben benne van a fejlődés lehetősége is. Ha az egyén képes konstruktívan megoldani a krízist provokáló problémát, személyisége egy érettebb szintre léphet, miközben megküzdési repertoárja bővül és a jövőre nézve védettebb lesz a krízishelyzetekkel szemben. Sőt, bizonyos esetekben a krízis olyan kreatív megoldásával találkozunk, például művészek esetében, amikor egy alkotói folyamatban oldódik fel a krízis. Ezt nevezük *szublimációnak*. A jelenség megnevezése Freudtól (1905) ered, ám azóta több szerző is vizsgálta a traumafeldolgozás, a tárgyvesztés és a szublimáció összefüggéseit. Azt feltételezik, hogy a szublimáció, az alkotás valamiképpen a pszichózis vagy a pszichózishoz közeli állapotok komplementere, könnyen átfordulhatnak egymásba (Varga, 1993). Vikár (1992) szerint a kreatív személyiség úgy reagál a krízishelyzetre, hogy mintegy neurotikus tünetképződésként a regresszió és bizonyos elhárító mechanizmusok (elfojtás, izoláció, percepció gátlás) működésbe lépése által segíti a személyiség védelmét. A művészi fejlődés kiindulópontjaként egyes kutatók a mahleri újraközeledés szakaszát jelölik meg. Ez a másfél-kétéves kor, mely a winnicotti átmeneti tárgy időszaka egyben, és a fantázia előfutára.

Haynal (1976, id. Varga, 1993) depresszióról szóló művében foglalkozik a tárgyvesztés és a kreativitás összefüggéseivel. Virág (1992) a kollektív traumák átélésével kapcsolatban írt le egy sajátos öngyógyító, traumafeldolgozási módot. Bettelheim, Frankl, Mérei, Polcz életútját vizsgálva megállapítja, hogy ők úgy küzdöttek meg a trauma emlékével, hogy foglalkozásuk részévé tették azt. Saját traumatikus élményeik elaborációjával és egy magas szintű gondolkodási folyamattal váltak kiemelkedő alkotókká és gyógyítókká. Ebben az esetben a *behelyettesítő, kompenzáló cselekvésnek* van öngyógyító szerepe.

A kreativitás, a kreatív fantázia minden ember számára lehetőség a traumatizáció kivédésére, a krízishelyzet pozitív megoldására. Vikár (1992) szerint a nehezen megfogalmazható traumatikus élmények akkor válnak feldolgozhatóvá és integrálhatóvá a személyiségalakulás folytonosságában, ha azok társadalmilag elfogadható, kommunikálható formában tudnak megjelenni, melynek egyik lehetősége a kreativitás. A gyermek jobban függetleníteni tudja magát a traumától, ha kreatív megoldást talál, játszik, rajzol. Ha a személyiség egyensúlya egy krízist követően a korábbinál magasabb szinten áll helyre, akkor *kreatív krízisről* beszélünk.

A fejlődési krízis fogalma Eriksontól (1963) ered, aki kríziskoncepciójában a személyiség bizonyos fejlődési fázisaiban bekövetkező kríziseit természetesnek tekint. A freudi (1905) dinamikus pszichoszexuális én-fejlődési modelltől kiinduló nyolcszakaszos, a felnőttkort is magába foglaló fejlődési modell szerint az egyes fej-

lődesi szakaszok közötti átmenetben a személyiség igen labilis állapotban van, ami regresszióra való fokozott hajlamban nyilvánul meg. Az új életszakasz új feladatok megoldását követeli meg, amelyhez új konfliktusmegoldó stratégiákat szükséges mozgósítani. Minden életszakasz-váltáskor pszichoszociális krízist, konfliktust élünk meg, mely során bizonyos pszichológiai minőség elérése a cél. A krízis fordulópontot jelent, óriási növekedési lehetőségeket rejt magában, ám egyben fokozottabban sérülékeny a személy. Mindegyik Erikson által leírt szakaszban van egy alapkonfliktus, amelyet meg kell oldania a személynek, és mindegyik konfliktus két egymással ellentétes kimeneteli lehetőséget kínál (pozitív illetve negatív megoldás). A fejlődési krízis lehet önmagában is kritikus (serdülőkor, életközepi krízis), de meg is alapozhatja az akcidentális (véletlenszerű) krízist (Hajduska, 2008).

Legkritikusabb időszak krízis szempontjából a serdülőkor. A hivatásválasztás és az intim kapcsolatteremtés a korszak két fő pszichoszociális kihívása. Az identitáskrízis hátterében az elkötelezettségek vállalásából eredő frusztráció áll, mely a végtelen lehetőségekről való lemondással jár. Emellett az elszakadást, a szülőkről való leválást is meg kell oldania a kamasznak. Ez a korszak tehát a tárgyvesztés időszaka is, az identitáskrízis mellett a lehetőségek beszűkülése és a gyermekkor biztonságából való kiszakadás jellemzi. A korábbi viselkedésminták és kognitív struktúrák átrendeződnek; a struktúrák szétesése, a kaotikus belső állapot megélése regresszióval jár együtt. Ha ebben a kritikus szakaszban akcidentális krízis is éri a serdülőt (pl. szülők válása), a krízis súlyosbodhat. Az akcidentális és a fejlődési krízis fogalmát Jacobson (1979, id. Bakó, 2012) a krízismátrix koncepcióban egyesítette, melynek lényege, hogy az egyén sajátos viselkedése, vagy adott esetben magatartási zavarai nem magyarázhatók csupán magával a serdülőkorral, hanem tekintetbe kell vennünk a specifikus, aktuális életesemények meglétét is. A serdülőkori identitáskrízis állapotában a mély regresszió mellett ugyanakkor a kreatív, én-teremtő funkciók is megnyilvánulnak, a krízisből való felépülés sokszor az addig rejtett képességek felszínre kerülésével jár együtt (Kris, 1952, id. Kulcsár, 1996). Auchter (1978, id. Kulcsár, 1996, 318.) szavával élve „Az ember először akkor alkot, amikor létrehozza önmagát”.

Irodalom

- Bakó T. (2012). *Verem mélyén*. Budapest: Psycho Art.
- Bakó T. (2004). *Utak és ösvények*. Budapest: Psycho Art.
- Csiszér N., Fűri A., (1985). Egy krízisintervenciós modell. In Kolozsi B., Münnich I. (Szerk.), *TBZ Bulletin, IV.*, 41-79.
- Davanloo, H., Sifneos, P.E. (1992). A krízis-támogatás technikája. In Bakó T., Bíró S. (Szerk.), *Rövid dinamikus pszichoterápia*. Budapest: Animula, 167-182.
- Davanloo, H., (1992). A krízis dinamikus rövidterápiája. In Bakó T., Bíró S. (Szerk.), *Rövid dinamikus pszichoterápia*. Budapest: Animula, 143-166.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Company.

- Flannery, R.B., Everly, G.S. (2000). Crisisintervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2 (2), 119-125.
- Freud, S.(1905/1992). Három értekezés a szexualitás elméletéről. Nyíregyháza: Könyvjelző Kiadó.
- Freud, S. (1917/1997). *Gyász és melankólia*. In Sigmund Freud művei. VI. Budapest: Filum. 129-143.
- Golan, N. (1978). *Treatment in Crisis Situations*. New York: Free Press.
- Hajduska M. (2008). *Krizislélektan*. Budapest: Eötvös Kiadó.
- Kézdi B. (1985). A lélektani krízis és a szuicidium összefüggései. In Kolozsi B., Münnich I. (Szerk.), *TBZ Bulletin, IV.*, 79-137.
- Kulcsár Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók*. Budapest: Tankönyvkiadó, 219-224.
- Marmor, J., (1992) Krízis-intervenció és dinamikus terápia. In Bakó T., Bíró S. (Szerk.), *Rövid dinamikus pszichoterápia*. Budapest:Animula, 137-147.
- Osváth P., Vörös V., Csürke J., Árkovits A. (2009). A krízisintervenció módszertana. In Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.), *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó. 305-332.
- Szabó P. (2009). Krízisintervenció. In Füredi J., Németh A., Tariska P. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina, 679-688.
- Telkes J. (1989). Válság, változás, változtatás: A kríziskoncepció jelentősége a mentálhigiénés gyakorlatban. In Gerevich J. (Szerk.), *Közösségi mentálhigiéné*. Budapest: Gondolat, 101-112.
- Varga Zs. (1993). A szublimáció mint a túlélésért folytatott küzdelem Chagall életében és munkásságában. In Lukács D. (Szerk), *MPE tudományos előadásai 1991-1992*. Budapest: MPE.
- Vikár Gy. (1992). Krízis és kreativitás. In Füredi J., Buda B. (Szerk.), *Műzsák a díványon*. Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság, 233-245.
- Virág T. (1992). Kollektív traumák. In Füredi J., Buda B. (Szerk.), *Műzsák a díványon*. Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság, 147-165.
- Virág T. (1993). Kollektív trauma – egyéni öngyógyítás. In Lukács D. (Szerk.), *Az MPE tudományos előadásai, 1991-1992*. Budapest: MPE.
- Vörös V., Osváth P., Csürke J., Árkovits A. (2009/a). A krízisellátás kialakulása és fejlődése. In Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.), *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 281-284.
- Vörös V., Osváth P., Árkovits A., Csürke J. (2009/b). A krízisintervenció általános szempontjai és kapcsolata a pszichoterápiákkal. In Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.). *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 285-304.

FEKETE SÁNDOR, VÖRÖS VIKTOR, OSVÁTH PÉTER

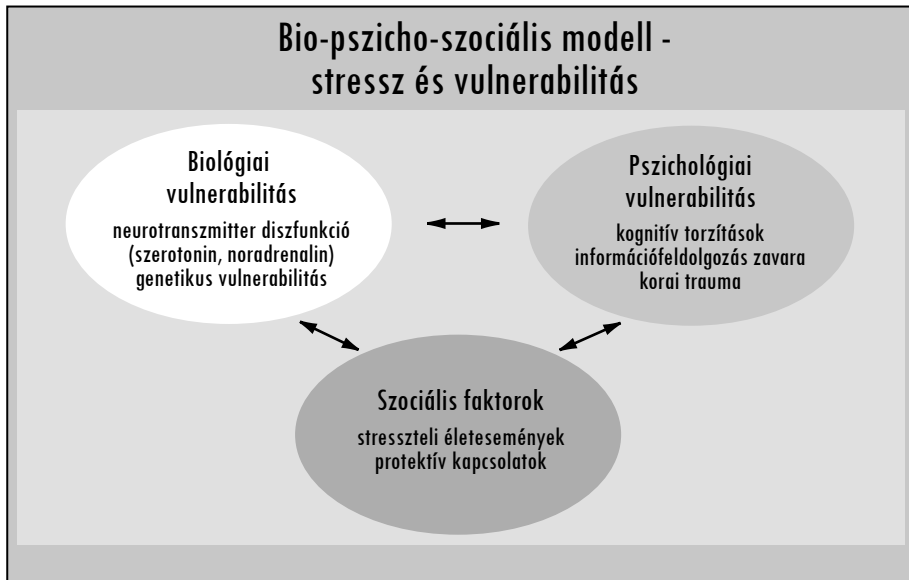
KRÍZISHELYZET, FELISMERÉS, ETIOLÓGIA ÉS TERÁPIA A PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁSBAN

A „krízis” klasszikus orvosi kifejezés (görög szó, „fordulat” a betegségben), azonban tágabb, és globális értelmezésében ma is használt (ld. a caplani lélektani, akcidentális krízishelyzet, veszteségek, trauma, erőszak nyomán) - amikor veszélyeztető válsághelyzetben, melyet az adott személy képtelen megoldani, egy időben körülírt, beszűkült, regresszív állapot alakul ki, - melyet szorongás, depresszív hangulat gyakran kísér, s ez leggyakrabban egyben szuicidális, az önpusztítás krízise is. Beszélhetünk másrészt természetes, fejlődési (eriksoni) krízisekről is - melyek az életkori átmenetek - serdülőkor, életközép, időskor - válságállapotait jelentik. A fejlődési és situációs krízisek zöme a szociális támogató kapcsolatok segítségével megoldódik (Buda és Füredi, 1986), jelentős részük azonban profeszionális felmérést és krízis-terápiás - pszichiátriai segítséget igényel.

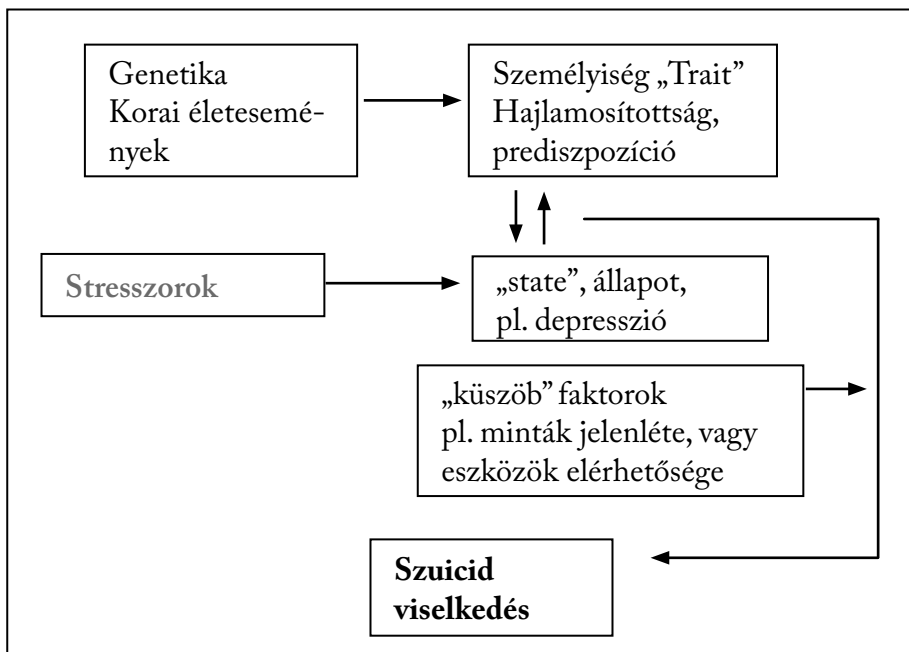
1. Válság és szuicid krízis

Az önpusztítás a legszemélyesebb emberi döntés eredménye, ugyanakkor egy beszűkült lélektani állapot mellett biológiai-pszichológiai-szociokulturális történés is; megértése, leírása határterületi, interdiszciplináris megközelítést igényel (O'Connor és Nock, 2014). Veszélyt hordoz magában a manapság divatos, meglehetősen szimplifikált kérdésfeltevés és válasz egy olyan területen, ahol a genetikától, biológiai pszichiátriától a mélylélektan, vagy a szociológia mellett akár a filozófiáig terjedően számos terület érezheti magát - legalábbis részben - illetékesnek. A korrekt megközelítés a mikro- és makroszintű kutatás, és a személyes jelentés keresésének együttes alkalmazása (ld. 1.-2. ábra).

A válságállapotok terápiája, a krízisintervenció mindazonáltal speciális területét képezi a *sürgősségi pszichiátriának* is. A szuicid cselekmények egy jelentős hányada - melyek háttérében nem, vagy nem csak mentális zavar, hanem valamilyen pszichoszociális stresszortényező áll - nem a klasszikus medicinális modellben, hanem a krízisparadigmában értelmezhető. A lélektani válsághelyzet, mely mindig egyben szuicidális krízis is, az olyan kultúrákban (pl. hazánkban), ahol a kilátástalan élethelyzet megszüntetésére a szocializáció során a „megoldás” - az öngyilkosság formájában - adva van (Fekete és Osváth, 2004).



1. ábra. Bio-pszicho-szociális modell – stressz és vulnerabilitás



2. ábra. A suicid viselkedés prediktorváltozói

Külső események hatására kialakult lélektani válságállapotban az egyén lelki egyensúlyát súlyosan veszélyeztető körülményekkel kerül szembe, és ezek közelsége mindennél fontosabb pszichológiai problémává válik számára. Az aktuális helyzetet súlyosbítja, hogy ezeket a problémákat sem elkerülni, sem az adott időben, illetve a rendelkezésre álló, szokványos problémamegoldó eszközeivel megoldani nem tudja; a személyiség pszichés energiái kimerülnek, integritásának felbomlása indul el, mely öndestruktív magatartásformák kialakulásához vezethet (Kézdi, 1995).

A vizsgálódás során beszélhetünk szuicidális krízisekről; heteroagresszióba forduló, vagy pszichózisba torkolló krízisről; indirekt önpusztító – addikcióba futó, krónikussá váló krízisállapotokról; kiterjesztett szuicidiumokról; és heteroagresszív – autoagresszív történések együtteséről (gyilkosság- és öngyilkosság, ámokfutás).

A tünetek leírásakor pszichopatológiailag depresszív, szorongásos, agitált, alvászavaros tüneti képeket látunk gyakran (akar pszichotikus tüneteket is) – mintegy „final common pathway” – végső közös útként jelenik meg a preszuicidális helyzetben az önpusztítás „megoldása”.

Mindazonáltal, az öngyilkossággal kapcsolatosan számos *tévedés és populáris „mítosz”* is él a köztudatban illetve a pszichiátriában:

- Azok az emberek, akik beszélnek az öngyilkosságról, azok nem teszik azt meg.
- Akik öngyilkosok lesznek, azok nem is akarják, hogy megmentsék őket.
- Ha beszélünk az öngyilkosságról - még ötletet adhatunk valakinek.
- Ha valaki eldöntötte, hogy öngyilkos lesz, nem lehet tenni ellene.
- Az öngyilkosok egyértelműen meg akarnak halni.
- Az önpusztítás általában váratlanul, jelek nélkül történik.
- Az öngyilkossági kísérlet egy gesztus, mások figyelmét akarja felkelteni.
- A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők nem követnek el öngyilkosságot.
- Nem jó rákérdezni, hogy depresszióban gondol-e öngyilkosságra, „ötletet adhat”.
- Azok, akik beszélnek az öngyilkosságról, soha nem teszik azt meg, ez csupán feszültségevezetést jelent.
- Akik igazán meg akarják ölni magukat, általában nem beszélnek róla.

Azonban a véghezvitt öngyilkosságok nagyobb része korábbi kísérletek után következett be. Számtalan közlés utal arra, hogy hozzávetőlegesen az öngyilkosok fele járt orvosnál a megelőző hetekben és kb. 20-25%-uk pszichiátriai kezelésben is részesült a tett előtt. Újabb keletű szakirodalmi adatok szerint pedig a befejezett öngyilkosságot elkövetők 80%-os vagy még nagyobb arányban álltak rendszeres kezelés alatt háziorvosuknál, vagy egyéb szakorvosnál a tettet megelőző hat hónapban. Sokan nem meghalni akarnak, pusztán kiutat keresnek egy elviselhetetlen helyzetből, nem tudnak a korábbi módon élni (Ozsváth, 1997). Azt gondolhatnánk, jobb nem beszélni az öngyilkosságról olyasvalakivel, aki azt éppen mérlegeli.

Ellenkezőleg, ha beszélnek róla, az segíthet a kérdéses nehézségek átgondolásában illetve oldhatja a fennálló feszültséget. A meghallgatás azt bizonyítja, hogy valaki törődik vele, valaki hajlandó segíteni. Ugyanakkor, ha valaki elhatározta, hogy kioltja a saját életét, megkönnyebbülhet az elhatározás eredményeképpen. Súlyosan depressziós állapotban lehet, hogy „nincs elég energiája” ahhoz, hogy az öngyilkos ideát kivitelezze. Ha visszanyerte az energiáját, lehet, véghezviszi tettét.

Több, fontos alapot képező megállapítás tehető az önpusztító viselkedéssel kapcsolatban:

- A szuicidium – szándékos önpusztítás, a legszemélyesebb emberi döntés eredménye, ugyanakkor biológiai-pszichoszociális történet.
- Döntő többségének hátterében mentális zavar áll, de személyiséglélektani, szociokulturális tényezők meghatározóan befolyásolhatják.
- Krízisállapotok, preszuicidális szindróma folyamata, beszűkülés – „végső közös útvonal” egy folyamat során értelmezhető.
- Racionális döntés ezekben a helyzetekben kérdésesen létezik csak (PAS – asszisztált szuicidium, eutanázia).

A szuicidális viselkedés hátterében exogén környezeti tényezők (trauma, veszteség, súlyos stressz, krízisállapot) reaktiváló és hosszabb távú „neuro-biológiai” hatásai mellett a biológiai és korai fejlődési vulnerabilitás (genetikai tényezők, neuroendokrin, kora-gyermekkori trauma/neglect) talaján kibontakozó különböző személyiségvonások (pl. impulzivitás, hosztilitás, affektív temperamentum), illetve mentális zavarok (főleg affektív kórképek és pszichotikus állapotok) járulnak hozzá ahhoz a bonyolult lelki folyamathoz, mely az önpusztítás aktusához vezethet.

A pszichiatriai ellátás szerepét illetően megfontolást érdemel, hogy számos elvárás/attitűd érhető tetten a társadalomban a mai pszichiátriával (illetve szuicidológiával) kapcsolatosan (Kelemen, 2000):

- a fogyasztói társadalom sajátos igényei jelennek meg vele kapcsolatban;
- az ún. „depresszióipar”-ral kapcsolatos kérdések helyenként nagy vitákat keltenek;
- igényként fogalmazódik meg, többnyire indirekt módon, hogy adjanak eszközök választ az élet alapvető kérdéseire is;
- sajátos presztizs, a segítő szakmák képe a médiában, filmekben;
- igény jelenik meg a rendcsinálással kapcsolatosan, a pszichiátria „vonja ki a forgalomból a bajkeverőket”;
- a medicina és számos határterülete fontos (genetikától a filozófiáig);
- a segítők, a terapeuták megterheltek, kiegésznek, személytelenné válnak a terápiák.

Az ellátás megfelelő „infrastrukturális” és terápiás személyi feltételeinek meg-létét szeretnénk előfeltételezni a kliensekre vonatkozó kockázatok, rizikótényezők betegségek tárgyalásakor.

2. Rizikótényezők

A személyiséget érintő szuicidális kockázatok között a következők sorolhatók fel, melyek fontosak lehetnek a megértéshez, és a terápia szempontjaiból is relevánsak:

- temperamentum instabilitás, affektív diszreguláció (Rihmer és Fekete, 2009);
- impulzivitás-agresszivitás - mint a szuicidium endofenotípus;
- narcisztikus sérülékenység (Henseler, 1974);
- dinamika – veszteség, befelé forduló agresszió;
- fontos, kogníciót és emóciókat érintő személyiségtényezők: a reménytelenség faktora, impulzivitás, perfekcionizmus, magas szintű neuroticizmus, alacsony extraverzió (ld. „big five”), a reziliencia, mint protektív tényező csökkent mértékű; kognitív rigiditás, autobiográfiai memória „biases” problémameg-oldás, megküzdő mechanizmusok hiányosságai (Rudd, Trotter és Williams, 2009; O'Connor és Nock, 2014);
- biológiai sérülékenység, (HPA) nagy stressz-reaktivitás; agyi szerotonin turn-over változása;
- a személyiség pszichés sérülékenysége (korai trauma, neglect, kötődészavar, kognitív sémák).

A szuicid viselkedés és az erre vonatkozó „endofenotípus” jellemzői (Van Heeringen és Mann, 2014):

- biológiai alapokhoz is asszociálódó, inkább proximális, szuicid diathezis, trait;
- agresszió, impulzivitás „traits”;
- neurokognitív funkciók sajátosságai;
- korai kezdetű hangulatzavar;
- szociális stresszre adott aránytalan kortizol válasz.

Pszichiátriai szempontból a szuicidológia alapkérdése az öngyilkos viselkedésfor-mák és a mentális zavarok kapcsolata. Mind befejezett, mind pedig megkísérelt szuicidiumot elkövetett páciensek diagnosztikus megoszlására nézve számos, rész-ben eltérő vizsgálati eredmény található a szakirodalomban, melyek háttérben elsősorban a vizsgálóeljárások módszertani különbségei állhatnak.

Neurobiológiai összefüggések stressz-vulnerabilitás modellekben (Van Heeringen és Mann, 2014) arra hívják fel a figyelmet, hogy:

- a vulnerabilitás pszichiátriai diagnózis nélkül is jelen lehet korai kötődési zavar, súlyos trauma, elhanyagolás, génpolimorfizmus - módosult génexpresszió keresztül; - stresszre adott túlzott reakció reziliencia csökkenést (HPA) eredményez.

„Hagyományos” rizikótényezők az öndestruktív viselkedésben:

- mentális betegségek (depresszió, szkizofrénia, alkohol és drogaddikciók, határeseti személyiségzavarok, ismételt kísérletezők „high risk” csoportjai);
- szociokulturális és demográfiai faktorok, „public health” media;
- segítségforrások, támogatás elérhetősége.

Depressziós zavarok fordulnak elő az öngyilkosságot elkövetettek közt a leggyakrabban. A klinikailag depressziós páciensek több mint felénél találunk depresszív gondolatokat. A depressziós betegek közt 20-szoros a szuicid mortalitás, és pszichológiai autopsziás vizsgálatok szerint a depresszió az öngyilkosok 29-88%-ban megtalálható. Különösen érvényes ez a komorbid mentális és szomatikus betegségek esetén. Az öngyilkosok 1-5%-a szenved a fenti vizsgálatok szerint bipoláris zavarban. Többségük komorbid kliens, compliance zavarokkal (Lönqvist, 2000).

A szkizofréniával élők mintegy 10%-a szuicidál végül, 40-szeres rizikót jelent ez a normál populáció kockázatával szemben. Fő rizikótényezők a férfi nem, krónikus lefolyás gyakori relapsussal, a szuicidium előfordulása a családban és a saját élet folyamán, impulzivitás, depresszió. Az addikciók ugyancsak jelentős rizikófaktort jelentenek, akárcsak a szorongásos betegségek a szuicidiumok 25-55%-ban találhatóak meg. A szociális és munkakapcsolatok leépülése, veszteségek, komorbiditás más mentális zavarral általában ugyancsak jelen van.

A személyiségzavarok mind a befejezett, mind pedig a megkísérelt önpusztítás jelentős tényezői, különös tekintettel a határeseti és az antiszociális személyiségzavarra, jelentőségük összemérhető az előzőekben tárgyalt diagnosztikai csoportokéval.

Fentiek fényében úgy vélhető, további - nagy mintán történő - széleskörű, jól kontrollált vizsgálatok, diagnosztikus interjúk alkalmazása szükséges a diagnosztikai, pszichopatológiai állapotok pontosabb leírására. Emellett a stressz-diatézis, pszichobiológiai modell értelmében az önpusztítás jelenségvilágának megértésére irányuló vizsgálatokban olyan felmérések is szükségesnek látszanak, melyek a szuicid kísérletezők mentális zavarain (pszichiátria betegségkonceptió) és aktuális lélektani állapotán (emocionális krízis elmélet) túl a temperamentum, illetve bizonyos személyiségvonások, valamint egyes biológiai-genetikai markerek szerepének pontosabb körvonalazására tesznek kísérletet, illetve melyekben a pszichodinamikus, kognitív irányzatok, és szociokulturális vonatkozások („social

brain”) integratív szemlélete valósul meg, nem veszítve szem elől a jól tervezett és kivitelezett pszichológiai autopsia és strukturált interjú kutatások fontosságát.

3. Felismerés

Az öngyilkosságot úgy lehet pszichodinamikus kontextusba helyezni a lélektani megértés szempontjából, hogy a klinikus megpróbálja megérteni a kiváltó esemény lényegét, a tudattalan és tudatos motivációt, és azokat a már korábban is létező pszichés változókat, amelyek növelik az öngyilkossági gondolatok cselekvésbe fordításának valószínűségét.

Projektív pszichológiai tesztek segítségével több olyan belső tárgykapcsolati és az én működésével kapcsolatos paradigmát sikerült azonosítani és vizsgálni, amelyek elkülönítik a ”komoly” öngyilkossági kísérletek elkövetőit azoktól, akik az öngyilkossági szándék kommunikációjával befolyásolnák környezetüket.

A „komoly”, gyakran violens öngyilkossági kísérletet elkövetők (1) képtelenek voltak lemondani arról az infantilis vágyukról, hogy gondoskodjanak róluk, a nyílt dependencia ugyanakkor konfliktust okozott számukra; (2) józanul, de ambivalensen viszonyultak a halálhoz; (3) igen magas elvárásokkal rendelkeztek önmagukkal szemben; és (4) túlkontrollálták az affektusaikat, különösen az agressziót. Bár ez a mintázat férfiakra jellemzőbb, mint nőkre, az agresszióval szembeni gátló attitűd a nőknél is megkülönbözteti egymástól azokat, akik - az általában megtalálható ambivalencia mellett is - „komoly” szándékkal-, illetve azokat, akik csak gesztusként kísérelnek meg öngyilkosságot.

A pszichológiai tesztekéből az derül ki, hogy az egyes pácienseket összehasonlítva sokkal konzisztensebb képet mutatnak azok a már előzetesen is fennálló pszichés struktúrák, amelyek az öngyilkosság irányába hatnak, mint a konkrét öngyilkosság mögött álló változatos motivációk.

A kognitív megközelítés szerint a depressziós karakter esetében korai diszfunkcionális attitűdök lelhetőek fel:

- másokkal való kapcsolat torzulása pl. „engem nem lehet szeretni; aki nincs velem, ellenem van”;
- a világ negatív képe pl. „az életnek nincs értelme”;
- jövőkép is reménytelen: „a rosszra kell készülni”; sérülékenység, depresszív predispozíció van jelen;
- negatív önkép pl. „értéktelen vagyok, alulmaradok úgyis, nem lehet rajtam segíteni”.

4. Ellátás a pszichiátriában

A terápiákat és az ellátást illetően összességében az a megállapítás tehető, hogy a lélektani krízisek felismerése és elsődleges ellátása ott kezdődik el, ahol a kliens

először jelentkezik és kér segítséget. Lehet ez pszichiátriai szakrendelő vagy osztály, családorvosi rendelő, bármilyen orvosi ambulancia vagy akár szociális, illetve oktatási intézmény.

A terápiás helyzetben az exploráció során fontos a szuicid krízisben megjelenő speciális kommunikációs és pszichopathológiai sajátosságok felismerése. A „cry for help” és a „cry for pain” jelenségek a segítségkérés direkt és indirekt formáit is magukban foglalhatják. A „preszuicidális szindróma”, vagyis az öngyilkosságot megelőző lelkiállapot triásza (Ringel-triász) a dinamikus beszűkülésből, a gátolt és a saját személyiség ellen fordított agresszióból és az öngyilkossági fantáziákból tevődik össze.

Fontos az öngyilkossági veszélyre utaló jelek megfelelő szintű ismerete, melyek a következők:

- explicit szuicid szándék vagy indirekt utalás;
- szorongó vagy agított állapot;
- volt már öngyilkossági kísérlete (minta, coping);
- volt a családban befejezett szuicidium (modellkövetés, pszichiátriai alapbetegség);
- kritikus időpont, évforduló;
- bűnösségi gondolatok, önvádások;
- súlyos élethelyzeti válság, kilátástalanság;
- interperszonális veszteség;
- nagyfokú beszűkülés krízishelyzetben;
- fizikai veszélyhelyzetek kifejezett keresése;
- önmegsemmisítő álmok.

Az öngyilkossági krízis általános lélektani jellemzői között tartjuk számon a kommunikációs sajátosságokat, a lélektani krízist, a preszuicidális szindrómát, a cry for help (segélykérés) jelenségét.

Öngyilkossági kísérletet követően szükségessé válhat pszichiátriai osztályos kezelés, kiváltképp, ha pszichotikus tünetek vannak jelen, ha violens volt a kísérlet, ha továbbra is fennállnak az öngyilkossági késztetések, ha nincs megfelelő családi vagy szociális támogatottság, ha valamilyen pszichiátriai alapbetegség is feltárható, vagy ha a kliens agított, nyugtalan, impulzív és visszautasít mindenfajta segítséget.

Az akut szuicid veszély minden esetben sürgősségi ellátást igényel, különösen akkor, ha az emocionális beszűkültség a krízisintervenció szemléletű beszélgetés során sem oldódik. Ilyenkor a legcélravezetőbb az akut pszichiátriai beutalás, ezt sokszor megkönnyíti a pszichiáterrel való előzetes konzultáció.

A pszichés zavarok közt a szenvedélybetegségek is felfoghatók indirekt önpusztításként, egyre mélyülő és elhúzódóvá váló akcidentális krízisek sorozataként. A szerhasználó személy egy ideig „jól-rosszul” adaptálódik, egészen a megoldhatatlannak tartott helyzetek kialakulásáig, amelyekre aztán szélsőséges reakciókat ad – akár öngyilkosság vagy „véletlen” túladagolások formájában. E tekintetben az acting-out reakciók, az addiktológiai természetű problémákról való gondolkodás

kiindulópontjaként értelmezhetők. Egy-egy ilyen cselekmény egyszerre jelenthet eltávolodást a realitástól, kilépést a lehetetlen helyzetből, de eszköze lehet a szorongás enyhítésének is, ugyanakkor megjelenhet, mint kommunikációs forma vagy az önsértésekhez hasonló tényleges testi és lelki állapotok megtapasztalása (Szemelyácz, 2009).

Sürgősségi helyzetben a terapeutának meg kell nyernie páciensét a kapcsolatot számára, egyben fel kell mérnie a krízis súlyosságát, a rizikót, a potenciális letalitást.

Kulcsfontosságú lépések, megfontolások az első beszélgetések során a pszichiátriai ellátásban az alábbiak:

- a direkt vagy indirekt öngyilkossági gondolatok, ideák, készletések és tervek felmérése;
- a mentális zavarok, a pszichopatológiai tünetek és a krízisjegyek felismerése;
- a fennálló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése; a befejezett öngyilkosság két legfontosabb rizikótényezője a korábbi öngyilkossági kísérlet és mentális zavarok, elsősorban a major depresszió;
- az intervenciók lehetőségek felmérése, a beavatkozás megtervezése; a szuicid rizikó súlyosságának mértéke alapvetően meghatározza az intervenció helyét, idejét, módját, jellegét és minőségét;
- a páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein; enyhe vagy közepes szuicid rizikó esetén a krízisintervenció a háziorvosi vagy alapellátás keretében is történhet.

A helyzetfelmérés néhány pszichopatológiai szempontja között szerepelnek (Hawton és Van Heeringen, 2009):

- depresszió és szorongás kifejezett mérvű jelenléte;
- pszichotikus tünetek;
- impulzivitás személyiségtényezője, az agresszió jelent-e rizikót a potenciális öngyilkosság szempontjából (a megítélés a sürgősségi lépések megtételéhez, pl. kórházba utalás) szükséges;
- megelőző öngyilkossági kísérletek;
- családi előzmények;
- drog-, alkoholabúzus, alapbetegség;
- szuicid ideáció és fantáziák milyen mértékben vannak jelen, ambivalencia;
- van-e konkrét öngyilkossági terv;
- esetlegesen letális eszköz választása, esélyadás a segítő beavatkozásra.

Krízisinterjút végezve klinikai és technikai hatékonyság különböztethető meg. Előbbi a segítő személy empátiás készségét, hiteles, kongruens viselkedését, elfogadó magatartását jelenti a klienssel szemben. A technikai hatékonyság a krízis súlyosságának, szuicid esetekben a letalitás kockázatnak a megfelelő felmérését, adekvát továbbutalást (szükség esetén kórházba küldést), a technikai menedzselést, illetve a külső erőforrások mobilizálását foglalja magába.

Az öngyilkossági kísérletet követő beszélgetés, vagy interjú gyakorlati kérdései között szerepel:

- az első találkozás jelentősége (Fekete és Osváth, 2004; Osváth és Fekete, 2008);
- a kapcsolatfelvétel, a körülményeinek kialakítása során felmerülő technikai szempontok (pl. figyelem);
- a dialógus fenntartásának eszközei (pl. metakommunikáció, reflektív magatartás, zárt majd nyitott kérdések, strukturálás);
- az aktuális lélektani állapot felmérésének szempontjai (súlyosság, ismétlés, pszichózis);
- a beszélgetés zárása – a további segítségnyújtás megtervezése.

Felmerülő terápiás kérdések lehetnek: gyógyszer, ha szükséges, krízisterápia, pszichoterápia és azok időtartama; (antidepresszív) szerek mellett és „ellen” szóló érvék átgondolása, feszültségoldás, alvás biztosítása; szupportív, dinamikus terápia (menningeri, henseleri, shneidmani modellek) lehetőségei.

Az individuum szintjén fontos lehet a beteg és a betegség elfogadása, megértése; a támogatás, a tehermentesítés a döntésképtelenség és koncentrációs zavar miatt; értelmetlen az akaraterőre való hivatkozás, a moralizálás; fontos a súlyossági fok, szuicid veszély felmérése, szakorvosi konzultáció; támogató krízisintervenció, pszichoterápiás jellegű betegvezetés; tehermentesítő gyógyszerelés.

A reménytelenség (hopelessness) a krízisállapotban a szuicidalitás egyik legerősebb prediktora, a segítő ilyenkor a személyében testesíti meg, pótolja a reményt a krízisben levő számára. Reflektív megnyilvánulásokon, az összegzésen és tisztázó megállapításokon túl nem egyszer óvatos, korai interpretációkra is sor kerülhet, melyek keretül szolgálnak a kliens emocionális tapasztalatainak elrendezéséhez, integrálásához.

A krízis intervenció meghatározója, hogy:

- átmeneti krízishelyzetekben kerül alkalmazásra, nem önálló pszichoterápia;
- néha csak néhány ülés, melynek során a megelőző állapot visszaállítása a cél (ld. kreatív krízisek);
- támogatás, és jelenlét hangsúlyú, nem értelmez vagy konfrontál;
- gyógyszereket is gyakran alkalmaz a tehermentesítésre;
- differenciál általános lélektani, szuicidális krízis között.

Az interjú első részében a kapcsolatfelvétel, az emocionális rapport kialakítása, illetve magának a krízisnek és a pszichopatológiának, rizikótényezőknek a felmérése történik; míg a második rész már több terápiás elemet is tartalmaz, ugyanakkor a két fázis általában nem válik el élesen egymástól.

Céljaiban, megközelítésében elmondható, hogy a cél a krízis oldása, ami az akut helyzetben gyors, támogató kapcsolatfelvétel majd kognitív újraértékelés követ. A kliens számára új alternatívákat keresünk. A krízis-terápia éppen ezért a személyiségnek nem totális megközelítése, hanem csupán egyes - a krízissel közvetlenül

összefonódó - szektorait érinti. A terapeuta aktív, direktív, a terápia több „pedagógiai” elemet tartalmaz.

A „*bogyanja*” a kapcsolatteremtés, a helyzet definiálása, az impressziókeltés, a bizalom kialakítása és a probléma felvázolása. A segítői attitűd aktív, elfogadó, kielégíti a kliens ventillációs igényét, illetve dependencia- és megkapaszkodási szükségletét, valamint reményt ad.

Az öngyilkossági krízishelyzet nyomán a büntudati feszültség, indulatok csökkentése igen fontos; emellett kiemelt jelentőséggel bír még a beszűkülés tágítása, a realitáskontroll visszanyerése; a célok, jövő, megküzdési technikák korrekciója. Szükség esetén párterápia, családkonzultáció, gyógyszeres kezelés; illetve indokolt esetben hospitalizáció, és a pszichiátriai alapbetegség kezelése.

Ebben az időszakban a bizalom megnyerése mellett a páciens negatív viszonyulásának, indulatainak átmeneti tolerálásával is arra törekszünk, hogy helyreállítsuk az egyén alapvető adaptációs képességét, kevésbé foglalkozunk a krízist kiváltó mélyebb összefüggésekkel, a háttérben álló súlyosabb személyiségproblémákkal. Ez egyfajta „tűzoltás”, lelki elsősegélynyújtás.

A krízis SOS szolgálatok, internetes fórumok szerepét illetően számos kutatás a krízis telefonszolgálatok hatékonyságáról közöl meggyőző adatokat. Nehéz kérdésnek ítélik ugyanakkor a fiatalok körében a telefonszolgálatok jelentősen ritkább igénybevételét és néha negatív attitűdöket vele szemben, mindamellet sokan kiemelik az internetes fórumok, a szociális média lehetőségeinek szerepét (O'Connor és Nock, 2014).

Ami alapvetően lényeges a gyakorlatban és megteendő (Szabó, 2009):

- a páciens elfogadása olyanak amilyen – helyzettel, betegséggel együtt;
- tehermentesítés (helyettes remény);
- tájékoztatás: keretek, rövid távú tervezés, segítők listája, elérhetősége;

Amit viszont nem szabad tenni:

- sürgetni a páciens;
- „szedje össze magát, akarjon, csak akarnia kell, tegye túl magát rajta” direkt utasításokat adni;
- hagyni, hogy fontos, stratégiai döntést hozzon, akár elhúzódó krízisállapotban, depresszióban, válsághelyzetben.

Az első beszélgetések során depresszív, szuicidális krízisben levő számára, úgy látjuk, különösen hasznos lehet a kezdeti, több biztonságot adó „zárt típusú kérdések” alkalmazása. Később, amint lehetséges, ajánlatos áttérni a kevésbé direktív viszonyulásmódra. A kétféle technika kombinációja is hasznos lehet, minek során a segítő szenzitivitása és szakmai ügyessége segíthet a döntésben, a kliens szükségletének felismerésében. Mély regresszió esetén, az első beszélgetések során néha csak állandó intervenció segít fenntartani a dialógust, akár átmeneti csöndek tolerálásával, mégis támogató jelenléttel, a teher megosztásának képességével; máskor a kezdeti direktivitás elégséges, megint máskor nyitott kérdésekkel történő indítás adja a legjobb lehetőséget a megnyílásra.

A prevenció néhány szempontja az előbbiek nyomán (a WHO szempontjai szerint):

- a mentális zavarok ellátásának javítása fontos (depresszió, szkizofrénia, addikciók, komorbid személyiségzavar, szuicid ismétlők „high risk” csoportjai);
- a média kapcsolatok, „guidelines”, „awareness” programok alakítása, „public health”;
- eszközök elérhetősége, letalítás csökkentése fontos tényező;
- edukáció, családorvosok szerepe, kortársképzés, iskolai programok szervezése;
- önkéntes segítő szervezetek, krízis-szolgálatok (telefon, internet) biztosítása.

A kutatások vonatkozásait illetően kiemelt célnak tekintjük a különféle terápiás eljárások kifejlesztését és tesztelését szuicid és ennek vonatkozásban magas rizikójú csoportokban.

Fókuszban állhatnak: gyógyszeres terápiák, pszichoterápiák, in-patient and after-care programok, alternatív/holisztikus intervenciók, iskolai és „community-based” intervenciók, prevenciók.

5. Néhány megfontolás a depresszió sajátos szerepét, kezelését illetően - terápiás hátterek, kérdések

Antidepresszívum beállítás kockázata diszfóriás agított affektív állapotokban:

- szorongáscsökkentés védelme nélkül helytelen;
- pszichoterápiás-pszichoszociális védelem nélkül helytelen.

A depresszióval kapcsolatos kogníciók, diszfunkcionális sémák felismerése (Tringer, 1999):

- „Nem vagyok beteg, nem kell segítség, csak a gyenge ember lesz depressziós.”
- „Megérem, hogy depressziós legyek, normális a depresszió, ha a dolgok rosszul mennek, s az élet értelmetlen, a depresszió normális reakció.”
- „A depresszió gyógyíthatatlan.”

Kogníciók a gyógyszereléssel kapcsolatosan:

- „Függőséget okoz, erősebb vagyok, ha nincs szükségem gyógyszerre.”
- „Kell, mert gyenge vagyok. Ha elkezdem, sohasem hagyhatom majd abba.”
- „Csak a rossz napokon kell gyógyszert szednem.”

A páciens terápiát gátló hiedelmei:

- „Kognitív terápia versus pozitív gondolkodás.”
- „A depresszió nem realitás torzítás, hanem valóságos helyzetre valóságos reakció.”
- „A személyiség megváltoztathatatlan, racionális versus emocionális elfogadás.”
- Az automatikus negatív gondolatok szerepe: „ha negatív torzítások boldogtalaná tesznek, akkor a pozitívak boldoggá?”
- „A pszichoterápia nem hat, a depresszió biológiai jellegű.”

A kognitív-viselkedésterápiában (CBT) használt kognitív módszerek között van a szókratészi kérdéses mód; az evidenciák, előnyök és hátrányok vizsgálata; a kognitív tévesztések, automatikus gondolatok azonosítása; ésszerű alternatívák kidolgozása, imaginálás, szerepjáték alkalmazása.

A gyógyszerek krízishelyzetben történő alkalmazásának hátterét a pszichoterápia és gyógyszeres kezelés összetett, gyakran ellentmondásokról terhes kapcsolata képezi. Azonban a gyakorlatban, a szakirodalmi adatok szerint is a pszichoterápia és farmakoterápia kombinációja gyakran fontos és előnyös lehet. A pszichoterápia - lefelé irányuló módon hat (top-down), az agyban, a kortikális struktúráktól a limbikus felé, míg a farmakológiai kezelés felfelé hat (bottom up), az agytörzsi magoktól (l. ceruleus, d. raphe), a távoli kortikális hatások másodlagosak a felszálló pályákon keresztül. Ugyanakkor, az érzelmek által aktivált agyi területek ismerete a biológiai erők által generált tünetek jelenlétében, nem csökkenti az egyéni jelentések és korábbi élményeken alapuló életemények egyidejű értelmezésének fontosságát (Gabbard, 2009).

Végezetül hangsúlyozni szeretnénk, hogy a krízisterápiát, azaz a depressziós (akár pszichotikus) szuicid kísérletezők kezelését végző szakemberek sajátos terhelése, a gyakran bekövetkező, de megelőzhető kiégés szindróma súlya indokolja a segítők mentálhigiénéjével foglalkozó képzéseket, esetmegbeszéléseket, szupervíziót a pszichiátriai ellátásban.

Irodalom

- Buda B., Füredi J. (1986). *Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából*. Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Fekete S., Osváth P. (2004). *Az öngyilkosság - az öröklődéstől a kultúráig*. Pécs: Pro Pannónia Kiadó.
- Gabbard, G. O. (2009). *A hosszú dinamikus pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Hawton, K., Van Heeringen, K., (2009). Suicide. *The Lancet*, 373 (9672), 1372-1381.
- Henseler, H. (1974). *Narzisstische Krisen - Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Reinbek: Rowohlt.
- Kézdi B. (1995). *A negatív kód*. Pécs: Pro Pannonia Kiadó.
- Lönnqvist, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In K. Hawton, K. van Heeringen (Szerk.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. New York: John Wiley & Sons Ltd., 107-120.
- Kelemen G. (2000). A mentálhigiéné mentalitásának kérdése. In Kelemen G. (Szerk.), *Tele-dialógus*. Pécs: Pro Pannonia Kiadó, 192-201.
- Osváth P., Fekete S. (2008). Az öngyilkossági kísérletet követő orvos-beteg találkozás kommunikációs sajátosságai. In Pilling J. (Szerk.), *Orvosi kommunikáció*. Budapest: Medicina Kiadó, 273-292.

- Osváth P., Vörös V., Csürke J., Árkovits A. (2009). A krízisintervenció módszertana. In Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.), *Mindennapi kríziseink*. Budapest: Oriold és Társai Könyvkiadó, 305-332.
- Ozsváth K. (1997). *Az öngyilkosság epidemiológiai kutatása Baranyában*. Akadémiai Doktori Értekezés.
- O'Connor, R. C., Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.
- Rihmer Z., Fekete S. (2009). Öngyilkosság. In Füredi J., Németh A., Tariska P. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina kiadó, 670-679.
- Rudd, M. D., Trotter, D. R. M., Williams, B. (2009). Psychological theories of suicidal behaviour. In Wasserman, D., Wasserman, C. (Szerk.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 159-165.
- Szabó P. (2009). Krízisintervenció. In Füredi J., Németh A., Tariska P. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Kiadó, 679-688.
- Tringer L. (1999). Focus on psychiatry in Hungary. *British Journal of Psychiatry*, 174, 81-85.
- Szemelyácz J. (2009). Kríziskezelés az addiktológiában. In Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.), *Mindennapi kríziseink*. Budapest: Oriold és Társai, 361-368.
- Van Heeringen, K., Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, 1, 63-72.

SZEPES MÁRIA, KOVÁCS ÉVA, BALOG PIROSKA

KRÍZIS A CSALÁDBAN - A CSALÁDI KAPCSOLATOK MINŐSÉGE ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖSSZEFÜGGÉSEI

1. A családi állapot és az egészség összefüggései

1.1. A „házastársi kapcsolat” és az egészség összefüggései

Jóllehet, számos kutatás a házasságot és a családot az egyén jóllétéért, testi-lelki egészségéért leginkább felelős intézményeként tartja számon (Kiekolt-Glaser és Newton, 2001, Robles és Kiekolt-Glaser, 2003), az utóbbi fél évszázadban a világ számos országában, így hazánkban is a család és a házasság intézményének megítélése és értéke jelentősen megváltozott (Dobossy és mtsai, 2002; Földházi, 2009). A házasság népszerűsége és stabilitása csökkent, a házassági életkor kitolódott, a válás, valamint a nem-házasodás egyre gyakoribb, elfogadottabb és kevésbé stigmatizált állapottá vált, és folyamatosan emelkedik az élettársi kapcsolatban élők, elváltak, illetve soha nem házasodók aránya.

A házasságot *egészségvédő* faktorként azonosító kutatások (amelyek elsősorban morbiditási és mortalitási mutatókat vizsgáltak) arra hívják fel a figyelmet, hogy a házások a nem házásokkal összehasonlítva egészségesebbek, boldogabbak és elégedettebbek. E vizsgálatok szerint a házásokat jobb szomatikus és mentális egészségi állapot, nagyobb pszichológiai jóllét, kevesebb krónikus betegség és hosszabb élettartam jellemzi (Kim és McKenry, 2002; Kopp és Skrabski, 2006; Peiro, 2006).

A házasság és a jóllét pozitív irányú kapcsolatának magyarázatára több modell született. A *szелеkciós elmélet* (Previt és Amato, 2003; Wade és Pevalin, 2004) azt feltételezi, hogy az egészségesebb egyének nagyobb valószínűséggel házasodnak és maradnak házások. A *protektív elmélet* (van Poppel és Joung, 2001) szerint a házasság önmagában védelmet jelent, míg a *forrás-modell* (Liu és Umberson, 2008) a házasságban elérhető jobb szociális, pszichológiai és gazdasági forrásokban látja a jobb életkilátásokat eredményező egészségvédő szerepet. A *stressz- vagy krízis-modell* az előzőekkel szemben inkább a házasság megszűnésére (válás, özvegyülés, különélés) fókuszál. Központi gondolata, hogy a kapcsolat megromlásával és/vagy megszakadásával járó feszültség az, ami aláássa a fizikai és mentális egészséget, és ez okozza a különbséget az eltérő családi állapotúak egészségi állapotában (Williams és Umberson, 2004; Amato, 2010).

E modellek tesztelésére tervezett kutatások arra a közös konklúzióra jutottak, hogy a *jó minőségű házastársi kapcsolat*, melyben a házastársak kölcsönösen elégedettek egymással és a házassággal, és ma is egymás mellett döntenének – határozottan egészségvédő. A *házastársi kapcsolat minősége*, a házasság működési jellemzői fiziológiai változásokkal járnak, és ennek hosszútávú következményei megmutatkoznak az egészségi állapot változásaiban. A *rossz házastársi kapcsolatból* adódó *házastársi stressz* viszont több úton is hozzájárul az egészség romlásához: indirekt úton a pszichiátriai zavarok, depresszió, szorongás előfordulási gyakoriságának, intenzitásának növekedésével, valamint az egészségkárosító magatartásformák útján (gyógyszer-, alkoholabúzus, elhízás, rossz étkezési szokások), ugyanakkor direkt úton a szív-érrendszer, neuroendokrin- és immunrendszer fiziológiai folyamataira hatva (Robles és Kiecolt-Glaser, 2003).

1.2. Az „elvált” családi állapot és az egészség összefüggései

Roškar és mtsai (2011) a *krízis modellt* erősítő tanulmányukban felhívják a figyelmet, hogy a családi állapotban bekövetkező változások (a válás, az özvegygé válás, de még az olyan pozitív változás is, mint a házasságkötés), az azt követő egy évben jelentősen megnövelik az öngyilkossági magatartás rizikóját.

A *válás*, mint a veszteség egy formája az egyik legstresszkeltőbb negatív életeseemény (Holmes és Rahe, 1967). Wade és Pevalin (2004) a Brit Háztartási Pannelvizsgálat adatait elemezve is azt hangsúlyozza, hogy a házasság felbomlása együtt jár a mentális egészség romlásával, ám már a válást megelőző négy évben kimutatható a pszichiátriai betegségek morbiditásának növekedése. Ugyanakkor az sem mindegy, hogy a válással milyen házasságból lépnek ki a felek. Azaz a házastársi kapcsolat minősége a válás szempontjából sem indifferens. Néhány vizsgálat azt mutatja, hogy a házasságból való kilépés nem mindig ássa alá az egészséget. Kposowa (2000) szerint a válás különösen a férfiakra van erősen negatív hatással, tanulmányukban beszámolnak arról, hogy a férfiak körében nőtt az öngyilkosság valószínűsége a válást követően, viszont egy másik tanulmány szerzői azt találták, hogy fiatal és középkorú férfiak válást követően jobb egészségről számoltak be (Williams és Umberson, 2004). Amato és Hohmann-Marriott (2007) azt találták, hogy a magas stresszel jellemezhető rossz házasságból való kilépés növelte a boldogságot, viszont az alacsony stresszel jellemezhető házasságból való kilépés a boldogság csökkenésével járt. Jóllehet a rossz minőségű házasságban/élettársi kapcsolatban élők mentális egészsége a legrosszabb és minden mutató tekintetében szignifikánsan rosszabb, mint az elváltaké, mégis az elváltak mutatói a jó kapcsolatban élőkéhez viszonyítva szignifikánsan rosszabbak (Balog, 2006; Kovács, Balog, Mészáros és Kopp, 2013). Összességében azt mondhatjuk tehát, hogy a válás, az exházasság minőségének szubjektív megítélésétől függetlenül is az egyik legmegterhelőbb élethelyzet, ami átmenetileg mindenképpen komoly stresszforrásnak tekintendő (Amato, 2010).

1.3. Az „élettársi kapcsolat” és az egészség összefüggései

Az *élettársi kapcsolatokat* is elemző vizsgálatok egy része azt mutatja, hogy a depresszió gyakoribb az élettársi kapcsolatban élők között a házasokhoz viszonyítva (Brown, 2000; Brown, Bulanda és Lee, 2005; Lamb, Lee és DeMaris, 2003). Brown és munkatársai (2005) a nagyszabású, követéses mintában azt találták, hogy az özvegyekkel, elváltakal összevetve az élettársak boldogabbnak és kevésbé depressziósnak bizonyultak, ám nem különböztek a soha nem házasodott egyedülállóktól. Az élettársi kapcsolatok törekenyebbnek tűnnek, mint a házasságok. Nagy részük néhány éven belül megszakad (Brown, 2000), és csak kisebb részük marad fenn hosszú távon vagy alakul át házassággá.

Bouchard (2006) ház-as-és élettársi kapcsolatban élő párokat követett két éven át, és azt találta, hogy az élettársak nagyobb valószínűséggel szakítottak, mint a házastársak, még akkor is, ha a felek viszonylag elégedettek voltak kapcsolatukkal. Egy másik tanulmányban azok a párok, akik az élettársi köteléket házassági kötelékre váltották, boldogabbnak, elégedettebbnek, kevésbé bizonytalannak jellemezték magukat, és kevesebb súlyos konfliktusról számoltak be, mint azok, akik élettársi kapcsolatban maradtak (Brown, 2004).

Amikor az élettársi kapcsolatokat megkülönböztették a kapcsolat minősége szerint, kiderült, hogy a *jó élettársi kapcsolatban* élők ugyanolyan jó mentális egészségi állapottal rendelkeztek, mint a jó házasságban élők, azaz a jó élettársi kapcsolat a jó házassághoz hasonlóan, egészségvédő szereppel bír. Ezzel egyidejűleg, a *rossz élettársi kapcsolatban* élőknek vannak a leggyakrabban öngyilkossági gondolataik, szignifikánsan gyakrabban, mint a többi családi állapotban élőknek, sőt a rossz házasságban élőknel is gyakrabban. Mivel az öngyilkossági gondolatok megjelenése fontos negatív indikátora a mentális egészségnek, azt mondhatjuk, hogy a rossz házasság még mindig nagyobb védelmet jelent a mentális egészség szempontjából, mint a rossz élettársi kapcsolat (Kovács és mtsai, 2013).

Az együttélés minőségét, legyen az házastársi vagy élettársi kötelék, a megélt pozitív és negatív élmények aránya alakítja: egyfelől a szeretet, a gondoskodás, az elégedettség, a támogatás érzése, másfelől az elvárások, konfliktusok, feszültségek érzése. Azok a házasságok, illetve élettársi kapcsolatok, amelyekben a pozitív érzések kerülnek túlsúlyba, támogatják a szomatikus és a mentális egészséget (Williams, 2003, Balog, 2008; Kovács és mtsai, 2013).

Elmondható tehát, hogy a harmonikus házastársi/élettársi kapcsolat fontos egészségvédő tényező, amely egyfajta „védőpárnaként” szolgálhat a negatív élet-eseményekkel, stresszorokkal való sikeres megküzdésben.

2. A család mint rendszer

A *rendszer szemléletű megközelítés* szerint a család olyan sajátos struktúrával rendelkező interperszonális rendszer, amely más kibernetikus rendszerekhez hason-

lóan működik. Tagjai kölcsönösen hatnak egymásra, azaz a rendszerben *feedback* mechanizmusok zajlanak. Mivel az egyén a struktúra egy eleme, viselkedése, szervi és pszichés tünetei is a rendszer működésének részeként értelmezhetőek. Ahogy az élő rendszerek jellemzője a homeosztázis, a családra is jellemző a *családi homeosztázis*: a család dinamikus egyensúlyi állapota az a rendezettség, aminek megbomlása a család visszarendeződési törekvéseit váltja ki. A stabilitás mellett a családi rendszer jellemzője az állandó változás, a gyerekek születésével, növekedésével, kirepülésével kapcsolatos *életciklusok* mentén is. Amikor a család átjut egy fejlődési fázison, a rendszeren belüli viszonyokat újra kell tárgyalni, ennek elmaradása szabályszerűen problémákat okoz. Egy adott struktúra mint rendszer, alkotóelemeire bontható, valamint maga is alrendszere egy nagyobb struktúrának. A család legkisebb egysége a *nukleáris család*, ezen belül is megkülönböztethető a *szülők* és a *gyerekek alrendszere*. A szerkezethez tartoznak azok a *határok*, amelyek az alrendszereket övezik és biztosítják a közlekedést egymás között. Annak alapján, hogy milyen könnyen léphető át, megkülönböztethetünk *tiszta, merev (rigid)* és *elmosódott (diffúz)* határokat (Buda, 1999, Bodonyi és Hegedűs, 2006).

Goldenberg és Goldenberg (2008) szerint a családot rendszerszemléletű megközelítésben megragadva a társadalom olyan egységének definiálhatjuk, amely egyéni szabály- és szereprendszert alakít ki, szervezett hierarchiájú, kifejleszti a kommunikáció és a problémamegoldás sajátos módjait. A családtagokat összeköti a közös előtörténet, a világról alkotott közös elképzelések és a közös cél érzése, továbbá az erős, kölcsönös, többgenerációs érzelmi kötődések és lojalítások. Számos tényező befolyásolja a család fejlődését, hiedelmeit, normáit, alkalmazkodási készségét és időbeli stabilitását, így a krízisekkel való megbirkózást is. Ilyenek: a rassz, az etnikum, a társadalmi osztály szerinti hovatartozás, az aktuális családi életciklus, az adott országban élő generációk száma, a szexuális orientáció, a vallási meggyőződés, tagjainak fizikai és mentális egészségi állapota, iskolázottsági foka, anyagi biztonsága, családi érték- és hiedelemrendszereik.

2.1. Stressz a családban

A családokat különböző *stresszhatások* érhetik, amelyeket Carter és McGoldrick (1989) két csoportba sorolt. *Vertikális hatásoknak* nevezte a generációkon átadódó kapcsolódási és együttműködési mintákat, azokat a családi attitűdöket, tabukat, elvárásokat, „címkéket” és hiedelmeket, amelyekben felnövünk. Vertikális stresszforrásnak tekinthetők tehát a korai traumák, a korai kötődési zavarok, valamint azok a negatív attitűdök, teljesíthetetlen elvárások, tabuk, melyek a nagyszülőkön, szülőkön keresztül átadódnak a gyerekeknek. *Horizontális hatásoknak* azokat a stresszforrásokat nevezte, amelyekkel a család fejlődése és életútja során találkozunk. Ide tartoznak ún. *normatív események*, amelyek általában minden család, szülőpár életében növelik a stressz-szintet, mint például az első gyermek születése, de az olyan kiszámíthatatlan, ún. *paranormatív események* is, mint például

egy családtag váratlan halála. Amennyiben e stresszhatások valamelyike túlsúlyba kerül, a család könnyen diszfunkcionálissá válik.

2.1.1. Stresszhatások és a gyermekek viselkedése, egészségi állapota

A fentiekben említett stresszhatások nemcsak a család felnőtt tagjainak egészségét, de a családban felnövő gyermekek egészségi állapotát is befolyásolják. Némelyik stresszforrás gyermekek egészségét befolyásoló hatásáról csak esettanulmányokból tudunk, de néhány stresszforrás esetében empirikus kutatások is rendelkezésünkre állnak. Ilyen például a vertikális stresszforrásnak tekinthető, generációkon átívelő *korai kötődési zavar* (Shah, Fonagy és Strathearn, 2010), melyet leginkább az elmúlt évtizedekben kutattak, és amelyről leírták, hogy összefügg a későbbi, serdülőkori viselkedészavarokkal, agresszív viselkedéssel (Fonagy, 2004), vagy a fiatal felnőttkorban diagnosztizált személyiségzavarral (Fonagy és Bateman, 2008).

A szakirodalomban számos helyen olvashatunk arról is, hogy a *válás* mint *paranormatív*, *horizontális* stresszforrás hogyan befolyásolja a gyermekek egészségi állapotát. Hetherington és mtsai (1993) longitudinális vizsgálataik eredményeként arra mutatnak rá, hogy a válás utáni hónapokban a gyermekek gyakran szorongóbbak, indulatosabbak, antiszociálisak és sokszor az iskolai teljesítményük is csökken. A leggyakoribb viselkedési problémájuk az *externalizáció*, azaz a gyermekek hajlamosabbak az agresszív és deviáns magatartásra, csökken a szociális válaszkészségük és kognitív képességeik is. Kisebb mértékben, de *internalizációs* zavarok is megjelennek, vagyis szorongásos, depresszív magatartás és szociális kapcsolatbeli problémák. Gyermekeknél a problémák általában csökkennek a családi konfliktusok rendeződésével. Turner és Barrett (1998) kimutatták, hogy azok a gyermekek, akik több konfliktust éltek át, szignifikánsan gyakrabban küzdöttek externalizációs problémákkal, szemben a kevesebb konfliktust átélő társaikkal. Katz és Gottman (1993) pedig longitudinális vizsgálatuk során azt találták, hogy három évvel a szülői konfliktusok rendeződése után is több externalizációs problémát jeleztek azoknak a gyerekeknek a tanárai, akik családjában előzőleg több konfliktus fordult elő. El-Sheikh és mtsai (2001) szerint a szülők között tapasztalt fizikai erőszak nemcsak a gyermekek internalizációs problémáinak *prediktora*, hanem testi-lelki egészségüket érintő problémákat is okoz. Fiatal felnőttkorban, hosszú idővel szülei válása után is előfordulhatnak problémák személyes kapcsolataik vagy munkahelyi teljesítményük terén. Rosszabbak az anyagi körülményeik, gyakrabban munkanélküliek és többször merül fel kapcsolati problémájuk a házastársukkal, a gyermekeikkel és a szüleikkel (Keith és Finlay, 1988; McLeod, 1991; Cooney, 1994; White, 1992).

MacKinnon (1989) elvált és nem elvált családokat vizsgált. Arra kereste a választ, hogy a szülők egymással való kapcsolata és ugyanabban a családban a gyermekek egymással való kapcsolata hogyan függ össze. Azt találta, hogy azokban a családokban, ahol a szülők kapcsolata *konfliktuózusabb*, ott a testvérek között is gyakoribbak a konfliktusok.

Kot és Shoemaker (1999) szerint a házasság felbomlása vagy a család szerkezete önmagában nem határozza meg a gyermek válás utáni jóllétét. Azt találták, hogy a gyermekek és a serdülők új helyzetéhez való alkalmazkodását, illetve ennek feldolgozását elsősorban a szülői konfliktusok hatása illetve a családi dinamika befolyásolja. Néhány vizsgálat arra utal, hogy a gyermekeknél a válás után tapasztalt viselkedésbeli problémák kialakulásában a válás előtti történéseknek, a szülői hatásoknak van komolyabb szerepük. A házastársi konfliktusok mellett a szülők általában kevesebb gondot fordítanak a nevelésre (Gottman és Katz, 1989), fegyelmezési stílusuk következetlen (Emery, 1982), durva és agresszív, a szülő-gyermek kapcsolat pedig bizonytalan (Howes és Markman, 1989).

Mechanic és Hansell (1989) azt találta, hogy azok a gyermekek, akiknek elváltak a szülei, és ezáltal környezetükben jelentősen csökkentek a konfliktusok, magasabb pontszámot értek el a jóllét skálán, mint azok a kortársaik, akiknek nem váltak el a szülei, de lényegesen konfliktuózusabb környezetben éltek. Tehát a válás hatása nem szükségszerűen negatív: ha a konfliktuózus vagy elhanyagoló családot egy harmonikusabb, biztonságosabb környezet váltja fel (például nagyszülőknél), csökkenhetnek a gyermeknél jelentkezett problémák (Amato, Loomis és Booth, 1995). Amato, Kane és James (2011) tanulmányukban azt vizsgálták, hogy a „jó válás” megóvja-e a gyermekeket a válás negatív következményeitől. A válás után együttműködő szülőpáros gyermekei mutatták a legkevesebb viselkedészavart, és nekik volt a legjobb kapcsolatuk az apjukkal (szemben a „párhuzamosan” működő szülők, vagy az egyedül maradt szülők gyermekeivel). A többi vizsgált mutató alapján nem mutatkozott különbség a gyermekek között, emiatt a szerzők konklúziójukban megkérdőjelezzik a „jó válás” hipotézist.

2.1.2. A szülők rossz házassága mint krónikus stressz és a gyermekek egészségi állapota

A *szülők rossz házassága*, a közöttük lezajló gyakori, viharos és sokszor feloldatlanul maradt konfliktusok komoly, adott esetben hosszú időn át jelenlévő, *krónikus stresszforrást* jelentenek a gyermek életében. Erre a gyermekek gyakran testi, szomatikus tünetek képzésével reagálnak. Azt is megfigyelték, hogy az erre hajlamos gyermekek gyakran az érzelmi és pszichoszociális problémákból fakadó feszültséget és aggodalmat fejezik ki testi tünetek formájában (Parsons és Wakely, 1991). A szülői konfliktusok sok esetben hozzájárulhatnak internalizációs és externalizációs problémák kialakulásához is (Whitson és El-Sheikh, 2014; Lee, Beauregard, és Bax, 2005).

Számos vizsgálat kimutatta a konfliktuózus családi légkör és a depresszió kapcsolatát (Williamson és mtsai 1998; Tennant, 2002; Sund, Larsson és Wichstrøm, 2003). Størksen, Røysamb, Holmen és Tambs, (2006) szignifikáns kapcsolatot mutatott ki a szorongásos és depresszív tünetek és a szülők válása között, mely lányoknál kifejezettebb volt.

Lundberg (1993) egy reprezentatív felmérést végzett Svédországban, melyben a felnőttkori betegségeket és mortalitást befolyásoló tényezőket vizsgálta és azt találta, hogy a gyermekkort végigkísérő konfliktuózus családi légkör erősebb *prediktora* a felnőttkorban kialakult betegségeknek és a mortalitásnak, mint a szülők válása, vagy az anyagi gondok. Johnston, González és Campbell (1987) vizsgálatának tárgyát azok a 4-12 éves gyermekek képezték, akiknek a szülei válófélben voltak, és arról vitatkoztak, hogy a gyermek felügyeletét és szétköltözés utáni gondozását hogyan oldják meg. Megvizsgálták a gyermekek állapotát először ebben a kritikus időszakban, majd két és fél évvel később. Az, hogy hányszor keveredett bele a gyermek a konfliktusokba, továbbá a szülők közti szóbeli és fizikai agresszió mértéke mind hozzájárultak a gyermek későbbi viselkedésbeli problémáihoz, visszahúzódnak, kommunikációtól tartózkodó viselkedéséhez, szomatikus panaszaihoz, depressziójához és agressziójához. A nemnek és az életkornak nem volt fő hatása a problémákra, bár két év után azok a lányok, akik több konfliktust éltek át depressziósabbak és visszahúzódnak lettek, illetve az idősebb gyermekek több szomatikus panaszt mutattak és agresszívebben viselkedtek.

Bagdy (1995) az átmeneti, enyhébb esetekkel kapcsolatban így fogalmaz: „A gyermek magatartászavarai és tünetei nem épülnek be olyan tartósan és mélyen a személyiségbe, és nem szervülnek úgy, mint a felnőttkori tünetek. Sok esetben csak elszigetelt jelenségek maradnak, melyek lezajlását nem követi az egész személyiségfejlődés hibás vágányra kerülése. Az átmeneti zavar tehát nem határozza meg a későbbi felnőttkori lelki betegség alapját vagy előzményeit.”

2.1.3. A családi kapcsolatok minősége és a leggyakoribb gyermekkori pszichoszomatikus zavarok összefüggései

A pszichoszomatikus zavarokról olyan esetekben beszélhetünk, ahol a betegség kialakulásában pszichés túlsúly fedezhető fel, a szervi okot pedig kizárták. Minuchin (1995) végezte a legismertebb kutatásokat különböző pszichoszomatikus tüneteket hordozó családokkal és a következő jellemzőket állapította meg, amelyek a betegség típusától függetlenek voltak:

- elmosódott határok, a szerepek és feladatok összekeverednek, gyakran hiányzik a személyes tér
- túlvédés, különösen a tünet megnyilvánulásakor
- merev szabályok, a külvilággal való kapcsolat ritka
- a konfliktusok nyílt kifejezésének kerülése, sokszor a gyermek bevonásával a szülői konfliktusokba

Minuchin (1995) megfigyelte asztmás és pszichoszomatikus cukorbeteg gyermekek családjában, hogy a gyermek rosszuléte rendszerint a szülők közötti feszültség növekedésekor következett be. Fontos hangsúlyozni azonban, hogy a családi jellemzők nem tekinthetők a betegség okának, pusztán hozzájárulnak a betegség-

hez egy soktényezős rendszerben. A pszichoszomatikus betegségek kiváltásában szerepet játszhatnak a váratlan traumák (pl. szülő elvesztése), kisebbrendűségi érzés és egyéb személyiségen belüli tényezők, rendszertelen napirend, túlzott iskolai elvárások, autoriter pedagógia és hipochondria is (Demcsákné, 1982).

A családi tényezők szerepe kiemelt anorexia nervosában (AN) és bulimia nervosában (BN). Szerepük nem oki (Túry és Szabó, 2000), azonban az evészavarok fennmaradásához a családi kapcsolatok is szükségesek (Colahan és Senior, 1995, id. Túry, 2000). Valószínűleg ez utóbbi magyarázza, hogy a gyermek és serdülőkori AN terápiájában eddig a családterápia az egyedüli bizonyítottan hatékony eljárás, amely a hosszútávú kimenetel szempontjából a legkedvezőbb hatású (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004, id. Túry és Pászthy, 2008). Marcus és Wiener (1989, id. Túry, 2000) szerint az AN-sok családjában jellemző a negatívizmus, a figyelem középpontjába kerülés, figyelemelterelés, gyermekiesség, attraktivitás és önbüntetés. A családindinamikai jellemzőket Dévald (1993, id. Túry, 2000) így foglalja össze: a beteg anyjának személyisége a felszínen adakozó, önfeláldozó, de a mélyben érzékeny, sebezhető. Az apák személyisége szintén kettősséget mutat. Egyrészt erősek, sikeresek, másrészt dependensek, alacsony önértékelésűek, nőgyűlölők. A gyermek személyiségének részei ennek megfelelően különböző ütemben alakulnak: egyrészt gyors, intellektuális fejlődés, másrészt erősen függő személyiség figyelhető meg. A BN-s betegek családjában erősebbek az interperszonális határok és kevésbé kerülnek a konfliktusokat, mint az AN-s családok, de a családi szerveződésük kevésbé stabil. A BN-s betegek családjában a szülők inkább ellenségesek és elhanyagolóak, akiknek a beteg dühösen veti magát alá. A szülők nehezen találják meg a kontroll és a kornak megfelelő autonómia egyensúlyát, továbbá gyakran lép fel véleménykülönbség köztük a gyermeknevelést illetően. A szülők gyakran érzelmenküli kontrollt gyakorolnak a gyermek felett (Eisler, 1995; Vandereycken, 1995, id. Túry, 2000).

A családi határok szerepe megjelenik a gyermekek éjszakai ágybavizelése, az enuresis nocturna (EN) esetén is. Elsődleges EN-ről beszélünk, ha a gyermek még nem volt szobatiszta folyamatosan legalább fél évig, másodlagos EN-ről pedig, ha minimum fél év szobatisztaság után újra elkezd bepisilni (Hjalmas és mtsai, 2004). Fischel és Wallis (2014) szerint, ha nyilvánvaló pszichológiai okok, stressz következtében (például költözés, testvér születése) rövid ideig jelentkezik a tünet, akkor nem tekinthető patológiás zavarnak. A tünet kiváltása itt is soktényezős folyamat, azonban bizonyos családi tényezők szerepet játszhatnak a fenntartásában. Stein (1998) szerint ide tartoznak a szülő-gyermek konfliktusok. Vivian, Fischel és Liebert (1986) szerint viszont a konfliktusok nem okai, hanem következményei az EN-nek. Protinsky és Dillard (1983) megfigyelték, hogy az EN családoknál jellegzetes az egyik szülő túlzott bevonódása a gyermek dolgaiba.

A családi hatások szerepe igazolt még a gyermekek egyik leggyakoribb pszichoszomatikus tünete, a pszichogén fejfájás esetén, valamint az obesitas és különböző allergiák kialakulásában, fennállásában is (Cziegler, 2009).

3. A diszfunkcionális és a jól működő családok

3.1. A diszfunkcionális és a jól működő családok jellemzői

Virginia Satir (1999), a családterápia egyik meghatározó személyisége, a problémás családokról a következőképpen ír: „Néha úgy érzem, hideg van... túlságosan udvarias a légkör, és mindenki nyilvánvalóan unatkozik... máskor azt érzem, mintha minden állandóan forogna... hamarosan elszedülök és nem találom az egyensúlyomat. Vagy rossz előítéletekkel terhes a levegő, amely mint a vihar előtti csend, bármely pillanatban mennydörgés és villámlás törhet ki. Sokszor minden titkokkal van tele. Néha nagy szomorúságot érzek... aztán rájövök, hogy azért, mert az okokat elleplezik... Testük merev, feszes, vagy éppen petyhüdt. Az arcuk mogorva, szomorú, vagy üres... szemüket lesütik, kerülnek mások tekintetét. Olyan, mintha nem hallanának. A hangjuk éles, fülsértő vagy pedig alig hallható. A családtagok a barátság nem sok jelét mutatják, és alig van örömük egymásban.”

Az egészséges, éltető családokat így jellemzi: „Azonnal érezni lehet az eleveniséget, természetességet, őszinteséget és szeretetet. Érzem, hogy szívük és lelkük ugyanúgy jelen van, mint a fejük. Az emberekből szeretet, értelem és az élet iránti tisztelet sugárzik.”

Hoyer (2003) elsősorban a deviáns viselkedést mutató fiatalok családjára vonatkozóan a következő családi diszfunkciókat említi:

- a családtagok nem tanultak meg érzéseikkel és problémáikkal azonosulni
- nem tudják, hogy rossz érzéseiket hogyan oldják meg
- nem képesek őszinték lenni magukkal vagy a másikkal szemben
- jelszavuk: „nem érzünk! nem beszélünk! nem bízunk!”
- a rossz érzések megoldatlansága valamilyen külső viselkedésben nyilvánul meg
- a családok közti határok merevek vagy rendezetlenek
- a családi szerepek felcserélődnek
- a sérelmeket évek múlva is felemlégetik, és nem tudnak megbocsátani egymásnak
- sok energiát fektetnek abba, hogy kívülről fenntartsák a látszatot, de közben belül gyűlik a szégyenérzet
- titok, rejtegetnivaló és a látszattal való törődés miatt az igazi szükségleteiket nem tudják kielégíteni
- csökken az egymás segítésére fordított energia.

Ennek következménye a gyakori egymásra mutogatás, destruktív vádaskodás, egymás címkézése, „Szégyelld magad!” üzenet a gyermeknek.

A jól működő családban ezzel szemben világos értékek vannak. Lassan, rugalmasan és folyamatosan változnak, a stresszt adekvát módon kezelik, kimutatják érzéseiket, vannak családi rituálék, támogatják egymást érzelmileg, tisztelik

egymást és bizalommal fordulhatnak egymáshoz, a felelősség megosztott, mindenkinek megvan a maga feladata, a kommunikáció nyílt, mindenkinek fontos a véleménye.

3.2. A diszfunkcionális családok kezelése – a családterápiák szerepe

A családi diszfunkciók leírásában az egyes családterápiás modellek máshová helyezik a hangsúlyt, illetve másban látják a problémák gyökerét. A *pszichodinamikus irányzat* képviselői a családtagok múltbeli, megoldatlan konfliktusaiban látják a diszfunkciók kiindulópontját. Ide sorolhatók az *intergenerációs elméletek*, amelyek a generációkon átívelő minták szerepét hangsúlyozzák. A *transzgenerációs irányzat* képviselői a családtagok egymás iránti etikai felelősség kialakításával próbálják helyreállítani az egyensúlyt. Szintén a múlt eseményein dolgoznak a *narratív irányzat* képviselői, céljuk az egyén elválasztása a problémától. A *tárgykapcsolat irányzat* képviselői a korai kapcsolati mintákra figyelnek és a családi triangulációk feloldásában látják a megoldást. A *strukturális* a jelenre fókuszálnak, a családi szerepek, a családtagok közötti határok, alrendszerek, szabályok korrekcióját, újraszstrukturálását célozzák meg. A *stratégás irányzat* képviselői a tünet(ek) kommunikációs jelentésére fókuszálnak, és „stratégiájuk” a kommunikáció megváltoztatása: humorral, pozitív újrafogalmazással, paradoxonok, metaforák alkalmazásával. A *megoldásközpontú irányzat* elveti a funkcionális/diszfunkcionális megjelölést és csak a korábban bevált, jó megoldásokra irányítja a család figyelmét (Goldenberg és Goldenberg, 2008; Túry és mtsai, 2009). Gottman, aki nem tudott azonosulni maradéktalanul egyetlen családterápiás irányzattal sem, a családtagok *érzelmi intelligenciájának* fejlesztésére helyezi a hangsúlyt (Gottman és Silver, 1999).

Elmondható tehát, hogy a családterápiák célja közös: a tünet, illetve probléma megszüntetése, amellyel a család jelentkezett, de az ehhez vezető útjuk, módszereik különbözőek. Sok terapeuta nem tart ki egyetlen módszer mellett, hiszen az egyes családtagok igényei igen különbözőek lehetnek, szemben az egyéni terápiával, ahol ez a probléma nem merül fel (Goldenberg és Goldenberg, 2008).

4. A családi dinamika és az egészségi állapot összefüggéseit vizsgáló kutatások jelentősége

Az egészségügyi rendszerek jogos elvárása, hogy a különböző beavatkozási, családterápiás módszerek hatékonyságáról szóló közlemények empirikus vizsgálatokon, tudományos bizonyítékokon alapuljanak. A családot nagyító alá vevő tudományos vizsgálódások egyik célja a jelenségek feltárása, a hipotézisalkotás, vagyis a *kvantitatív kutatás*, melynek eszközei közé tartoznak: a mélyinterjú, a fókusz-csoport, és videofelvételek elemzése is. A vizsgálódások másik célja a hipotézisek tesztelése, bizonyítékok gyűjtése nagyszámú mintán, amelyet a *kvantitatív kutatás* tesz lehetővé. Legelterjedtebb módszerek ebben a műfajban a kérdőíves vizsgálatok.

A házastársi kapcsolat minőségének mérésére leggyakrabban használt skálák: a Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1979), a Marital Adjustment Test (Locke és Wallace, 1959; Freeston és Pléchaty, 1997), a Conflict Tactics Scale (Straus, 1979) és a Stockholm Marital Stress Scale (Orth-Gomér és Chesney, 1997; Balog, Székely, Szabó és Kopp, 2006). A családok kutatásában gyakran használt skálák: a Beavers Interactional Competence Scale (Beavers és Hampson, 2000) valamint a Family Environment Scale (Moos, Insel és Humphrey, 1974). A hazai családkutatásban is jól ismert kérdőívek: a Családi Felmérő Kérdőív (FAD, Family Assessment Device, Keitner és mtsai, 1990), amelynek alapja a családi működés McMaster modellje, valamint az Olson-féle Családteszt (Vargha és Tóth, 2007), amely az ún. cirkumplex modellen alapul (Olson, Russel és Sprenkle, 1989). A Szülői Konfliktusok Érzékelését Mérő Skálát (Szepes, Czeglédi, Urbán, Horváth és Balog, 2014) annak mérésére fejlesztették ki, hogy a gyermekek hogyan érzékelik a szüleik között zajló konfliktusokat. Az interjúk módszerek közül a McMaster félig strukturált interjú ismert (Bishop, Epstein, Keitner, Mille és Zlotnick, 1980). Jelenleg a hosszú évekig tartó *utánkövetéses vizsgálatok, folyamatkutatások* is egyre nagyobb hangsúlyt kapnak, melyek segítségével azonosítani lehet a hatékonyabb beavatkozási pontokat, terápiás eljárásokat és a családtagok viselkedésének változásához vezető elemeket (Sprenkle, 2003).

Irodalom

- Amato, P.R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650-666.
- Amato, P. R., Kane, J. B., és James, S. (2011). Reconsidering the „Good Divorce”. *Family Relations*, 60(5), 511-524.
- Amato, P. R., Loomis, L.S., és Booth A. (1995). Parental divorce, marital conflict and offspring well-being in early adulthood. *Social Forces*, 73(3), 895-916.
- Amato, P.R., és Hohmann-Marriott, B. (2007). A comparison of high-and low-distress marriages that end in divorce. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 621-638.
- Bagdy, E. (1995). *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Balog, P. (2006). Házasság és életminőség: házasság, házastársi stressz, válás. In Kopp M., és Kovács M. E. (Szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Budapest: Semmelweis Kiadó, 233-244.
- Balog, P. (2008). A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M. (Szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 240-249.
- Balog P., Székely A., Szabó G., és Kopp M. (2006). A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 193-202.
- Beavers, R., Hampson, R. B. (2000). The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 128-143.

- Bishop, D., Epstein, N., Keitner, G., Miller, I., Zlotnick, C. (1980). *The McMaster structured interview for family functioning*. Providence, Rhode Island: Brown University Family Research Program.
- Bodonyi, E., Hegedűs, J. (2006). A család fogalmának értelmezése. In Hegedűs J. (szerk.), *Család, gyerek, társadalom.*, Budapest: ELTE PPK, 9-12.
- Bouchard, G. (2006). Cohabitation versus marriage: The role of dyadic adjustment in relationship dissolution. *Journal of Divorce and Remarriage*, 46(1—2), 107-117.
- Brown, S. L. (2000). The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitators versus marrieds. *Journal of health and social behavior*, 41(3), 241-255.
- Brown, S. L. (2004). Moving from cohabitation to marriage: Effects on relationship quality. *Social Science Research*, 33(1), 1-19.
- Brown, S. L., Bulanda, J. R., Lee, G. R. (2005). The significance of nonmarital cohabitation: Marital status and mental health benefits among middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(1), 21-29.
- Buda B. (1999). Irányzatok és integráció a családterápiában. *Psychiatria Hungarica*, 14(6) 644-65.
- Carter, B., McGoldrick, M. (1989). *The changing family lifecycle*. Boston MA: Allyn and Bacon.
- Colahan, M., Senior, R. (1995). Family patterns in eating disorders; going round in circles, getting nowhere fasting. In G. Szmukler, C. Dare és J. Treasure (Szerk.), *Handbook of Eating Disorders, Theory, Treatment and Research*. New York: John Wiley, 243-257.
- Cooney, T. M. (1994). Young adults' relations with parents: The influence of recent parental divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 45-56.
- Cziegler O. (2009). Pszichológiai gondozás a gyermekgyógyászatban. In Kopp M., Berghammer R. (Szerk.), *Orvosi pszichológia*. Budapest: Medicina, 420-430.
- Demcsákné Kelen, I. (1982). *Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és ifjúkorban*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Dévald P. (1993). *Öndesztuktivitás az evészavarokban*. Budapest: A Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet kiadványa.
- Dobossy, I., Gödri I., Kamarás F., Kapitány B., Pongácz T., Spéder Zs., S. Molnár E., Virág E. (2002). Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet. Gyorsjelentés. szerk: Spéder, Zs. Letöltés helye: <http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Muhelytanulm/muhtan1.pdf>, Letöltés dátuma: 2014. 06. 08.
- Eisler, I. (1995). Family models of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, J. Treasure (Szerk.), *Handbook of Eating Disorders, Theory, Treatment and Research*. New York: John Wiley, 155-176.
- El-Sheikh, M., Harger, J., Whitson, S. M. (2001). Exposure of interparental conflict and children's adjustment to physical health. The moderating role of vagal tone. *Child Development*, 72(6), 1617-1636.

- Emery, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92(2), 310-330.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (1994). Nocturnal enuresis and behavioral problems in adolescence: a 15-year longitudinal study. *Pediatrics*, 94(5), 662-668.
- Fischel, J. E., Wallis, K. E. (2014). Enuresis and Encopresis: The Elimination Disorders. In Lewis, M., Rudolph, K. D. (Szerk.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. US: Springer, 631-648.
- Fonagy, P. (2004). Early - Life Trauma and the Psychogenesis and Prevention of Violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036(1), 181-200.
- Fonagy, P., Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*. 22(1), 4-21.
- Földházi, E. (2009). Családszerkezet. Letöltés helye: http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/DemPort/09foldhazi_csaladszerkezet.pdf, Letöltés dátuma: 2014. 06. 08.
- Freeston, M. H., Pléchaty, M. (1997). Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: is it still relevant for the 1990s? *Psychological Reports*. 81(2), 419-34.
- Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2008). *Áttekintés a családról három kötetben*. Budapest: Animula Kiadó.
- Gottman, J. M., Katz L.F. (1989). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology* 25(3), 373-381.
- Gottman, J.M., Silver, N. (1999). *A boldog házasság hét titka*. Budapest: Vince Kiadó.
- Harkány, É., Koltai, M. (2009). Krízisek a családban – családi krízisek In Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A. (Szerk.), *Mindennapi kríziseink*. Budapest: Oriold és Társai, 157-171.
- Hetherington, E. M. (1993). An overview of the Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 7(1), 39-56.
- Hjalmas, K., Arnold, T., Bower, W., Caione, P., Chiozza, L., Von Gontard, A., Han, S. W., Husman, D. A., Kawachi, A., Läckgren, G., Lottmann, H., Mark, S., Rittig, S., Robson, L., Vande Walle, J., Yeung, C. (2004). Nocturnal enuresis: An international evidence based management strategy. *The Journal of urology*, 171(6), 2545-2561.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Howes, P., Markman, H. (1989). Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation. *Child Development* 60(5), 1044-1051.
- Hoyer, M. (2003). A család mint színtér: az egészségesen működő család és a diszfunkcionális család. *Fejlesztő Pedagógia*, 14(2-3), 48-51.
- Johnston, J. R., González, R., Campbell, L.E. (1987). Ongoing postdivorce conflict and child disturbance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 493-509.

- Katz, L. F., Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29(6), 940-950.
- Keith, V. M., Finlay, B. (1988). The impact of parental divorce on children's educational attainment, marital timing and likelihood of divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 50(3), 797-809.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E., Fodor, J., Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. (1990). A cross-cultural study of family functioning. *Contemporary Family Therapy*, 12(5), 439-454.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Newton, T. L. (2001). Marriage and Health: His and Hers. *Psychological Bulletin*, 117(4), 472-503.
- Kim, H. K., McKenry, P. C. (2002). The Relationship Between Marriage and Psychological Well-being A Longitudinal Analysis. *Journal of Family Issues*, 23(8), 885-911.
- Kopp M., Skrabski Á. (2006). A támogató család, mint a pozitív életminőség alapja. In Kopp, M., Kovács, M. E. (Szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 220-232.
- Kot L., Shoemaker, H. (1999). Children of divorce: An investigation of the developmental effects from infancy through adulthood. *Journal of divorce and Remarriage* 31(1-2), 161-178.
- Kovács É., Balog P., Mészáros E., Kopp M. (2013). A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 14(3), 205-230.
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254-61.
- Lamb, K. A., Lee, G. R., DeMaris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 953-962.
- Liu, H., Umberson, D. J. (2008). The times they are a changin': marital status and health differentials from 1972 to 2003. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(3), 239-253.
- Locke, H. J., Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Lundberg, O. (1993). The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine*, 36(8), 1047-1052.
- MacKinnon, C. E., (1989). An observational investigation of sibling interactions in married and divorced families. *Developmental Psychology*, 25(1), 36-44.
- Marcus, D., Wiener, M. (1989). Anorexia nervosa reconceptualized from a psychosocial transactional perspective. *American journal of orthopsychiatry*, 59(3), 346-354.
- McLeod, J. D. (1991). Childhood parental loss and adult depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), 205-220.
- Mechanic, D., Hansell, S. (1989). Divorce, family conflict and adolescents' well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(1), 105-116.

- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1995). *Pszichoszomatikus családok*. Budapest: Animula.
- Moos, R. H., Insel, P. M., Humphrey, B. (1974). *Preliminary manual for family environment scale, work environment scale, group environment scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: a national clinical practice guideline*. London: NICE.
- Olson, D. H., Russell, C. S., Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. New York: Haworth Press.
- Orth-Gomér, K., Chesney, M.A. (1997). Social stress/strain and heart disease in women. In D.G. Julian, és N. K. Wenger (szerk.), *Women and heart disease*. London: Martin Dunitz Ltd., 407–420.
- Parsons, C. D., Walkey, P. (1991). Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life. *Culture, medicine and psychiatry* 15(1), 111-132.
- Peiro, A. (2006). Happiness, satisfaction, and socio-economic conditions: Some international evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 348-365.
- Previti, D., Amato, P. R. (2003). Why stay married? Rewards, barriers, and marital stability. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 561-573.
- Protinsky, H., Dillard, C. (1983). Enuresis: A family therapy model. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(1), 81-89.
- Robles, T. F., Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & behavior*, 79(3), 409-416.
- Roškar, S.1., Podlesek, A., Kuzmanić, M., Demšar, L.O., Zaletel, M., Marušič, A. (2011). Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis*, 32(1), 24-30.
- Satir, V. (1999). *A család együttélésének művészete*. Budapest: Coincidencia.
- Shah, P. E., Fonagy, P., Strathearn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 15(3), 329-45.
- Spanier, G. B. (1979). The measurement of marital quality. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 5(3), 288-300.
- Sprenkle, D. H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 85-96.
- Stein, S. M. (1998). Enuresis, early attachment and intimacy. *British Journal of Psychotherapy*, 15(2), 167-176.
- Størksen, I., Røysamb, E., Holmen T. L., Tambs K. (2006). Adolescent adjustment and well-being: effects of parental divorce and distress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(1), 75-84.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intra family conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75-88.

- Sund, A. M., Larsson, B., Wichstrøm, L. (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 588-597.
- Szepes, M., Czeglédi, E., Urbán, R., Horváth, K., Balog, P. (2014). A Szülői Konfliktusok Észlelését MÉRŐ Skála hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(2), 139-170.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 173-182.
- Turner, C. M., Barrett, P. M. (1998). Adolescent adjustment to perceived marital conflict. *Journal of Child and Family Studies*, 7(4), 499-513.
- Túry F. Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Túry F., Hajnal Á., Kopp M., Berghammer R., Szendi G., Fóris N. (2009). A pszichoterápia alapjai. In Kopp M., Berghammer R. (Szerk.), *Orvosi pszichológia*. Budapest: Medicina, 453-490.
- van Poppel, F., Joung, I. (2001). Long-term trends in marital status mortality differences in The Netherlands 1850-1970. *Journal of Biosocial Science*. 33(2), 279-303.
- Vandereycken, W. (1995). The families of patients with an eating disorder. In K. D. Brownell, C. G. Fairburn (Szerk.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford, 219-223.
- Vargha, A., Tóth, M. (2007). Az Olson-féle családteszt magyar adaptációja. In Bagdy E., Mirnics Zs., Vargha A. (Szerk.), *Egyén – Pár – Család. Tanulmányok a pszichodiagnosztikai tesztadaptációs és tesztfejlesztési kutatások köréből*. Budapest: Animula, 288-309.
- Vivian, D., Fischel, J. E., Liebert, R. M. (1986). Effect of “wet nights” on daytime behavior during concurrent treatment of enuresis and conduct problems. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(4), 301-303.
- Wade, T. J., Pevalin, D. J. (2004). Marital transitions and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 155-170.
- White, L. (1992). The effect of parental divorce and remarriage on parental support of adult children. *Journal of Family Issues*, 13(2), 234-250.
- Williams, K. (2003). Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. *Journal of health and social behavior*, 44(4), 470-487.
- Williams, K., Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 81-98.
- Williamson, D.E., Birmaher, B., Frank, E., Anderson, B. P., Matty, M. K., Kupfer, D. J. (1998). Nature of life events and difficulties in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(10), 1049-1057.

AZ IDŐSKOR MINT KRÍZIS

1. Bevezetés

Ez a fejezet az időskori krízisekbe és a hozzájuk kapcsolódó ismeretanyagba próbál bepillantást engedni. A téma összetettsége miatt tulajdonképpen átszövi és összefoglalja mindazt a tudást, amelyet a gerontológia¹ magába foglal, és szerteágazósága miatt nem állítjuk, hogy hiánytalan lesz az áttekintés. Sok esetben csak utalni tudunk kapcsolatokra, ezért, ha az érdeklődő olvasó részletesebben szeretne elmélyedni egy-egy vonatkozó területen, akkor a jelzett hivatkozások segíthetnek a további tájékozódásban.

A vázolt kapcsolódási pontokat fontosnak tartjuk, mert utat mutatnak a szakembernek abban, hogy az időskori életesemények egyéni folyamatának feltérképezésében a megfelelő kérdéseket tegye fel, értse az összefüggéseket és ezáltal megfelelően értékelje a válaszokat. Az aktuális nehézségeket, megterheléseket, krízist okozó stresszorokat hiba lenne önmagukban szemlélni. A teljes életút és az aktuális élethelyzet kontextusa adja meg azt a hátteret, melyben értelmet nyernek az időskorhoz tartozó fejlődési krízisek és azok megoldásai, illetve az emellett felbukkanó akcidentális krízisek.

A legfontosabb időskorral járó normatív fejlődési krízisek érintik a kapcsolati, fiziológiai, mentális változásokat és a szociális funkciók és szerepek átstrukturálódását. Az integritás hiánya, a rugalmatlan megküzdési módok, az elhárító mechanizmusok túlsúlyba kerülése esetén az említett normatív krízisek a kétségbeesés mentén akár patológiába is torkollhatnak (depresszió, szorongás, szuicid veszélyeztetettség) (Osváth, 2012). Annak ellenére, hogy az említett életesemények többségében veszteségek megélését jelentik², mégsem kell feltétlenül negatív kimenetelhez vezetniük.

A veszteségek megélése, feldolgozása, rugalmas megküzdési módok alkalmazása lehetővé teszi, hogy ezek a tapasztalatok is integrálhatóak legyen az időskori identitásba. Pozitív megoldások túlsúlya esetén nem csak az időskori énfeljlődés valósítható meg, hanem ezáltal megnyílik az út az időskori bölcsesség eléréséhez is. Célunk a korábbi életszakaszok és az időskor speciális kihívásai által létrejövő kapcsolódási pontokra való rámutatás, azok körüljárása és a megértés segítése, hogy a szakember ebben az életszakaszban is megfelelően tudja segíteni a rábízott klienst és/vagy családját.

¹ Gerontológia = öregedéstudomány (gör. géron – öregember)

² „...az időskori élményvilágot már egyértelműen a veszteségtúlsúly uralja.” (Osváth, 2012. 269.)

1. 1. Az időskor szemlélete

Először azt a háttérter szeretnénk bemutatni, amelyben az időskort szemléljük, annak minden ellentmondásával, kettősségével, kihívásaival és lehetőségeivel együtt. Már az időskor definiálása sem egyszerű feladat, számtalan tudományos mű foglalkozik behatóan a különféle fogalmak és koncepciók elkülönítésén, vagy az azonoságok meghatározásán (Bárdos, 2006; Füzesi, Törőcsik és Lampek, 2013).

Biológiailag, szociológiailag és pszichológiailag is más-más szempontok szerint fogalmazhatjuk meg az idősödés folyamatát és az időskorba való belépés küszöbét. Azonban olykor a pontosnak tűnő definíciók is csalódást okozhatnak. Ha például fiziológiai változásokhoz kötötten szeretnénk megválaszolni azt a kérdést, hogy mikor kezdődik az öregedés, akkor sincs egyszerű dolgunk. Ha az időskor kezdetének a biológiai érés (maturáció) befejeződését és a szaporodóképesség elvesztését tekintjük³, és a folyamatos progresszió végpontja a szervezet halála, akkor is nehéz lenne pontos életévet mondani. Hiszen előfordul, hogy valaki már a negyvenes éveiben, de van aki csak hatvan, hetvenévesen vagy még később veszíti el a fogamzóképeségét.⁴

A definíciós nehézségek mellett az időskor és az idősök megítélését is érdemes figyelembe vennünk. A mai ember idegenkedik és fél az öregedéstől⁵, annak ellenére, hogy a társadalmunk egyik sokat hangoztatott és legmarkánsabb jellemzője az előregedés. Az idősök tisztelete (az idős mint a bölcsesség hordozója) és az időskorral járó társadalmi privilégiumok eltűnőben vannak, és ezzel párhuzamosan az idős korosztály okozta társadalmi teher (nyugdíj, egészségügyi ellátás biztosítása) egyre nyomasztóbbá válik a fiatalabb generációk számára is. Ezzel egyidőben, az idős populáció egyre kifejezettebben a gazdasági érdekek célcsoportjává válik, melynek ellátására és kiszolgálására új iparágak jelennek meg, alakulnak át, rendezkednek be. A reklámok vagy az egészségügy újfajta felhasználóivá váltak az idősök, akik már kevésbé érzik kötelességüknek a fiatalokról való gondoskodást, az unokákra vigyázást, mint a korábbi generációk. Ehelyett inkább a saját kényelmük és igényeik kielégítését kezdik előtérbe helyezni, amelynek megvalósításához megfelelő életminőséget szeretnének kialakítani. A folyamat átmenetekben zajlik, és a nyugati társadalmak előrébb tartanak ebben a tekintetben, mint a volt szocia-

³ szenescencia – szaporodás utáni időszak, degenerálódó, romló biológiai folyamatok jellemzik mind a sejt, mind a szervezet szintjén (lat. senescere – öregedés)

⁴ Jelen fejezetben nem célunk az időskor definiálásának elméleti kérdéseit részletesen ismertetni az olvasóval, csak néhány példát hozunk fel szemléltetni a meghatározás komplexitását. Illetve ezzel jelezni szeretnénk azt a tényt, hogy az egyén azon erőfeszítése, hogy önmagát középkorúnak, idősnek vagy aggnak definiálja, szintén nem egyszerű, és nehéz ebben a kérdésben objektív segítséget nyújtani. Írásunkban a továbbiakban az időskort a WHO és az Egyesült Nemzetek megegyezése és szóhasználatára alapján a hatvan év feletti populációra értjük. (<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. letöltés dátuma, 2014. április 29.)

⁵ Jól megjeleníti ezt az attitűdöt az a mondat, mely szerint manapság mindenki sokáig akar élni, de senki sem akar megöregedni.

lista vagy fejlődő országok (Aldwin, Park és Spiro III, 2007; Füzesi és mtsai, 2013; Kerekes, 2013a; O’Hanlon és Coleman, 2004).

Ez a változás gyakorlatilag ellentmond az evolúciós törvényeknek. Hiszen evolúciós szempontból nem feltétlenül adaptív, inkább önző az a viselkedés, hogy az unokák nevelésébe való besegítés helyett az idős ember inkább utazgat és megvalósítja fiatalkori álmait (Barabás, 2013).

Ugyanakkor az időskorhoz való kettős viszonyulás (tisztelet és megvetés; idealizált és idegenkedő; vágyott és félelmetes), melyet néhány szempont mentén bemutattunk, mégsem újkeletű. Nem új, még ha a jelenséghez tartozó konkrét tünetek és történetek tartalma igazodik is a mai időkhöz. Az időskort övező megbecsültség és elutasítás kettőse végigkíséri az emberiség történelmét, melyet a különböző népek szokásrendszere és vallása is kifejez. Ha alaposan megnézzük akár a művészet által megjelenített és dokumentált világnézetet, akár a demográfiai adatok mögött álló számokat, akkor láthatjuk, hogy maga a hosszú élet mint jelenség sem újdonság. Sőt, az idősek jelenléte a társadalomban olyannyira állandó, hogy az orvostudomány fejlődése alig néhány százalékkal emelte csak a mai idősek számát.⁶

Hajlamosak vagyunk, akár tudományos áttekintések esetében is, nosztalgiával tekinteni elődeinkre, akik „jobban, megbecsültebben” gondoskodtak az idősekről, otthon ápolták őket, illetve a generációk együttélése által látszólag könnyebben megoldották az ellátásukat. Azonban ez a kép túlidealizált⁷, a korábbi generációk idősei is lehettek magányosak, elszigeteltek, és a fizikai változások tüneteivel is éppúgy megküzdöttek, mint a mai idősek. Régen is előfordult, hogy a perifériára szorultak és átadták helyüket a fiatalabb generációk számára, vagy más okokból maradtak magukra (ki- és betelepítések, hódító vagy egyéb hadjáratok, törzsi és kulturális szokások) (Barabás, 2013). A nemek közti különbségek megjelenése is jellemző volt, melyet a háborúk által okozott özvegyesség csak még jobban elmélyített.

A gazdasági egyenlőtlenségek szintén szerepet játszottak elődeink esetében is, abban a tekintetben, hogy milyen lehetőségeik voltak idős emberként. Lehet, hogy dolgozniuk kellett halálukig, hogy eltartsák magukat, esetleg szegényházakba kerültek. De az is előfordult, éppúgy, mint manapság, hogy társadalmi és/vagy vagyoni helyzetükből kifolyólag lehetőségük nyílt arra, hogy kényelmes környezetben éljék meg életük végét⁸ (McDonald, 2011).

⁶ 1671-ben Angliában a hatvan évnél idősebbek a populáció 9%-át alkották, míg 2006-ban az összlakosság 16%-a volt hatvan év feletti személy (Barabás, 2013).

⁷ Ezen téves hiedelmek korrigálása azért szükséges, mert olyan irreális elvárásokat eredményezhetnek, amelyek egymás hibáztatásához, vagy felesleges büntudat kialakulásához vezethetnek kapcsolati szinten.

⁸ A nyugdíjrendszer mai gyökere hosszú múltra tekint vissza. Az idősek közösségi ellátása a 13. századi Kínában kezdődött, a 17. századi Angliában, a 18. századi Kanadában folytatódott, majd innen vette át és alakította az ötletet Otto von Bismarck 1889-ben. A nyugdíj és a szociális juttatások intézménye a II. világháború után terjedt el világszerte, melyben az Amerikai Egyesült Államok vezető szerepet játszott (McDonald, 2011).

Az időskor aktív megélése, illetve az időskori aktivitási lehetőségek elérhetősége szintén fontos szerepet játszik az életkorból fakadó krízisek megtapasztalása és megoldása szempontjából. Ebben lényeges szerepet tölt be a globalizáció folyamata, a szociális biztonság-bizonytalanság kérdése, a modern időskor és nyugdíjas évek elképzelését érintő változások, illetve az információáramlás gyorsasága és digitalizálódása. Az említett tényezők mind hozzájárulnak az age-izmus jelenségéhez, amely az időskorral összefüggő diszkriminációs folyamatokat összegzi, mint a nyelvi diszkrimináció (negatív és pejoratív jelzők sokasága, vagy egyéb nonverbális kommunikációs formák inadekvát használata, például sokan automatikusan hangosan és tagoltan beszélnek csak azért, mert a hallgató fél öregebb), a munkahelyi diszkrimináció (az idősödő munkaerő elértéktelenedése), a gazdasági, családi vagy lakóhelyi diszkrimináció.

Az is az előítéletek egy részét képezi, hogy az időskorral természetesen bekövetkező biológiai változások jelentős része patológiaként kerül értelmezésre, amely szintén ördögi körként erősíti az age-izmus jelenségét⁹. Ez a téves értelmezés sok mindennek köszönhető, többek között az említett diszkriminációs folyamatoknak, a média szerepének és az egészségügyben még sok helyen uralkodó biomedikális szemléletnek (a biopszichoszociális szemlélet helyett). Barabás Katalin (2013) szavaival élve az idősök sokszor „kidiagnosztizálásra” kerülnek a társadalomból, gyakran alaptalanul és méltatlanul. Ez a jelenség erősíti a félelmeket, és növeli az értéktelenség érzését mind a környezet, mind az adott egyén számára.

Azok az emberek, akik most hatvan év felett vannak, többségében nagyon aktív fiatal- és felnőttkort tudhatnak maguk mögött. Aktív és aktivitással teli életutat jártak be, kultúrától függetlenül a világ minden táján, még ha más-más célkitűzésekkel is élték ezt meg. Társadalmi és politikai reformok, szereplehetőségek bővülése, jogok és előítéletek legyőzése és átírása kapcsolódik a múltjukhoz, mindemellett a globalizáció és az age-izmus hatásai és félelmei folyamatosan szorongatták őket. Ezek az emberek egyszer csak arra ébredtek, hogy ők lettek az idősök, elérték a bűvös hatodik ikset, és az érzéseik, tapasztalataik nincsenek feltétlenül összhangban azzal az idős szereppel, amelyet „Más idősöknek” elképzelték. Ez az összeférhetetlenség, ahogy láthatjuk, számos forrásból eredhet. Lehet az oka az időközben sok helyen bizonytalanná vált szociális háló, amelyben a várva várt és elképzelt aranyévek számos gazdasági vagy egyéb nehézséget jelentenek. Előfordul, hogy a várva várt unoka nem érkezik meg, akivel a nyugdíjas éveket esetleg eltölteni tervezték, mivel az életkori határok kitolódtak, és a következő generációnak, azaz a jelenleg húszas, harmincas éveiket élő fiataloknak még esetleg eszük ágában sincs gyermeket vállalni. Lehet, hogy a munkában eltöltött évek vagy egyéb tényezők miatt az egészségi állapot nem teszi lehetővé, hogy az időskorra tervezett elképze-

⁹ Ezért is fontos a szemléletváltás és a szemléletváltást segítő információk célcsoportokhoz és megfelelő szakemberekhez való eljuttatása, mert a legtöbb változás értelmezése és értékelése téves, vagy nem megfelelő adatokon alapszik, vagy azok alapján kerül értékelésre (ld. előző kötet vonatkozó fejezete: Kerekes, 2013b).

lések megvalósuljanak. De az is lehet, hogy egyszerűen még olyan energikusnak, frissnek, tervekkel telinek érzik magukat, hogy egyszerűen nem értik, hogy miért kellene feladniuk a munkát, karriert vagy bármilyen más aktivitást.

Ezzel egy időben a hatvan év feletti (házánkban gyakran már a jóval fiatalabbak, a 45-50 év körüliek is) megtapasztalják koruk miatt a negatív diszkrimináció gyakran megbélyegző hatását. Nehezen veszik fel őket adott munkahelyre, leépítéseknel őket küldik el elsőnek, megtapasztalják a normális testi változások negatív hatását, türelmetlenséget a fiatalabbak részéről stb. Elkezdődik egy folyamat, amelyben olyan változások zajlanak mind a testi funkciókban, mind a viselkedésben, attitűdökben, szocio-ökonómiai kapcsolatokban, amelyet egyszerre állít fel egyik oldalról a természet, másik oldalról pedig az age-izmus jelensége. Ez a megtapasztalás tehát szó szerint csak idő kérdése, és egyszer mindenképpen elindul. Lehet, hogy először a tükörből, a társadalomból vagy egyéb forrásokból érkező visszajelzések mondanak ellent az énképnek, ám egyszer megjelenik az a minősítés, mely nem integrálható a személyiségbe. Mindenki életében eljön az a pillanat, amikor a korábban még nem releváns információ, amely még nem volt önmagával összeegyeztethető kép, egyszerre változást hoz. Ekkor a külső forrásból érkező információ, a külső szemlélő által visszatükrözött kép elkezd hasonlítani arra az idősképre, amelyet addig mindenki más elérhetett, de az adott személy nem. Amikor a többféle énkép összeér (idealizált és reális), azt számos körülmény meghatározza (betegség, munkahelyi leépítés, baleset, instabil személyiség, genetika, fizikai és mentális aktivitás stb.). Krízis forrása lehet mind a túl korai, mind a túl későn zajló integrálás, főleg, ha azt az age-izmus jelensége is befolyásolta. Ilyenkor a legnagyobb az esélye annak, hogy a korábban aktív, étellel és tervekkel teli személy passzív, magányos, perifériára szorult időssé válhat, és az életkorral járó krízishelyzetek csapdájába esik (Barabás, 2013; Glicken, 2009a; O'Hanlon és Coleman, 2004).

A felsoroltak ellenére azonban mégsem az idősödésből fakadó és ahhoz kapcsolódó, különféle sorrendben és időpontban megjelenő krízisek adják az életút egyéni lenyomatát. Az elméleti áttekintések és gyakorlati tapasztalatok összegzése azt jelzi, hogy az említett fejlődési kérdések nagyjából azonosak, és mindenképpen egy irányba mutatnak kultúrától, nemtől, pszichológiai működéstől függetlenül. A valódi különbségeket az élet lezárásához közeledve az öregkorral kapcsolatos krízisekhez, az idősödés által megjelenő változásokhoz való viszonyulás jelenti. Havighurst (1963, id. Freund és Baltes, 2005) ezeket a kríziseket az időskorra jellemző alkalmazkodási feladatokként határozza meg¹⁰. Ez teszi lehetővé a bölcsességhez vezető út bejárását, vagy a kétségbeesés általi kudarc, mint másik végpont felé való közeledést (Aldwin, Spiro III és Park, 2006; Horváth-Szabó, 2007).

¹⁰ Alkalmazkodás a változó fizikai erőnléthez és egészségi állapothoz; alkalmazkodás a nyugdíjazáshoz és a megváltozott bevételi forrásokhoz; alkalmazkodás a társ halálával kialakult élethelyzethez; alkalmazkodás és átmenet a változó szociális szerepekhez, amely másfajta rugalmasságot kíván, mint a korábban megszokott; a saját korosztályhoz való viszonyulás és beilleszkedés explicit módjainak kialakítása; az életkornak és állapotnak megfelelő lakókörnyezet kialakítása.

Ha az említett, reális én és az ideális én dinamikusan együtt tud változni és alakulni, az sem mentes a krízishelyzetektől, de azok kevésbé észrevehetőek, „nem kavarnak akkora port”, így a külső szemlélőnek kevésbé tűnnek jelentősnek. Természetesnek tűnhet, mintha azért az eredményért nem kellett volna olyan keményen megharcolni. Ez az oka, hogy hajlamosak lehetünk azt gondolni, hogy az érettség, a harmónia elérhető megharcolt és megélt krízisek nélkül. Ez azonban nem igaz, mert integrált érett személyiség időskorban is csak krízisek megélése és megoldása mentén tud alakulni.

Melyek is ezek a releváns krízisek? Mit jelent egyáltalán az időskori krízis? Milyen csapdákat rejtenek ezek a krízisek?

A bevezetőben leírt gondolatok és felvetések, összességében három jelentős utat körvonalaznak, melyet a következő alfejezet mutat be.

2. Az optimális öregedés

2.1. A biológiai életút szerepe

A leggyakrabban használt és divatos szókapcsolatok közé tartozik a sikeres öregedés fogalma. A laikus szóhasználat azonban nagymértékben átalakította az eredetileg biológiai változásokra vonatkozó kifejezést. A jelentés önálló életre kelt és többet sejtet, mint pusztán az önálló definíció, mely szerint a fiziológiai változásokat tekintve az öregedés három alapvető formáját írhatjuk le:

- a „leromló”, funkciózavarral, betegségekkel járó öregedési folyamatot;
- az ún. „szokásos öregedést”, amelyben a funkciócsökkenés folyamatos, ám mégsem jellemezhető patológiás folyamatok túlsúlyával;
- és a „sikeres öregedést”, amikor a fiziológiai és ezáltal a pszichoszociális hanyatlás mértéke csekély (Bárdos, 2006; Kerekes, 2013a).

Számos olyan változás zajlott le az elmúlt évtizedekben, melyek kapcsán reflektorfénybe került az egészség, az egészséges életmód, az egészségmegőrzés. Az aktivitás szerepe átértékelődött, és a minőségi élet időskorban is fontossá vált. Mint ahogy már az előző alfejezetben is említettük, az időskor jelentése is számos sztereotípiával terhelt, és ugyanúgy igaz ez az időskori aktivitásra és a minőségi élet kifejezésre is, csak többségében ellentétes előjellel. Az időskori magas életminőség fogalma főleg pozitív elvárásokat foglal magában, melyek a sikeres öregedés „divatjában” óriási terhet jelenthetnek. A túlzó elvárásoknak való megfelelés igénye, vagy a meg nem felelés képessége hatalmas nehézségeket okozhat. Manapság elmondhatjuk, hogy az age-izmussal párhuzamosan és egyben tartalmának is hadat üzenve, a modern kor másik legjelentősebb krízisforrásává és eleve kudarcra ítélt küzdelmévé vált a sikeres öregedés fogalmára épült túlzott elvárások teljesítése. A fiziológiai változások azonban kétségbevonhatatlanul irányadóak, még ha kompenzációra, bizonyos határok között, van is lehetőség.

Fejezetünk tulajdonképpen mindhárom, fent említett, főként biológiai hangsúlyú típushoz kapcsolódik, hiszen az életkorral járó változások minden egyes személy esetében individuális kombinációt hoznak létre. Az egészség egy olyan élethosszig tartó folyamat, amely bár genetikailag meghatározott, de mégis az egyedfejlődés és a személyiségfejlődés során formálódó, tehát a környezet, a körülmények kölcsönhatása által befolyásolt állapot. Ennek megfelelően az életutunk következményeként jön létre mindaz, amit időskorban egészségként megtapasztalunk. Ez tulajdonképpen azt jelenti, hogy az egészségünk is egy olyan fejlődési folyamaton megy keresztül, mint a személyiségünk, a két dolog párhuzamosan és egymással szoros interakcióban zajlik. Az egészségünk időskorban döntéseink és genetikánk eredőjeként jelenik meg. Annak elvesztése, vagy megőrzése óhatatlanul kérdések sorát veti fel időskorban, amelyre elkerülhetetlenül választ kell adnia a személynek.

2. 2. Az egészség mentális és szociális aspektusa

A WHO egészségdefiníciójából (1948) egyértelműen kiderül, hogy a biológiai egészség önmagában nem elégséges feltétel, egyedül a betegség hiánya nem definiálja egyik összetevőt sem, hanem a teljes fizikai, mentális és szociális jólét egyaránt hangsúlyos. Tehát mindenképpen multidimenzionális jelenségekről beszélünk, melyek kölcsönös egymásra hatása szintén többirányú, folyamatos és multidiszciplináris szemléletben érthető meg. Ha az egészséget az eddigiek alapján egy többtényezős fejlődési folyamat eredményének tartjuk, akkor lassan körvonalazódik a különbség a sikeres és az optimális öregedés fogalma között. Az optimális öregedés a teljes egészségdefinícióra és annak minden tagjára vonatkozik, míg a sikeres öregedés súlypontja a biológiai folyamatok szerepén van. Mint minden fejlődési folyamat, az egészség is állandóan alakul, így a veszteségek és nyereségek/gyarapodások egyensúlyában változik. A sikeres öregedés inkább a veszteségek elkerülésére, a prevenció első és második szintjére fókuszál, szemben az optimális öregedéssel, mely integrálni tudja a terciér prevenciót is, azaz a negatív következmények megjelenését és elfogadását is (Aldwin és mtsai, 2006).

2. 2. 1. A pszichoszociális tényezők és az időskorral járó veszteségek egymáshoz való viszonya

A pszichológiai, pszichoszociális tényezők közül az időskori változásokra kiemelten hat a személyiség, a stressztűrő és megküzdési képesség, illetve a vallásosság és spiritualitás. A kutatási eredmények szerint, az időskori egészséget átfogóan tekintve, a felsorolt tényezők a legrelevánsabbak.

2. 2. 1. 1. A személyiség szerepe

A személyiség fogalmát tágran tekintve (vonások, hiedelmek, érzések és attitűdök) az időskor megélését kiemelten befolyásolja a hosztilitás, a szorongásosság, a lelkiismeretesség és a neuroticizmus személyiségfaktora, vagy a depresszív, peszszimista szemlélet. Protektív személyiségtényezők közé tartozik a belső kontroll képessége, a biztonságos kötődés, az optimizmus, a pozitív énkép, a koherencia érzése, a szívósság, az érzelmi stabilitás (Aldwin és mtsai, 2006, Kerekes, 2013a).

2. 2. 1. 2. A stressz és a megküzdés

A distressz-szel szembeni ellenálló képesség valamennyire csökken időskorban, kiegyensúlyozott körülmények között nem biztos, hogy ez szembetűnő mértéket ölt. Megemlítünk itt néhány specifikus életkori stresszort mint a fizikai képességek változásával való szembesülést, a krónikus betegségek megjelenését, a gondozás felmerülésének kérdését, a veszteséglményekkel való gyakoribb és/vagy intenzívebb szembesülést, elsősorban a házastárs elvesztését (Kerekes, 2013a; Kerekes és Kállai, 2013). Míg fiatalabb korban az akut stressztényezők a lényegesebbek, addig időskorban a distressz is krónikusá „vállik”, hiszen azok forrása tartós és ismétlődő (veszteségekkel való szembenézés, egészségügyi stresszorok). Azonban az optimális öregedés legfontosabb prediktora nem feltétlenül a distressz tényezők oldaláról érkezik, hanem a megküzdési repertoárból. A megküzdési képesség pedig, mint ahogy az eddig említett tényezők is, az élet során tapasztaltak tükrében alakul egyéni módon, a személlyel együtt fejlődve. Időskorra túlsúlyba kerülnek a különféle kompenzációs stratégiák, azok a probléma-fókuszú megoldások, amelyek segítenek kiegyenlíteni a különféle hiányosságokat. Hetvenéves kor fölött pedig már az elfogadás, az elfogadás előkészítése válik elsődlegessé, így az akkomodációt segítő működések kerülnek előtérbe. A veszteségek, funkciócsökkenések, szociális és egyéb korlátok elfogadásában segítséget nyújtanak az érzelem-fókuszú megküzdési módok is, kiemelten a pozitív összehasonlítások, amelyek azt mutatják, hogy a személy helyzete nem is olyan rossz valaki máséhoz képest, akinek láthatóan több nehézséggel kell szembenéznie. Említhetjük itt még az érzelemszabályozási folyamatok változásait (social selectivity), a diádikus megküzdés szerepét, mint segítő tényezőket.

Kutatási eredmények szerint az elkerülő stratégiák azok, amelyek megakadályozzák a változásokkal, így a veszteségekkel való szembenézést és a krízisek pozitív kimenetelű megoldását.

Tulajdonképpen a veszteségekkel való szembenézés és megküzdés alakítja leginkább a bölcsesség fogalmát és tartalmát. Így lehetséges az, hogy az életkor előrehaladtával ennek megszerzésére hatványozottabban van esélyünk, mint fiatalon (Aldwin és mtsai, 2006).

2. 2. 1. 3. A vallásosság vagy spiritualitás

Az emberek többsége a különféle nemzetközi, lakosságot érintő felmérések során, vallásosnak vagy hívőnek vallja magát, fontosnak tartja a lelki életet, az imádsá-

got¹¹. Vallással kapcsolatos szolgáltatásokat (templomba, imaközösségbe stb. járás) azonban az emberek kb. fele vesz igénybe a statisztikai adatok alapján. Időskorban úgy tűnik, hogy a vallás és spiritualitás szerepe megnövekszik, és az egészség minden aspektusát érinti. Hatással van a testi, lelki és szociális egészségességre és jóllétre egyaránt, a társas támogatás több formájának jelentős forrása. Vizsgálati adatok szerint a vallásos, spirituálisan is fejlődő emberek életminőségében megjelenik a vallásosság direkt és indirekt pozitív hatása is, amely növeli a krónikus betegségekkel szembeni ellenálló képességet, a mentális egészséget és összességében a túlélési esélyekre is kedvező hatással van (Aldwin és mtsai, 2006; Krause, 2006).

2. 2. 2. Szocio-historikus kontextus

Mindezen felsorolt tényezők lényeges háttere az az ún. szocio-historikus (sociohistorical) kontextus, melyben az említett jelenségek zajlanak, melybe a szociális kontextus és a szocioökonómiai státusz (socioeconomic status, SES) tartozik bele. Az alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkező személy életkilátása várhatóan rövidebb, egészségmagatartása kevésbé hatékony, fizikai aktivitása korlátozottabb, vagy nem az egészségmegőrzést szolgálja, alacsonyabb jóllét szint jellemzi, és a gondozási lehetőségekhez is korlátozottabban fér hozzá (az ellátás csak utazással érhető el; nem ment el annak idején táppénzre, mert anyagilag nem engedhette meg magának stb.). A szocio-historikus kontextus minden tényezőjével együtt szintén jelentős szerepet játszik abban, hogy az egyébként elkerülhetetlen öregedési folyamatok, vagy akár az ezen felül megjelenő patológiás, leromló típusú mechanizmusok miatt bekövetkező veszteségekre hogyan lesz képes reagálni az egyén (Aldwin és mtsai, 2006).

2. 3. A sikeres öregedés, az életminőség és az optimális öregedés

A megtapasztalt folyamatok mindenkire hatással vannak valamilyen módon, és nehéz lenne olyan objektív kritériumrendszer létrehozni, amely mint egy matematikai képlet, megadná, hogy milyen mértékű fiziológiai, társadalmi, pszichológiai változás milyen mértékű krízist eredményez majd az adott egyénnél. Mint a személyiségfejlődés bármely szakaszában, így időskorban is számos tényező összjátéka (korábbi tapasztalatok és megküzdési módok, társas támogatás stb.) határozza meg, hogy az egyén milyen megoldást talál az életállapotából fakadó krízisekre.

¹¹ A KSH 2011-es népszámlálási adatai szerint ez a szám Magyarországon, 53,07%, és a hatvan év felettiek a magát vallásosnak mondók 23,5%-át teszik csak ki (Csordás. G. (összeállította) (2014): 2011. évi Népszámlálás, 10. Vallás, felekezet; Budapest, KSH), míg Amerikában ez a szám a Gallup felmérése szerint 2004-ben 96% volt és a hatvanöt év felettiek 73%-a tartotta a hitet fontosnak az életében. A világot érintő felmérés szerint 2013-ban is csak az emberek 22%-a nem tartotta fontosnak a vallást az életében, és mindössze 1%-nak nem volt véleménye a kérdésről. (<http://www.gallup.com/poll/1690/religion.aspx>, letöltés dátuma: 2014. május 4.)

Így tulajdonképpen az életminőség szubjektív fogalma képes hidat képezni a fiziológiai változások által okozott akár normál, akár leromló típusú funkcióromlás esetén is a pszichológiai személyiségfejlődés irányába. Kijelenthető, hogy az optimális öregedés nem csak a negatív fiziológiai változások elkerülése, vagy késleltetése által érhető el, és nincs objektív kritériumrendszere az ebben az értelemben vett sikernek. Az optimális öregedéshez időskorban is, mint az élet minden más szakaszában, a korszpecifikus feladatok és krízisek megküzdésén és az integrált én kialakításán keresztül vezet az út. Biopszichoszociális szemléletben nézve a jelenléte, a biológiai lehetőségek és korlátok talaján, a személy a társas kapcsolataiban élete végéig lehetőséget kap a fejlődésre. Ez azt jelenti, hogy a fiziológiai értelemben sikeres öregedés lehetőségét sem tudja mindenki egyforma hatékonysággal kihasználni. Az is könnyedén előfordulhat, hogy a fizikai értelemben leromló típusú öregedést megélt egyén életminősége szubjektíven jobb, személyisége integráltabb, mint a biológiai szempontból előnyösebb helyzetben lévő idősé. A krízisek megoldása és a pozitív kimenet elérése mindenki számára nyitott lehetőség, melyhez döntések sokasága vezet. Ezt a folyamatot megértve már realisabbá válik a siker, az eredményesség fogalma időskorban is, és a hangsúly pont annyira van a biológiai szemléleten, mint a pszichológiai és szociális kontextuson.

Lawton (1999, id. Aldwin és mtsai, 2006) is éppen azt kritizálta a sikeres öregedés fogalmában, hogy túlzottan arra fókuszál, hogy a felnőtt- és középkorra jellemző funkciókat és funkcionálási szintet megtartsuk időskorban, amely hosszú távon irreális elképzelés lenne, és nem veszi figyelembe az életminőség valódi változásait, amelyek az öregedés folyamatára jellemzőek. A sikeres öregedés, ahogy már említettük, elsősorban a veszteségek elkerülésére fókuszál, de így figyelmen kívül hagyja az egyéb, potenciális nyereségeket. Így fordulhat elő az a paradox helyzet, hogy fizikailag korlátozott, krónikus problémákkal küzdő idősök boldognak mondják magukat, intellektuálisan érdeklődőek, szellemileg frissek, elkötelezettek a közösségi tevékenységek kapcsán, mély spirituális életük van, és mindezért hálát éreznek.

Baltes (1996, id. Aldwin és mtsai, 2006) ezért bevezette az optimális öregedés fogalmát, amely arra utal, hogy az egyén képes optimalizálni az életének különféle aspektusait, aktuális céljai szerint strukturálni azt, és hogy az időskori plaszticitás az egyéni életútban és a folyamatos fejlődés lehetőségében rejlik. Az optimális idősödést aktív, tudatos, új vagy kompenzáló erőforrások kialakítására képes viselkedésmintázatnak is tekinthetjük, mely gyarapítja a bio-pszicho-szocio-kulturális keretben megvalósítható fejlődést, és csökkenti a lehetséges veszteségeket. Az eredményes, optimális öregedés elérhetőségének módja az időskori célkitűzések egyik kulcskérdése közé tartozik. Ezért lényeges, hogy például mely személyiségjegyek és/vagy élettapasztalatok támogatják, hívják elő. Fogalmazhatunk úgy is, hogy az a kérdés, hogy ha nem a krízisek adják az életút egyéni lenyomatát, akkor melyek azok a krízisekhez és változásokhoz való viszonyulásbeli eltérések, amelyek segítik az optimális öregedés megélésének kialakítását. Természetesen a válaszhoz elengedhetetlenül lényeges a közös pontok, azaz a konkrét krízisek, illetve tartalmainak ismerete is.

A továbbiakban ahhoz szeretnénk segítséget nyújtani, hogy az olvasó minél több szempontrendszerrel és tudást kapjon az optimális öregedés eléréséhez, vagy az elérés segítéséhez. Természetesen a vázolt folyamat nem az elkerülhetetlen halálnak üzen hadat, nem irreális elvárásokon vagy nem releváns megoldásokon alapszik, és nem is a megváltoztathatatlan tények elkerülését célozza meg. Tény, hogy a szervezet az idő előrehaladtával folyamatosan sérülékenyebbé válik, de az is tény, hogy tudatos viselkedéssel lehet és érdemes gondozni, védeni azt, és kompenzálni, illetve végül integrálni a veszteségeket. Ebben az esetben olyan dinamikailag és minőségileg tevékeny, pozitív állapot jön létre, melynek összefüggéseit az alábbiakban tárgyaljuk.

3. Az időskori személyiségfejlődés

3. 1. A krízis jelentése

Az időskori krízisek áttekintése kapcsán két fontos alapelvet szeretnénk leírni. Az egyik, hogy a krízis fogalmát az eriksoni pszichoszociális fejlődélmélet keretében értelmezzük, ha külön nem említünk más meghatározást. Azaz olyan identitás-krízisekről beszélünk, amelyek a személy életállapotából fakadóan jelzik az egyensúly megbomlását a személyiségfejlődés folyamatában. Az egyensúlyból való kibillenés testi, pszichológiai és szociális problémák előtérbe kerülését jelentik, amelyek nélkül azonban a fejlődés nem jöhet létre. Minden ember az élete során számos ilyen fejlődési krízist él meg, és old meg valamilyen módon, melyekre később fordulópontként, sorsdöntő életszakaszként, eseményként tud visszaemlékezni. A krízis szó eredetileg döntést jelent, amely egyben jelzi is, hogy még ha meg is próbálnánk elodázni ezt a folyamatot, az is egyfajta döntésnek minősülne, azaz ezeket a fejlődési fordulópontokat nem tudjuk megspórolni, elkerülni semmilyen módon. A fejlődési krízisek általában kielezett és ellentétes pólusokként jelennek meg az életünkben, így lehetnek az előrelépés, motiváció, alkotás, elégedettség forrásai, vagy a sérülékenység, kétségbeesés csapdájává is válhatnak. A krízishelyzetek és azok értékelése egyedi, és ezért egyéni módon történik, megoldása egyben fejlődési lehetőség is. Erikson (1991) szerint ezek az ún. normatív krízisek az élet és a fejlődés természetes velejárói, melyet mindannyian megélünk. Szerinte az identitásunk kialakítása és alakítása egy olyan élethosszig tartó feladat, amely minden esetben személyes erőfeszítést igényel. Teljesítmény, amelyhez a pozitív megoldások megtalálásán keresztül vezet az út.

Az egyéb, váratlan, nem az élet természetes lefolyásában bekövetkező krízisek az ún. akcidentális (járulékos) krízisek. Ezek tulajdonképpeni válságállapotok, amelyek megoldása meghaladhatja az erőforrásokat, mert az élettapasztalat még nem készítette fel rá megfelelően az egyént, vagy meghaladja erőforrásait, megküzdési képességeit, és ezért megoldásához segítségre van/lehet szüksége. Ha normatív és akcidentális krízisek egybeesnek a személy életútjában, akkor a professzionális segítség kérése szinte elkerülhetetlen, mivel az olyan extrém terhet jelent.

A másik fontos alapelv, hogy bár folyamatosan krízisekről beszélünk, ahogy korábban is tettük, mindezt az egészségpszichológia erőforrásokra épülő, pozitív kimeneteleket kereső, a realitást felmérő, mégis támogató, segítő szemléletben tesszük.

3. 2. A gyász és a korábbi veszteségek feldolgozásának szerepe az időskori krízisek megélésében

A következőkben áttekintjük az időskori személyiségfejlődés elméleti ívét, melynek két végpontja a sokat emlegetett én-integritás és a kétségbeesés, benne a bölcsesség lehetőségének megszerzésével és megélésével.

Nem emeljük ki külön minden szakasznál, de alapvetően az egyes fordulópontok megoldása a megjelenő és megélt veszteségek feldolgozásának képességén és sikerén múlik. Életünk során folyamatosan „gyakoroljuk” és „tanuljuk” a minket érő veszteségek elfogadását, a tanulságok leszűrését és a tanultak, tapasztaltak énbé való integrálását.

Az érzelemszabályozás folyamatában a veszteségek elfogadásának, feldolgozásának képessége kitüntetett szerepet tölt be, és egész életen át tanuljuk lépésről lépésre. Ilyen szempontból minden veszteségre adott reakciónk egymásra épül, az első szerelem elvesztésének átélése éppúgy, mint az iskolába járás miatti elköltözés otthonról, vagy a munkavállalás és családalapítás miatti elszakadás és leválás. Minden élethelyzetnek megvan a maga vesztesége, amelyről megtanulunk lemondani, elfogadni. Ezáltal megtanuljuk értékelni azt, amikor az elvesztett dolog még életünk része volt. Ideális esetben kölcsönösen segítjük ebben egymást, családjunk, barátaink támogatása átlendít minket ezeken a helyzeteken. Ezernyi apró gyászt élünk meg az éppen megélt életkorból fakadó feladat betöltéséhez, és a boldogsághoz vezető úton. Fiatalon, tele tervekkel, reményekkel, feladatokkal könnyebbnek tűnik a döntéshozás, talán kevésbé tudatosul, hogy eközben, mint minden változás esetében, ekkor is folyamatosan veszteségek megélésével haladunk előre¹². Apró, mégis fontos veszteségek megéléséről van szó, amelyeket érdemes elgyászolni, hogy annak szépségei és akár szomorú, akár örömteli tanulságai megmaradjanak. Mindkettő, a pozitív és a negatív élmények egyaránt segítik azt, hogy tapasztaljunk legyen arról, hogy hogyan kezeljük a változásokat, veszteségeket. Jó esetben megtanuljuk, hogy hogyan alkalmazkodunk az új helyzetekhez, milyen stratégiáink vannak a megváltozott életünkben való berendezkedéshez, kire számítha-

¹² Nézzünk erre néhány egyszerű, kézenfekvő példát: Ha elköltözünk otthonról, mert egyetemre kerülünk, vagy munkába állunk, akkor elsősorban a szabadságra és a lehetőségekre koncentrálunk. De ha a gyerekszobát elhagyjuk, akkor idővel konstatáljuk, hogy úgy, mint korábban, már többet nem lehet hazamenni. Lehet, hogy a testvér átvette a szobát, vagy a szülő rendezte be irodának, de a változás elkerülhetetlen és megtörtént. Amikor még „otthon” laktunk a szülőkkal, bizony el kellett számolnunk néhány dologgal, de cserébe kevesebb volt a felelősségünk, vagy mondjuk főztek ránk stb. Lehet példa a gyermekvállalás is, ahol a párkapcsolattal járó örömök és lemondások mellett még szülővé is válunk. Ez rengeteg lemondás, alkalmazkodás és egyben öröm forrása is.

tunk, kinek a támogató jelenlétére van igényünk, kivel szeretnénk megosztani érzéseinket stb. Fontos, hogy megálljunk és megéljük ezeket a pillanatokot, mert ilyenkor szerezzük meg a gyakorlatot ahhoz, hogy később olyan veszteségekkel is szembe tudjunk nézni, amelyeknél nem a mi döntéseink és elhatározásaink alakították a lehetőségeket. Fiatalabb életkorban még általában a „nyereségre” koncentrálunk, az van az előtérben, figyelmünk középpontjában, de a helyes döntést és a jó felkészülést az adja meg, ha azt is tudjuk, hogy döntéseink következtében mit „veszítünk”. Ebben az esetben a veszteség bekövetkezése már nem ér minket váratlanul. A hatékony érzelmi feldolgozás segíti a természetesen felmerülő problémák megoldását, nem sérülékennyé, hanem felkészültebbé és rugalmasabbá tesz minket. Reális lehetőséget teremt az átgondolt döntésekhez. Például tudjuk, hogy a gyermekvállalás öröme áldozatokkal is jár, amelyhez, mondjuk úgy, hogy valóban „tájékozott beleegyezésünket adtuk”, feláldozva egyéni és kapcsolati célokat más célokért, amelyek a gyermekneveléssel járnak. De lehet szó egy kedvező állás miatt egy ígéretes párkapcsolat háttérbe szorításáról, és még lehetne folytatni a sort. Nincs előrelépés valódi, érzelmileg megdolgozott veszteségek nélkül, amelyek ajtót nyitnak az átgondolt, felelős döntések meghozatalához.

Ez a más és más tartalmakkal megélt, de folyamatosan ismétlődő folyamat segít abban, hogy el tudjuk majd gyászolni azokat a veszteségeket is az életünkbe integráltan, amelyek bekövetkeztekor többet veszítünk, mint nyerünk. Ezek azok a veszteségek, amelyekre nem tudunk máshogy készülni, de bekövetkeznek, mint a szülők, egészség, munkahely elvesztése. Törtéhetnek azonban váratlan veszteségek is, szemben azokkal a korábbi döntésekkel és helyzetekkel, ahol még aktívabb beleszólásunk lehetett az életutunkba, és könnyebb volt a nyereségekre koncentrálni. Az egyetlen mód a felkészülésre a gyászmunka elvégzése, az érzések megélése minden egyes döntés esetében, annak mértékével és szubjektív minőségével arányosan.

Az életvégi krízisek többségéről tehát elmondható, hogy korábbi döntéseinken és az azokkal való szembenezés minőségén alapulnak. Az elmaradt, megspórolt, be nem fejezett gyászmunka időskorban éppúgy a felszínre kerül, mint a meg nem oldott krízisek, és ha nincs megfelelő megküzdési stratégiánk, mert az élet által korábban felajánlott gyakorlati lehetőségeket nem használtuk ki megfelelően, akkor bizony ebben az életszakaszban nehezebb feladattal állunk szemben. Nem lehetetlen ekkor sem az integritás megszerzése, de kétségkívül így nagyobb kihívást rejt, mert több vagy intenzívebb krízist kell kezelni akár egyszerre is, és ekkor óhatatlanul nagyobb a sikertelenség kockázata. Az életkor előrehaladtával a veszteségek kumulálódnak, számos jövőre vonatkozó remény és illúzió is elvész a konkrétumok mellett. A nehézségeket gyakran növeli, hogy a bármilyen okból gyászt megélt személyt a környezete túlzott gondoskodással, óvó viselkedéssel veszi körül. Ez a kímélő magatartás azonban könnyen a szándékkal ellentétes reakciót eredményezhet, aláásva ezzel a személy önértékelését, megakadályozva a hatékony megküzdést.

Azt is meg kell említenünk, hogy az időskori veszteségfeldolgozás különbözik a fiatalabb életszakaszban megélttől. Dichl, Coyle és Labouvie-Vief (1996, id. Filipp és Aymanns, 2005) szerint a megküzdési mód együtt érkezik az élettapasztalatokkal.

Összhangban a szocioemocionális szelektivitás modellel (ld. később), az idősebbek több érzelemszabályozáson alapuló megküzdést alkalmaznak. Ez azt jelenti, hogy a negatív eseményekért kevésbé okolnak másokat; hamarabb felismerik a potenciálisan megterhelő tényezőket; a gondolatokat és érzéseket nem próbálják meg egymástól függetlenül kezelni; könnyebben aktiválják az élettapasztalataikon alapuló megküzdési terveiket; igyekeznek értelmet keresni a nehézségekben is; sőt, még az általuk alkalmazott elhárító mechanizmusok is kevésbé negatívan befolyásolják a realitást, mint akár a középkorúak, akár a fiatalabbak esetében. Összességében tehát az idősek potenciálisan képesek a veszteségek hatékonyabb elfogadására.

3. 3. A pszichoszociális fejlődéstudomány kilencedik szakasza

A személyiség és fejlődésének ismertetése kapcsán Erikson (1991) pszichoszociális életciklus modelljét tekintjük elsődlegesnek. Az időskor a már érintett bölcsesség elérésének és elérhetőségének az ideje, mely az élet értékeléséből és áttekintéséből fakad. Az időskori krízis két pólusa az Erikson (1991) által vázolt modell szerint az én-integritás és kétségbeesés. Az integritás érzése magában hordozza a korábbi életszakaszokkal való elégedettséget, annak veszteségekkel együtt történő elfogadását és egészlegességét. A kétségbeesés akkor jelenik meg – az identitáskrízis másik végpontjaként –, ha a személy például azt éli meg, hogy elvesztegette az életét, nincs már elég ideje változtatni, elégedetlen életútjával, és fél a halál bekövetkeztétől.

A bölcsesség, ahogy már említettük, nem feltétlenül jelenti azt, hogy pozitív mérleget tudunk felállítani, hanem inkább azt, hogy múltunkat integrált egészként tudjuk szemlélni. Ennek a teljesítménynek jó indikátora a felnőttkori alkotóképesség megvalósíthatósága, amely szintén nem az akadálymentes, feltétlenül pozitív élményeket takarja, hanem bármilyen, a következő generációra vonatkozó, befolyást jelentő cselekvés megélését. Vaillant (2002, id. Aldwin és mtsai, 2006) azt találta vizsgálataiban, hogy a kora gyermekkori események hatással voltak a felnőttkori mentális egészségre, amely az időskori integritás elérésének indirekt prediktorává vált a személyiségfejlődés során.

Joan M. Erikson (1998) – Erik H. Erikson felesége – az agykort megélt emberek életfeladatait áttekintve, kiegészítette férje fejlődési modelljét egy kilencedik szakasszal, amely az öregkor transzcendálása felé mutat. Ekkor a test már elkerülhetetlenül gyengébb, autonómiája csorbát szenved, ezáltal a korábban megélt én-minőségekben is több sérülékenységgel kapcsolatos élmény elevenedik meg, és kerül előtérbe. Ennek az időszaknak a jellegzetes krízisei a korábbi életszakaszok tapasztalatainak keresztül válnak érthetővé. Az alkalmazott megküzdési repertoár nagyrészt a korábbi életszakaszok megoldási lehetőségeiből táplálkozik, azok tanulságait, nehézségeit eleveníti fel, bár tartalmában más. Normális, természetes változások bekövetkezésének lehetőségeiről beszélünk, amelyek mértéke és minősége egyéni. Ugyanakkor a korábban „megharcolt” nyolc pszichoszociális krízis tengelye megjelenik újra, melyek ugyan más jelentést hordoznak, de fenyegethetik a korábban már megszerzett alapvető énerők biztonságát. Az biztos, hogy megkér-

dőjelezik és más keretbe helyezik az addig bejárt életutat, új szempontok szerint körbejárva azt, és a pozitív kimenetelért sok régi, ismert megküzdési mechanizmust kell és lehet átalakítani, vagy újrafelhasználni (ilyenek a korábban már említett akkomodációs stratégiák előtérbe helyezései, vagy a szelektív optimalizációs modellek¹³, mint a már említett és későbbiekben kifejtett szocioemoconális szelektivitás) (Kerekes, 2013a, Révész, 2007). A kilencedik szakasz speciális időskori feladatait és krízislehetőségeit az alábbiakban összegezzük, az eredeti pszichoszociális fejlődési periódusok döntési lehetőségeinek segítségével.

3. 3. 1. Bizalom/bizalmatlanság

A bizalom/bizalmatlanság kérdéskörében nem könnyű a pozitív kimenetelért vívott harc, mert az idős test törékenysége¹⁴, megbízhatatlansága hirtelen megkérdőjelezheti a személy korábban biztosnak hitt képességeit. Az egyik legfontosabb krízist kiváltó tényezőről van itt szó, amely a fizikum, a test sérülékenységből fakad. A normál strukturális, érzékszervi és kognitív funkcióváltozások¹⁵ mellett egyre nagyobb az esély a patológiás romlásra, krónikus betegségek kialakulására, balesetekre. A képességek folyamatosan változnak, a teherbírás csökken, a személy önmagáról és képességeiről, lehetőségeiről, teherbírásáról alkotott emlékképe folyamatosan átíródik a realitás talaján.¹⁶ Ennek a szakasznak a pozitív kimenetele

¹³ A szelekció – optimalizáció – kompenzáció modell (Baltes és Baltes, 1990, id. Riediger, Li és Lindenberger, 2006) által leírt folyamatokat egész életünkben alkalmazzuk az integrált működés érdekében, de az időskorban kiemelt hangsúlyt kap. A modell megmutatja, hogy a fiziológiai és pszichológiai fejlődési potenciálok hogyan lehet optimalizálni, és annak eredményeit integrálni a fejlődési folyamatba. A modell a korlátozott környezeti és személyes erőforrásokat használja az alkalmazkodáshoz. Ezek a korlátozott erőforrások azok az életkorral együtt járó veszteségek és krízisek, melyek felölelik a testi, mentális változásokat, a nyugdíjazást, a társ elvesztését. A fejlődési krízisek áttekintéséből egyértelműen látható, hogy a korral a rendelkezésre álló erőforrások csökkennek, beszűkülnek vagy hamarabb kimerülnek, illetve dominószzerű veszteségfolyamatot indíthatnak el. Ez egyrészt azt jelenti, hogy időskorban a megfelelő funkcionáláshoz több erőforrást veszünk igénybe, mint a fejlődésre, ellentétben a korábbi életszakaszokkal. Másrészt ahhoz, hogy a korszpecifikus krízisek megoldása és az integritás eléréséhez szükséges fejlődés megvalósulhasson, szelektálnunk kell az egyéni életút valóban fontos céljait.

A szelekció szempontjait alapvetően két csoportba sorolhatjuk, vagy választás vagy veszteség a csoportosítás alapja. Választáson alapuló szelekció esetén a célok elérését veszteségek nélkül próbáljuk véghezvinni, amelyhez szintén elengedhetetlen a fontossági sorrend felállítása. Veszteségen alapuló szelekció esetén az eredeti cél nem elérhető, ezért az erőforrások átcsoportosítására van szükség. Ezután a kiválasztott célokhoz optimalizáljuk a rendelkezésre álló erőforrásokat, megszerezük és finomítjuk azt, amely jelentheti többek között a megfelelő eszközöket, információkat. Az optimalizáció megvalósulása a gyakorlás folyamata. Végül pedig kompenzáljuk, ellensúlyozzuk a veszteségeket (Kaszás és Tiringner, 2010 és 2013).

¹⁴ Először a leromló és a szokásos típusú öregedés esetén, majd később a sikeres öregedési folyamatok kapcsán is megjelennek ezek a tapasztalatok.

¹⁵ Bővebben ld. az irodalomjegyzékben: Kerekes, 2013b ill. Kerekes és Karádi, 2013.

¹⁶ Emlékszem egy kilencvenéves férfit betegre, aki azért került ápolási osztályunkra átmenetileg, mert leesett a fáról, és összetörte magát. Napokat töltött szótlanul, mogorván, mire kiderült, hogy az az igazi baja, hogy nem tud többet fára mászni, pedig ő még el akarta érni és megmetszeni a legfelső

a remény volt csecsemőkorban, most a remény átértékelődik, perspektívájában, minőségében mássá válik. A segítség kérése, elfogadása, vagy szükségessége próbára teszi az idős embert ebben az életszakaszban. Könnyen billenhet a mérleg a negatív kimenetel, a kétségbeesés felé.

A helyzet egyik pozitív erőforrása azonban a társas támogatás elfogadása. A társas támogatás egyik meghatározó gyökere a kötődési stílus, azaz a gyermekkori biztonság, a bizalom megélése. A kötődés minősége egy életre befolyásolhatja a társas támogatás igénybevételét, igénybe vehetőségét. Azonban a gyermekkori kötődés minősége nem megváltoztathatatlan predispozíció. Sőt, az életciklusok változása, az élettapasztalatok megszerzése megváltoztathatja a társas tapasztalatok szerepét is. Idővel összeadódó pozitív hatásról beszélhetünk, illetve az információkeresés módja is változik, azaz inkább az érzések, mintsem a tények mentén szelektálunk az idő előrehaladtával. A szocioemocionális szelektivitás elmélete (Carstensen, 1993, 1998, 1999, id. Riediger és mtsai, 2006) szerint a célok az élet végéhez közeledve az érzelmi feltöltődéshez, elégedettséghez kapcsolódnak elsősorban. Ez azt eredményezi, hogy az idősek a megjelenő és természetes veszteségek ellenére is minőségleg jobban érezhetik magukat (ld. a 2. és 3. 2. alfejezetet). Ezek a változások (mind az emlékezet, mind a figyelmi folyamatok szelektívebbek a pozitív információkra) segíthetik az elégedettség érzésének kialakulását (Baltes és Baltes, 1990; Kerekes és Karádi, 2013). Természetesen az akut és negatívan értékelt események (pl. házastárs elvesztése) csökkentik és megtörhetik ezeket a szelektív működésmódokat, de mégis úgy tűnik, hogy ebben a szakaszban a társas támogatás, ezen belül is kiemelten az érzelmi támogatás szerepe jelentős. Mint gyermekkorban a szülői gondoskodás, úgy időskorban is egy releváns másik személy gondoskodása kerül előtérbe. Az életkor előrehaladtával a szociális hálózat nagysága csökken, de a minősége pozitívan alakulhat. Az időskori társas támogatás négy legfontosabb forrása: a gyermekekkel való kapcsolat; a közeli rokonnal (házastárs, testvér), közeli baráttal való viszony és a többségében egy személlyel kialakított bizalmas kapcsolat.

Gyakori hiba, hogy a környezet nem vagy csak rövid ideig tolerálja az idős veszteségfeldolgozását. Jó szándékból ugyan, de igyekeznek fájdalmát, keserűségét bagatellizálni, idő előtti, valós elfogadás nélküli továbblépésre sürgetni. A másik végtel, amikor a környezet az idős veszteségei felett érzett szomorúságát, zárkózottságát természetesnek veszi, és így magára hagyja őt, segítség nélkül. A legtöbb ilyen helyzet a hozzátartozó informálásával könnyedén kijavítható, aki ezáltal fel

ágot. Szobatársai kinevették, hogy bárcsak az lenne a legfőbb bajuk, hogy nem tudnak 91 évesen felmászni a fára, de ez a betegnek nem számított. Nem számított még akkor sem, ha mások szerencsésnek látták, hogy ilyen idős korban szembesült először igazán a képességeinek változásaival és ezáltal a lehetőségek korlátozottságával. Hosszú harc volt számára ennek a helyzetnek az elfogadása és a büszkesége megtartása, annak újradefiniálása által. Ez a leírt eset a következő szakaszra is jó példa, hiszen az élet ritkán választja el az elméleti szakaszokat egymástól. A büszkeségen esett csorbát végül segítette kijavítani a beteg akarata. Ugyanis képes volt úgy dönteni, hogy megküzd a helyzettel és arra koncentrálni, amire még képes, és megpróbálja máshogy megoldani azt, amire már nem. A szegényérzetét is újradefiniálta önmaga számára, a szükséges változás eléréséhez.

tudja venni az idős ritmusát, és nem akadályozza a saját helyzetéből fakadó bizonytalansága abban, hogy segítséget tudjon nyújtani¹⁷.

A társas támogatás optimális, megfelelő teret és időt adó megvalósulása integrálhatja a személy életét, átsegítheti az elsősorban fiziológiai változások miatt kialakult megbízhatatlanságokkal való szembenézésen. Biztos pontot adhat kapcsolati szinten, így az átrendeződés és alkalmazkodásra való képesség reménye megérlelődhet. A stabil társas támogatás megélése (még akkor is, ha esetleg ennek konkrét forrása változik¹⁸) fizikai és lelki egészség szempontjából is protektív tényező (Kerekes, 2013b, Nussbaum és Coupland, 2004).

3. 3. 2. Autonómia/szégyen

A szégyenérzés is újra előtérbe kerülhet, hiszen a test feletti uralom meggyengülhet, ám az akarat ekkor is lehetőséget nyújt a kontrollra, vagy az új helyzethez való alkalmazkodás belátására, kialakítva az újradefiniált szabályokon alapuló biztonságot. A szégyenérzés és a kétségek számos forrásból eredhetnek. A test feletti uralom elvesztésére rengeteg példát lehet hozni, onnantól kezdve, hogy már nem vezethet autót, vagy a műfogsorral való étkezés okozhat kínos pillanatokat, odáig, hogy az idős toloszékbe kényszerül, vagy pelenkát kell hordania, esetleg szótómával él. Le kell mondania tevékenységekről, mert szégyelli, hogy nem tudja tartani a vizeletét, vagy gyermekére, unokájára szorul alapvető feladatok elvégzésében, mint az evés, a szobatisztaság. Ide tartozhat még az anyagi biztonság elvesztésével kapcsolatos szégyenérzet is, amely a nyugdíjazás miatt alacsonyabb jövedelmet és szociális bizonytalanságot eredményezhet. Ennek kapcsán szintén számtalan kényszer megélése okozhat további csorbát az önbecsülésen, legyen az olyan tény, hogy már nem tud például utazni, mert nem engedheti meg magának, vagy nem tudja otthonát fenntartani. Így lehet kényszer az otthon feladása, idősotthonba vagy a gyerekekhez való költözés is.

Ennek az éle szakasznak a megoldását többnyire az akarat és a motiváció megtalálása segíti. A motiváció megtalálásában hatékony, ha szem előtt lehet tartani, hogy a szégyenérzet egyik jelentős forrása a kiszolgáltatottság érzése, az egyoldalú helyzet. A kapott gondoskodás viszonzása, a kölcsönösség jelzései enyhíthetik az önbecsülésen esett csorbát. Még akkor is, ha az adok-kapok összefüggése más dimenziókban történik. Könnyebb elfogadnia az idősnek, hogy mondjuk a gyermeke fürdeti, ha emellett megélheti, hogy véleményével, tanácsával hasznos tapasztalatot tud átadni ő is „cserébe”. Sokszor ez az említett kapcsolati aszimmetria és az ebből fakadó kiszolgáltatottságérzés az oka annak, hogy az idősnek végül

¹⁷ Ez a hibaforrás a társas támogatásban minden veszteségfeldolgozó, gyász időszakban igaz lehet.

¹⁸ Ahogy említettük, az idős ember szociális hálójá változik, és többnyire szűkül. A releváns személyek elvesztése ezért kiemelt erőpróba, de nem megvalósíthatatlan. Az is tény, hogy a férfiak és a nők másként működtek a kapcsolataikat. Általában a nők rendelkeznek kiterjedtebb kapcsolatrendszerrel, így ők idős korban több embert vesztenek el, sérülékenyebbek ilyen szempontból. A férfiak általában a családra támaszkodnak az életük során, így stabilabb a kapcsolatrendszerük, de az életkorral a két folyamat kiegyenlítődik.

könnyebb segítséget elfogadnia „idegentől” (nővér, gondozó), ahol a kapcsolatban a munkaviszonyból fakadó anyagi ellenszolgáltatás és/vagy a professzionalitás gyakran elfedi, esetenként ellensúlyozza a megélt szegény érzését.

3. 3. 3. Kezdeményezés/bűntudat

A következő szakasz a célelérésről és kezdeményezésről szól. Az előző pontokban boncolgatott kérdések megválaszolása utat teremthet az életkorból és lehetőségekből fakadó reális célok kitűzéséhez. Ezek a célok azonban általában rövidtávúak, vagy rövidebb távúak, mint korábban, és a napi tevékenységekhez kapcsolódóak. Ekkor az aktivitás szintje megváltozik, és érzékelhető nehézséget jelenthetnek például a generációk közti eltérések, akár az információáramlás, akár az információfeldolgozás kapcsán. A komfortos egyensúly megtalálása és kialakítása a változások tükrében már önmagában reális és lényeges célkitűzés. Fontos, hogy ezt az igényt a környezet is figyelembe tudja venni, és ennek megfelelően értékelni. Ilyen cél lehet, hogy az idős sétál egyet az udvarban vagy a házban, ilyen terv, hogy ma megborotválkozik, vagy meghallgat egy műsort a rádióban, de akár lehet egy családi találkozó megszervezése, vagy nyaralás is. A bűntudat általában akkor erősödik a kezdeményezés szándékával összefüggésben, ha az idős gyengének érzi magát az adott cél, tett megvalósításához. Ebben a helyzetben a kis lépéseken alapuló, reális célkitűzések adhatják vissza a kezdeményezőképeség bátorító erejét és pozitív élményét. Segítséget jelentenek ilyenkor az ismerős eszközök, információk, a megfelelő tempó és a környezet elfogadó magatartása.

3. 3. 4. Teljesítmény/csökkentértékűség

A teljesítőképesség természetesen változik, az idő és a tempó értékelése átalakul, lelassul, de ennek az érzésnek nem szükségszerű velejárója a kompetenciavesztés élménye. Ebben a szakaszban is az elfogadó hozzáállás segítségével őrizhető meg az értékesség és bölcsesség érzése. Itt emeljük ki, de minden ponton lényeges, hogy a megfelelő támogatás, a teherbíró érzelmi kapcsolat nem magát az objektív veszteség bekövetkezését befolyásolja, hanem a szubjektív veszteségélmény megélésének minőségét. Ezáltal segíti a személyt abban, hogy motivált legyen erőfeszítést tenni az elveszített erőforrás, teljesítőképesség kompenzálásáért. A tapasztalat azt mutatja, hogy minden egyes napra legalább egy, sokszor már csak egyetlen, ám reális célt érdemes kitűzni. Ez az alapja annak az érzésnek, hogy alkalmas vagyok valamire, van célja a napnak, van értelme felkelni, valami hasznosat cselekedni. Megélhetővé válik az aktivitás egyéni és szubjektíven komfortos szintje is ezáltal, akár szellemi, akár fizikai vagy más teljesítményről legyen szó.

A teljesítőképesség és kompetencia kapcsán van még egy lényeges krízispont, amely talán érdemes kiemelt figyelemre, és ez pedig a nyugdíjba kerülés állomása. Vannak, akik várják ezt az állomást és a hosszú, munkával eltöltött évek után örömmel vonulnak nyugalomba. De vannak, akik ezáltal a „hivatalos öregszerp-

be” kerülés által nem csak a munkaviszonyukat veszítik el, hanem a kompetencia, megbecsültség, hasznosság érzését. Mivel a munka világából való kivonulás nem feltétlenül történik a 65. életév esetében, hanem akár korábban is, illetve később is lehetséges, ezért a kérdés összetettsége miatt részletesen külön fejezetben (ld. 4. alfejezet) is tárgyaljuk ezt a témát a továbbiakban¹⁹.

3. 3. 5. Identitás/identitásdiffúzió

Az idős- és aggkorral számos szerep átértelmeződik, vagy új, esetleg nem kívánt szerepek jelennek meg, mint pl. özvegyiség, régi szerepek tűnnek el, melyek elengedése nehéz, pl. osztályvezető főorvosi titulus vagy egyéb státusz és cím. Az ember önmagáról kialakított képe, identitása folytonosságának megőrzése szintén kihívást jelent, hiszen hirtelen megkérdőjeleződik mindaz, amit önmagáról tudott, közvetített a külvilág felé. Eltűnhetnek a régi, megszokott szerepekhez tartozó ismert rutinok és előnyök, és az új, bizonytalan helyzet eddig ismeretlen kihívásokat rejthet²⁰. A hűség ekkor elsősorban a körülmények és nehézségek ellenére is megélt és megtartott önazonosság érzését jelenti, amely jelentős erőforrás ebben az időszakban. Ebben lehet segítség azon szerepek megtalálása, amelyek nem változtak idővel, vagy bár változni fognak, de jelenleg megélhetőek, és hidat képeznek a változó szerepek és a stabilitást jelentő élmények között, mint például a nagyszülői szerep. Ha az ellentétes, veszteségre irányuló tapasztalatok kerülnek túlsúlyba, akkor nagy az elidegenedés kockázata.

3. 3. 6. Intimitás/izoláció

Az intimitás átértékelésében, az átalakult szerepekkel és a lassabb életmóddal járó változásokban felbukkanhat az izoláltság rémképe. Vizsgálati eredmények egyértelműen jelzik, hogy a magány, üresség, magára hagyatottság érzése jelentős, negatív életminőségi terhet ró az idősekre. A szubjektív magány érzését nem csak a társak hiánya, a fizikai és társas izoláció jellemezheti, hanem a szegényes meg-

¹⁹ Hospice osztályunkra került egyszer egy önmagát már ellátni nem tudó, ágyhoz kötött 75 év feletti férfi beteg. A tények szintjén tisztában volt az állapotával, azonban az osztály által biztosított lehetőségeket olyan szolgáltatásnak vette, amely abban segíti őt, hogy tovább tudja vezetni mérnöki vállalkozását. Napi tíz órában intézte telefonjait, beköltöztette irodáját a betegszobába, titkárnője szintén napi 8-10 órán keresztül „vezette” munkáit, adminisztrálta régi és frissen elvállalt projektjeit, közvetített az alkalmazottak, megrendelők és főnöke között. Tudományos és társadalmi munkáit szintén igyekezett tovább vinni, egyetemi oktatói státuszát, kuratóriumi tagságait fenntartani.

²⁰ Egy neves külföldi egyetem vezetője leírja, hogy nyugdíjazása után milyen sokként érte, amikor többé már nem a titkárnője, hanem saját maga kellett intézze az ügyeit, vagy rájött, hogy milyen magasak a benzinárak, mert addig a szolgálati autóját sosem ő tankolta, sőt, vennie kellett egy autót, mivel már nem volt szolgálati autója többé. A hazai időspopuláció közül kevesen élik meg ezeket a konkrétumokat, de mégis a példa jól szemlélteti azt a hideg zuhanyként érkező, egyszerre az ember nyakába szakadó döbnetet, amely a korábbi, megszokott és biztosnak érzett világot a sarkaiból kifordító érzést mutatja be. Az addig ismert szerepek jelentős része egyik pillanatról a másikra, ilyen drasztikus felismerést és változást hozva változhat meg időskorban, amelyhez az alkalmazkodás nem mindig könnyű.

küzdési stratégiák, bizonytalan kötődések, téves következtetések, diszfunkcionális attitűdök, kognitív torzítások, a megértés hiánya és intimitás nélküli kapcsolatok.

Vizsgálati eredmények szerint a magányosság a fizikai egészséget direkt módon nem befolyásolta, de a mobilitás nehézsége hosszú távon növelte az egyedüllét kockázatát. A mentális egészséget, ezen belül a szorongásos és hangulatzavarok kialakulását viszont egyértelműen negatívan befolyásolta a szubjektíven megélt magányérzet. Az izoláció lehetőségét a mozgás korlátozottsága mellett még növeli az ismert személyek elvesztése, halála, de ezek a történések nem vezetnek feltétlenül az egyedüllét vagy magány érzéséhez. A statisztikai adatok összességében 40%-os prevalenciát jeleznek a 65 év feletti, 50%-ot a 80 év feletti populációra. A magány szubjektív érzését jelentősebb mértékben alakítja a pszichoszociális erőforrások (kiemelten a kognitív, viselkedéses és társas támogatásból fakadóak) elérhetőségének nehézsége, mint a fizikai korlátozottságból vagy veszteségekből fakadó tények. Mind a prevenció, mind az intervenciók területén az erőforrások megtalálásának képessége bizonyult a leghatékonyabb fegyvernek az izoláció érzése ellen és a mentális egészség megőrizhetősége vagy helyreállíthatósága érdekében (Bekhet és Zauszniewski, 2012).

A kilencedik életszakaszban a kapcsolattartás módjai, lehetőségei mindenképpen változnak, de ez az átalakulás nem szükségszerűen jár együtt a beszűkülés vagy egyedüllét élményével, bár ebben a kritikus időszakban megnövekszik ennek a kockázata. Az érdeklődés fókuszának változása – például irodalom, művészet, zene, önkéntes tevékenység irányába – éppen olyan segítség lehet, mint a fényképek és emlékek felidézése által újraélt történetek, és ezek megosztása. A korábbi életszakaszok megélt és megvalósított alkotásai (akár munka, akár családi élet területén) jelentik ennek az időszaknak az erőforrását. A korábbi élethelyzetek be nem teljesített lehetőségei vagy veszteségei növelik a rizikótényezőket. Ilyen kockázati tényezők lehetnek: ha valaki nem tudott családot alapítani, vagy elveszítette a családját; nem tudta munkájában, hivatásában megvalósítani álmait, elképzeléseit. Ezek a nehéz, kudarcral terhelt tapasztalatok beszűküléshez, kizárólagossághoz, fekete-fehér illetve vagy-vagy típusú gondolkodási hibákhoz vezethetnek. De a korábbi sikertelenségek vagy izolációs élmények megváltoztatása megtörténhet éppen ezen életszakasz krízisének megélése és megoldása által is.²¹ A kognitív terápiás eszközök alkalmazása, a gondolkodási sémák megváltoztatása, adaptív meg-

²¹ A korábban említett, kórházi ágyában is aktív munkavégzésre törekvő férfitbeteg egy hónapig igyekezett minden erejével fenntartani a fent leírt helyzetet. Titkárnoőjn kívül más látogatót nem fogadott, a kórház személyzetét, mint saját alkalmazottait kezelte. Egy hónap után egy váratlan esemény szembesítette a betegség realitásával: a bank nem fogadta el a betegség miatt megváltozott aláírását. Összetört az a szerepvilág, amelyhez nagyon erősen ragaszkodott, és az egyetemi tanári, cégvezetői, kuratórium elnöki szerepei egy pillanat alatt elillantak. Ugyanakkor nem maradt helyette más, általa ismert szerep, gyermekei nem tartották vele a kapcsolatot évek óta, felesége elhidegült tőle, unokáit fényképről ismerte. Gyermekeének a munkáját tekintette, amelyet nem folytathatott tovább. Egyszerre szembesült a 3. 3. 4.; 3. 3. 5. és a 3. 3. 6. pontban leírt krízisek negatív pólusát jelentő eseményekkel. A megoldást pedig a 3. 3. 6. és 3. 3. 7. szakasz pozitív kimenetele adta meg.

küzdési módok elsajátítása, a valahova tartozás érzése mind segítséget nyújthatnak az intimitás-izoláció krízise hatékony megoldásának egyéni megtalálásában.

Az egyik legkritikusabb veszteségélményt ennek a szakasznak a kapcsán említjük meg, amely nem más, mint a társ halála. Időskorban a párkapcsolat és házasság tartalma megváltozik. Ez az a kapcsolat, amely segít fenntartani az önazonosság érzését, és megadja az életen át tartó fejlődés kontextusát. A hosztilis személyeket kivéve, akik több házassággal kapcsolatos distresszt tapasztalnak meg, a házasság pozitívan hat a mentális és a testi egészségre egyaránt. A párkapcsolatban megosztott élmények a hasonlóság érzését erősítik, amely nem csak a szokásokban, hanem kognitív és érzelmi szinten is megmutatkozó kötelék. Idővel a párkapcsolatokban a konfliktusok csökkennek, és a támogató funkció erősödik, mely a reciprocitás, együttműködés, megértés és az elégedettség egyik legfontosabb forrása (Berg, Smith, Henry és Pearce, 2007). A társ elvesztése ezért az egyik legnehezebb élethelyzet, hiszen azt a személyt veszíti el az idős, akivel a legszorosabb érzelmi kapcsolata volt. Érzéseket kifejezni és a gyászt megélni is legjobban párkapcsolatban lehet, és ilyenkor pont az a személy hiányzik, aki a legtöbbet tudna segíteni, és aki korábban is a legtöbbet segítette a feldolgozásban, akivel a legismerősebben, legösszeszokottabban menne az amúgy is nehéz folyamat. Ilyenkor azonban nincs jelen az az ember, akinek ki lehetne fejezni a megélt fájdalmat, úgy, ahogy senki másnak, és a már megszokott hatékonysággal tudna válaszolni, reagálni. Ezt a szoros kapcsolatot és élményt adja vissza az a kifejezés, amelyet ilyenkor gyakran emlegetnek, hogy a társ halála után nem érzik magukat egésznek, mintha hiányozna egy darabja testüknek, lelküknek, amit erőszakkal elvettek tőlük. Az özvegyiség kiemelt rizikótényező a pszichológiai és szociális halál bekövetkeztében. A pszichológiai halál esetében a veszteséggel természetesen együtt járó depresszív időszak könnyen klinikai depresszióvá alakulhat, mely ebben a korban kiemelt rizikója az elmagányosodásnak. Az izoláció következménye pedig az ún. szociális halál.

A magány egyik definíciója a beteljesületlen érzelmi és szociális élet miatt kialakult üresség megélése, amely közönyösséget, depresszív érzéseket előhívó distressz állapot. A magány érzése korrelál a magasabb vérnyomásértékekkel, krónikus betegségek kialakulásával, szorongásos és hangulatzavarok megjelenésével, alkoholproblémákkal és szuicid késztetésekkel. Kiemelten szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy gyakran még támogató, családi vagy professzionális környezetben is találkozhatunk azzal a tévhittel, hogy a környezet „tisztelően tartja”, nem zavarja meg az idős magányát. Azt gondolják, hogy az időskor a magány, az elmélázó egyedül gondolkodás ideje, ezért nem is közelítenek, vagy tesznek fel érdeklődő, segítő, támogató kérdéseket a veszteséget megelőző személynek (ld. még 3. 3. 1. veszteségfeldolgozásra vonatkozó részét). Ez a téves elképzelés növeli a magány rizikóját, amelynek amúgy is nagy az esélye, részben az individualista társadalomszemlélet miatt, részben a környezet eltérő életritmusa, fizikai távolságok vagy egyéb okok miatt. Az idős ember igényeit és sérülékenységét érdemes komolyan venni, kiemelten az elsődleges kapcsolatok elvesztésének időszakában. A férfiak sérülékenyebbek, mint a nők, ebből a szempontból is (Arber, 2004).

A család támogató szerepe kiemelt, de a tapasztalatok azt mutatják, hogy ilyenkor a testvérkapcsolatok szerepe és jelentősége megnövekszik. Az idősök többségének a leghosszabb és legtartósabb kapcsolata életében a testvéri kötelék, így a magány és az özvegyiséggel való megküzdés egyik legerősebb érzelmi forrása is. Fél- és mostohatestvérek kivételével ilyenkor még a régi sérelmek is könnyen eltemethetőek a feledés homályába. Önkéntes tevékenységek, nagyszülői szerepek szintén támogató erőforrást jelentenek a krízis sikeres megoldásában.

3. 3. 7. Alkotóképesség/stagnálás

Az alkotóképesség aktív érzése átalakulhat, de nem feltétlenül tűnik el teljesen időskorban, még akkor sem, ha a produktivitás már nem feltétlenül velejárója ennek az életszakasznak. A fizikai változások támogatják ennek a krízisnek a pozitív átmenetét, hiszen a napi ritmus, az energia- és aktivitásigény átalakul, a feladatok súlya és a terhelhetőség összhangja megváltozik. A korábban tanult és haszonnal alkalmazott problémamegoldó stratégiák, a megszerzett ismeretek, a tudás is hamar devalválódhat, köszönhetően a felgyorsult információáramlásnak, amely a magabiztosság csökkenésével is járhat. Az alkotóképesség érzésének megőrzése mégis abban áll, hogy bár a tapasztalat, a felhalmozott tudás tartalma az idő előrehaladtával csorbulhat, a megélt emóciók ennek ellenére is maradandó tanulságot jelentenek. Az érzések elismerésének élménye megóvhatja az időst a stagnálás negatív élményétől, aki gondoskodó magatartásával elkerülheti a pszichológiai és szociális izolációt. A stagnálás, eredménytelenség végpontját a visszautasítás vagy a visszautasítotttság érzése adhatja. Azonban a pozitív pólus a gondoskodás, elfogadás, továbbadás érzéséből táplálkozik. Törvényszerű, hogy a tempó a produktivitással összefüggésben is lassul, de az új kihívások megtalálása, a fiatalabb generáció számára értékes érzések továbbadása nem devalválódik a mai rohanó világban sem. A hasznosság érzése számtalan forrásból táplálkozhat egyéni életútjától és célkitűzésektől függően. Azonban azt lényeges kiemelni, hogy apró feladatok, figyelmességek, véleménykérés is elég lehet a hasznosság megéléséhez, amely motivációt és alkalmat teremt arra, hogy az idős személy képes legyen erőfeszítést tenni a számára lényeges erőforrások megtartásáért, vagy az elveszettek újradefiniálásáért, kompenzálásáért.²² Másrészt azt is érdemes megjegyezni, hogy a

²² A korábban példának hozott, hetvenes éveiben járó férfibeteg képes volt életútját áttekintve először mérnöki munkájának maradandóságából erőt meríteni. Ezzel az erőforrással felvértezve szembe tudott nézni a családi élet területén megélt kudarcaival, megbékélni döntése következményeivel. Megbocsátotta és elfogadta családja döntését, amely azt eredményezte, hogy tulajdonképpen nem is ismerik egymást. Így elfogadta, hogy nem is várhatja, de nem is kéri és igénylik egymás jelenlétét ebben az időszakban. A fennmaradt idejében igyekezett számba venni élettapasztalatait, megfogalmazni és leszűrni annak tanulságait. Erőt adott neki, hogy őszinte tudott lenni önmagához, és meg tudta fogalmazni az élete eredményeit és értékeit. Fájdalmas és egyben lélekiemelő hetek voltak. Munkába vetett szenvedélyességét és elhivatottságát, eredményeit, teljesítményét tételesen számba vette, vállalkozását felszámolta, gondoskodott munkatársairól, alkalmazottairól, szellemi örökségét igyekezett átadni kollégáinak. A halálakor ott tudott lenni az az ember, akiben megbízott és a segítségére volt

kreativitás, a kreatív alkotás képessége nem változik az életkorral, melynek példáját ismerjük Rembrandt, Goethe, Verdi, Michelangelo vagy más művészek életútjából és hagyatékából is.

3. 3. 8. Én-integrálás/kétségbeesés

Az aggkor komoly fizikai és pszichológiai erőpróbát is jelenthet az egyén számára. Az aktuálisan átélt nap és pillanat emiatt kitöltheti a teljes időperspektívát, az érdeklődés helyét pedig a már megtapasztalt dolgok bizonyosságának igénye. Nem törvényszerű ennek az állapotnak a megélése, de ha bekövetkezik, akkor a biológiai halál többé már nem elrettentő, hanem elfogadható tényné válik. Az elfogadás, megbékélés, a veszteségekkel való kiegyezés egy olyan érett, meglepően rugalmas gondolkodást eredményez, amelyben a pozitív elemek túlsúlya jellemzi a viselkedést, az elégedettség pedig az érzéseket, az élet végének, mint reális lehetőségnek elfogadható és integrálható tudatában (Révész, 2007; Kerekes, 2013), teljességgel megvalósítva az optimális öregedés definícióját. Ez a bölcsességhez vezető út, amely összefogja a teljes életpályát. Joan Erikson (1998) szerint ezt az ösbizalom egész életen át kialakított tapasztalata támogatja, amely a remény forrása.

3. 4. Peck elmélete az időskorról

Robert Peck (1968, id. Aitken és Rudolph, 2010; Freund és Baltes, 2005) az Erikson (1991) által definiált én-integrálás elérése mellett még összesen hét célkitűzést határoz meg, melyek a bölcsesség eléréséhez és az öregedés folyamatához való egészséges adaptációhoz vezethetnek, ebből három vonatkozik szigorúan az időskorra. Szerinte az öregedés az egyén tanítómesterévé, az egyensúly és a változásokkal való együttműködés megteremtésének támogatójává alakulhat. A folyamat még felnőttkorban kezdődik, amikor a bölcsesség vs. fizikai teljesítmény kihívásait kell az egyénnek megoldania, majd ezt a szocializáció vs. szexualitás; az érzelmi rugalmasság vs. érzelmi elszegényedés és végül a mentális flexibilitás vs. mentális rigiditás követ.

1. Az időskorra vonatkozó első célkitűzés az én differenciáltságának formálása, amely végeredményben *önelfogadást* jelent, azaz a belső értékek, képességek, aktivitási lehetőségek előtérbe kerülését. A tapasztalat továbbadása vagy a segítő tevékenységek (önkéntes munka) facilitálják ezt a folyamatot, mely tartalmában teljesen eltér a korábbi munka- és feladatvégzés fogalmától, mivel nem teljesítményre, hanem olyan elégedettséget okozó belső értékek elérésére épül, mint a segítőkészség vagy a gondoskodás. A másik ellenpólus a munkaszerepekbe való túlzott belemélyedés, amely főleg a nyugdíjazás kapcsán jelent kritikus pontot.

ebben a folyamatban. Ebben a kapcsolatban megtalálta az érzelmek továbbadásának jelentőségét és örömét. Néhány nappal később hunyt el, mint hogy lezárta ezt az itt nagyon röviden és vázlatosan ismertetett folyamatot.

2. A második feladatkör *a test transzcendenciája*, szembeállítva a testtel való túlzott foglalkozással. Ez akkor különösen jelentős kihívás, ha a fizikai test betegségével is meg kell küzdeni, amely akadályozhatja az öröm, elégedettség érzésének elérését. A test fogalmának átértelmezése a gondoskodás elfogadásával is megtörténhet, amely végül az elégedettség, a szeretet megtapasztalásának eszköze lehet, ezáltal a szellemi, spirituális értékek, érzések és a megbocsátás kerülhetnek előtérbe.

3. A harmadik célkitűzés *az én transzcendenciája*, a túlzott önmagával foglalkozás helyett. Ennek a két végpontnak a szembeállítása a halandóság elfogadásának jelentős lépcsője. A túlzott önmagára figyelés az öregedés folyamatának elutasítását eredményezheti, mely az egyéni és általában én-központú, önző célok előtérben tartásában mutatkozik meg, amely hosszú távon nem fenntartható, pozitív illúziót teremt. Az időskor elutasításának másik következménye, hogy a veszteségekre, negatívumokra koncentrálna a személy, amely az én-központúság másik végletét jelenti. Az én transzcendenciája ezzel szemben az öregség elfogadásán alapul, belátva az élet befejezésének közelgő lehetőségét. Az egyén ebben az esetben képes a kor értékeinek, szépségeinek, lehetőségeinek felismerésére és megélésére, kiteljesítve és értelmet adva ezzel életének.

Úgy véljük, Peck (1968, id. Aitken és Rudolph, 2010; Freund és Baltes, 2005) elmélete árnyalja az Erikson (1991) által megjelölt krízispontokat, illetve olyan elemeket hangsúlyoz ki, amelyek a krízisek megoldásában segítséget jelentő célkitűzéseket tesznek konkrétabbá és a megfogalmazás által lehetséges intervenciók forrásává.

3. 5. Levinson életciklus szemlélete

Témánk szempontjából Levinson (1978, id. Horváth-Szabó, 2007; 1996, id. O'Hanlon és Coleman, 2004) életciklus szemlélete is említésre érdemes, annak minden kritikája ellenére. Elgondolásának előnye, hogy a fejlődés minden fázisában bekalkulálja a normatív problémagócok mellett a váratlan kríziseket is, és átfogó biopszichoszociális kontextusban gondolkodik minden kérdést illetően. Egy-egy életciklus szerinte kb. 25 évig tart, és ebből csak 6-8 év az a stabil időszak, amelyet struktúraépítő fázisnak nevez. A többi idő az átmenet, a struktúraváltó fázis. Az átmenet szót használja a krízis helyett, amely a struktúraváltás időszakát és alapfolyamatát jelenti. Az átmenet jelzi a lehetőségeket, a pozitív, kihasználható erőforrásokat az adott életfeladat kapcsán. A krízis számára – Eriksontól (1991) eltérően – az átmenet nehézkes, problémás, fájdalommal, szenvedéssel terhelt negatív időszaka.

Levinson (1978, id. Horváth-Szabó, 2007; 1996, id. O'Hanlon és Coleman, 2004) az időskort késő felnőttkornak nevezi, amikor a bölcsesség és értékesség érzéséhez egy realisabb, már illúzióktól mentes, és éppen ezért elégedett állapotot tudunk kialakítani. A késő felnőttkor átmenetének kezdetét 60-65 év körülre teszi. A krízisek, és ezáltal a visszalépések vagy az elakadás érzése akkor következik be, ha a korábbi életszakaszok célkitűzései nem voltak reálisak. A helyzet nehézségét és sú-

lyát fokozza a halállal való szembenézés ténye, de ez nem zárja ki a változás és változtatás lehetőségét. Sőt, igazából ez az a fejlődési lehetőség, amelyben érdemes és lehetséges a korábbi diszfunkcionális megoldási módokkal leszámolni. A hanyatlás elkerülésének módja és lehetősége, ha olyan egzisztenciális kérdésekre keressük a választ, amelyek segítenek elfogadni az öregkort és az azzal járó realitást. Négy feladatot vagy kérdéskört definiál Levinson (1978, id. Horváth-Szabó, 2007; 1996, id. O'Hanlon és Coleman, 2004) polarításokként (kötődések és oldódások mentén az individuum és a másokhoz kapcsolódás dinamikáját kialakítani), amelyek megoldásra várnak ebben az életszakaszban. Az első a fiatalság és az időskor kérdésköre, amelyben az életkor és a hozzá való viszonyból fakadó feszültségek kérdését kezeli. A második az alkotás és a destrukció polaritása mentén zajlik, amely a szenvedéshez való hozzáállás alapját is adja. A harmadik kérdéskör a maszkulinitás és a femininitás, a személyiség nemi aspektusának megélése és végül a kapcsolat és szereparáció mentén alakuló változások megéléseiről szól. A felsorolt polarítások közti feszültség kezelése, megoldása egyben a fejlődés motíváló mozgatórugója is, így az átmenetek sikeres megoldása jobb életminőséget eredményezhet.

Azokat az egzisztenciális változási lehetőségeket emelnénk ki, amelyek az Erikson-féle életciklus modellben kevésbé kerülnek előtérbe, bár implicit módon azért magában foglalja.

3. 5. 1. A fiatalság/időskor polarítása

A fiatalság-időskor kérdése lényegében megfelel az öregedés elfogadásának, és egyéni tartalommal való felruházásának. Az elfogadás vagy el nem fogadás pólusai elsősorban olyan külső normarendszerekből, vagy elvárásrendszerekből fakadnak, amelynek megvalósíthatósága többnyire nem reális, de jelenlétük és diszkrimináló hatásuk mindenképpen irreális terhet rak a társadalomra. Ide tartoznak mindazok az elsősorban elvárásokból fakadó kérdések, amelyekre Az időskor szemlélete c. részben utaltunk. Azaz az öregkorhoz való különféle viszonyulás (egyéni és társadalmi szinten) egyéni életúttal való összeegyeztetéséről vagy annak képtelenségéről van szó²³, amely megnyilvánulhat elutasításban, lázadásban, beletörődésben, nosztalgikus emlékek dédelgetésében, patológiás állapotokban. Ekkor csak idő

²³ Barak és Schiffman (1981, id. Füzési és mtsai) az életkori lehetőségek számbavételére néhány kategóriát állítottak fel, amely a bürokratikus vagy kronológiai kortól való eltérést szemléltetik. A *feel-age* jelenti azt az életkort, amennyinek a személy a naptári kortól függetlenül érzi magát; a *look-age* azt a kort, amennyinek a személy kinézete alapján gondolható; a *do-age* jelzi azt a kort, amely bizonyos életkorhoz köthető tevékenységek kapcsán határozható meg (sport, aktivitás); és végül az *interest-age*, amely az életkori csoportot az érdeklődési kör alapján jelöli meg. Ezek a jellemzők a naptári kor és a biológiai kor (egyén állapota az egyedfejlődés jellemző szakasza szerint, pl.: menopauza) mellett a szubjektív vagy pszichológiai kor alapját képezik, azaz azt a kort, amely a személy saját koráról alkotott, elnagyolt, de legfőképpen mégis szubjektív elképzelése. Vizsgálatainkban azt találták, hogy a gazdaságilag aktív, magasabb jövedelemmel rendelkező, nagyszülői szerepet még nem betöltő férfiak éltek meg pozitívabban a szubjektív életkorukat. Ugyanakkor minél közelebb esik egymáshoz a reális énkép és az ideális énkép, annál valószínűbb ennek a kérdéskörnek a sikeres megoldása.

kérdése, hogy az illúziókra vagy hamis pozitív önképre épített világnak mikor vet véget a realitás. Addig is olyan „tüneteket” tapasztalnak, amelyek a személyiségfejlődés elakadását jelzik, mint az érzelmi beszűkülés, vagy a testtel való foglalkozás, az aggodalmakra való túlzott odafigyelés, reménytelenség érzése, depresszió, öngyilkosság, rugalmatlanság (Buda, 1994).

A másik lehetőség a veszteségek és körülmények elfogadását, az életfeladatok megoldását és integrált én kialakítását jelenti. Ekkor az érintettek képesek önmagukat idősként meghatározni, elégedetten és örömet találva a kapcsolódó, integrált élményekben, tapasztalatokban, adott esetben a korlátokban is. Az említett kérdéskörök megválaszolására tett törekvés értékes fejlődést és potenciált rejt magában az idős személy számára, amelyet megvalósítva „mentori”, „tanácsadói” szerepet tölthet be környezetében.

Az is tény, hogy az életkor és következményeinek elfogadása nem megy egyik napról a másikra. Többlépcsős folyamatról beszélünk, amely igazából a harmincas éveinkben kezdődik és a hatvanas, hetvenes években teljesebbé válik. A fizikai és kognitív változások (sejtszintű, érzékszervi, kognitív funkciók, izomzat, metabolizmus stb.) kapcsán látható, hogy a legtöbb folyamat jóval korábban kezdődik, mint ahogy az észrevehető változást okozza, ezért az észlelt eltérésekre adott reakciók is jóval korábban elkezdődnek, mint ahogy az időskorba belépnek. Ez a reakció lehet ignorálás, leplezés, kompenzálás, lassítás, elfogadás, harmonikussá tétel. Az átmenet sikeres eléréséhez adott az idő, a felkészülés, a struktúraváltás egyéni módjának kialakítása, amelyet krízissé lehet fokozni. Általában azok a területek kritikusak, amelyek különösen fontosak a személy számára (szerep, külső megjelenés, tevékenység).

3. 5. 2. A férfiaság-nőiesség polaritás

A másik polaritás, melyet kiemelünk, a nőies-férfias kérdéskörhöz kapcsolódik. Ez egy olyan váltást jelent időskorban, ahol a korábban a társadalmi kultúra által erőteljesebben meghatározott nemi szerepeket érdemes újragondolni. A társadalmi nem (gender) – mint születésünktől fogva az egyik legerőteljesebb szabályozó és meghatározó elv a nemi és személyes identitás alakulásában – az egymással folyamatos és kölcsönös viszonyban lévő szerepekben ad támpontokat, természetesen véve értékrendbeli és tapasztalatbeli különbségeket. A nemek viszonyulása a világhoz sok tekintetben különböző lehet, továbbá koronként és kultúránként folyamatosan változik. Ugyanakkor a vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a nemi különbségekre vonatkozó sztereotípiák nagyjából azonosak, és megfelelnek a gyermekkorban elsajátítottaknak. Bár a dolgozó nő ma már természetes jelenség, és a mostani idősekre is hatottak a feminista mozgalmak és az ipari társadalom, de az idős generáció gondolkodása még nem feltétlenül olyan rugalmas, ahogy azt az elmúlt kb. két évtized változása indokoltá tenné. A jelenlegi idős emberek esetében még több a tabu és merevebbek a szabályok, mint a mai fiatalok gondolkodásmódjában. Ugyanakkor az elmélet azt állítja, hogy a társadalmi nem által megkonstruált szerepek és a szexuális ösztönök helyét időskorban érdemes átértékelni, amelyeknek

kapcsán a gondoskodás vágya kerülhet előtérbe férfiak esetében is. Ez párkapcsolati gondolkodás- és életminőség váltást is eredményez, amelyben a nem szexuális jellegű intimitás²⁴ egyre nagyobb teret nyerhet.

3. 6. Tornstam gerotranszcendencia elmélete

Ide kapcsolódik Lars Tornstam (1989, 1994, id. O’Hanlon és Coleman, 2004) *gerotranszcendencia* elmélete is, amely tartalmában hasonlít a jungi felfogáshoz – és lényeges része a kollektív tudattalan – és az Erikson által meghatározott bölcsességhez. Az idős ember transzcendens élményei az idő-, tér-, az én-, és tárgyészlelés, az élet és halál fogalmának újra és újra történő meghatározásában rejlenek. Ez azt jelenti, hogy a megélt fejlődés folyamatos, és minden személynek egyénileg kell újradefiniálnia az életét, annak meghatározó elemeivel együtt. Másst jelentenek a felsorolt fogalmak egy hatvan- és egy nyolcvan éves számára, illetve az egyénen belül is szükségszerűen kialakul a felfogás változásának élménye. Ez tágabb metaperspektívába helyezi a korábbi racionális és materiális gondolkodást. Példaként hozható az az élmény, amelyet a térben és időben orientált idős úgy fogalmazhat meg, hogy bár tudja, hogy kilencven éves, mégis élményvilágában, adott pillanatban egyszerre érzi magát gyermeknek, felnőttnek és idősnak. Az időperspektíva megváltozik, összemosódik, létrehozva ebben a konkrét példában az idő határainak transzcendenciáját.

A kozmikus, spirituális élményvilág pozitívan hat az étellel való elégedettségre. Az én és a másik közötti határ elmosódottabbá válik, a vallás, a hit szerepe növekszik, a halálfélelem csökken, és létrejön egy olyan általános flow-állapot, ahol az emberiség, mint egész válik jelentőségtelivé. Tornstam (1996) óva int attól, hogy a kiteljesedés és bölcsesség öregkori transzcendens formájának lehetőségét elvegyük az idősektől azáltal, hogy nem vesszük figyelembe szándékaikat, és a túlzott aktivitásra ösztönzéssel megakadályozzuk őket abban, hogy elérjék ezt az állapotot.

Ahogy azt korábban is említettük, az idősek érzelmszabályozása hatékonyabb, mint a fiataloké, vagyis a negatív érzéseik kontrollja eredményesebb, és érzelmi állapotuk relatív optimalizálására törekednek. Kutatások bizonyítják, hogy ez a változás hat a személyiségvonásokra, a temperamentumra és a szokásokra is. Ez a működésmód alátámasztja az eriksoni modell bölcsességélményének kialakulását, és összhangban van az optimális öregedés célkitűzéseivel, kifejezve a döntések, sikerek, kudarcok értékeléséből fakadó élettapasztalatot és szemléletet. Az érzelmszabályozás egyik módja a tapasztalatokból fakadó tudatos kontroll és a számvetésből kialakuló új belső egyensúly alkalmazása. Ezek segítik a mindennapok által felkínált lehetőségeik értelmes célokhoz való társítását.

A bölcsesség mint az időskor pozitív én-minősége, a kognitív és érzelmi folyamatok integrációjából fakad. A közreható változók közül kiemelendő még a szo-

²⁴ A kiegyensúlyozott, intim párkapcsolat lényeges elemei az elkötelezettség és kölcsönösség, az érzelmi-, kognitív-, és fizikai intimitás.

ciális környezet (gazdasági, műszaki és tudományos, művészeti, kulturális, vallási és politikai) szerepe. A bölcsesség annak elfogadása is, hogy az egyén önmagában csak része az emberiségnek, amely közös jellemzőket, eltérő generációkat és kultúrákat ölel fel. A fejlődés ebben a tekintetben nem csak a produktivitás és alkotás korábbi állomásainak folytatása, hanem a létezés új formája is.

Ezzel az elmélettel zárjuk az időskori életkrízisek rövid ismertetését, melyek megoldása és kiegyensúlyozott zárása az időskor megtapasztalásának és az élet végének, végességének optimális, minőségi megvalósulását eredményezheti. Ezek a krízisek valamilyen formában felmerülnek mindenki életében²⁵, viszont a megoldás módjairól a döntéseket mindenki maga hozza meg egyéni módon. A továbbiakban még két krízispontot fejtenénk ki, az egyik a nyugdíjba vonulás fordulópontját veszi nagyító alá, a másik pedig a halálfélelmet mint az életet és kríziseket átható tényezőt járja körül.

4. A nyugdíjazás

Társadalmunk értékelése néha félreérthető üzenetet küld az emberek számára. Hajlamossá válunk felcserélni az önértékelés és a teljesítmény fogalmát. Hajlamossak vagyunk azt gondolni, hogy az élet értékességét a produktív teljesítmény jelzi, és hogy ez a siker és elfogadottság mércéje. Ahogy azt a teljesítmény és csökkentértékűség krízisével foglalkozó résznél jeleztük, a nyugdíjazás kérdéskörét külön is részletezzük.

Az időskori nyugdíjba kerülést (a rokkantnyugdíjazás kérdéskörével ebben a fejezetben nem foglalkozunk²⁶) ellentmondások hálója veszi körül. Egyrészt sokan egy életen át várják a munka világából való kikerülést, az ezzel járó szabadságot. Másrészt az idősek jelentős hányada szerepvesztésnek, a csökkentértékűség jelzésének éli meg ezt az időszakot. Sokan tartanak attól, hogy a nyugdíjba kerülés megrendíti az anyagi biztonságukat, és így nem lesz módjuk élvezni az előttük álló éveket²⁷. Ugyanakkor már a munkahelyen, még aktív időszakban is ellentmondó

²⁵ Az időskori krízisek tartalma krónikus betegségek kapcsán a betegséggel szembenező személy életútjában is felmerül. Ekkor a kérdéskörök gyakran nagyobb súllyal nehezednek a személyre, mert olyan vágyakként, reményekként kell lemondani bizonyos helyzetek megtapasztalásáról, amelyet pont a betegség okozta korlátozottság vagy élettartam-megróvidülés tesz megvalósíthatatlanná. Ekkor a krízisek jelentősége az adaptáció és elfogadás segítségével, a gyász munka által átalakított jövőképpel és végességérzéssel való megbékélés lehetőségében van. Váratlan, hirtelen, felkészülésre időt nem hagyó haláleset jelenti azt a kivételt, amikor a személyiségfejlődést segítő krízisek nem valósulnak meg.

²⁶ A betegségek vagy az olyan életesemények, mint a válás, vagy háború átélése olyan nem-normatív tényezők, melyek az életkori kríziseket súlyosbítják, és az időskori életútösszegzésben újra kiemelten előtérbe kerülnek, de ezek hatásaival jelen fejezetben kiemelten nem foglalkozunk.

²⁷ Több országban az állami és magánnyugdíjrendszer változékonysága, a nyugdíjkorhatár emelése, vagy a nyugdíjazás kapcsán esedékes egészségügyi ellátást érintő változások bizonytalan és kiszámíthatatlan nyugdíjas éveket vetítenek előre, és növelik az érintett populáció aggodalmait. Brockmann, Müller és Helmert (2009) vizsgálatukban azt találták, hogy a csökkent anyagi erőforrások magasabb mortalitással jártak együtt a nyugdíjas populációban.

üzeneteket kapnak a környezettől, amely szintén bizonytalanságot kelthet. Gondolhatunk itt az age-izmusból fakadó negatív megkülönböztetések direkt vagy kevésbé direkt visszajelzésire, illetve az ezzel gyökeresen ellentétes „milyen jó lesz neked, ha majd nyugdíjas leszel...” kezdetű megjegyzésekre. Legtöbbször nem is a nyugdíjazás tényét, hanem magát a nyugdíjba kerülés folyamatát élik meg kritikusnak és erőpróbának. A hivatalos procedúrát, a vonatkozó szociális intézkedéseket, az esetleges alacsonyabb szocioökonómiai státuszt. Az elvárások és a korábbi attitűdök, hiedelmek minősége jelentős előrejelzője a nyugdíjba vonulási stressz megélésének (Glicken, 2009; Coe és Zamarro, 2011).

Az azonban tény, hogy akármikor is fejezi be valaki a hivatalos munkát, az jelentős változást hoz mind a különféle szerepekben (státuszvesztés/váltás), mind a kapcsolatokban, mind az autonómia érzésében (Coe és Zamarro, 2011). Általában minél magasabb a munkában betöltött pozíció, annál nagyobb az észlelt veszteség. A munka-alkoholisták esetében a legnagyobb a rizikója a mentális és fizikai betegségek kialakulásának is, mivel ők korábban sem tudták megtalálni a családi és munkahelyi világtól független egyensúlyt a mindennapi életvezetésben. Nyugdíjba kerüléskor megváltozik a társas kapcsolatok dinamikája a napirend átalakulásával együtt, ami általában a találkozások gyakoriságának csökkenését jelenti (főleg, ha bármilyen ok miatt a nyugdíjazás a lakóhelytől való elszakadást is maga után vonja) és az elmagányosodás rizikóját rejt magában, elsősorban a férfiak számára²⁸. Boldogtalan, elégedetlen nyugdíjasok nagyobb valószínűséggel végeznek céltalan vagy káros következményekkel járó tevékenységeket, mint tévézés, szerencsejátékozás, alkoholfogyasztás.

Atchley (1999, id. Glicken, 2009) a nyugdíjba vonulás folyamatát hat pontban összegzi:

1. A nyugdíjazás felmerülésének ideje, amikor konkretizálódik, hogy ez a változás közeledik, ilyenkor még mentálisan és financiálisan van idő terveket szőni és előkészülni.
2. A mézeshetek időszaka, közvetlenül a nyugdíj megkezdésekor. Jellegzetessége, hogy ilyenkor a szabadidő kiélvezhető, és a személy elkezd megvalósítani azokat a terveit, melyekre munka mellett nem jutott ideje.
3. A következő szakaszban a varázslat, az újdonság ideje véget ér. A tervezett aktivitások megvalósultak, vagy már nem jelentenek kielégülést, így a személy hangulata depresszívvé válik, és új ötletek hiányában az unalom érzése dominál.
4. Az előző szakasz tanulságai segíthetnek a személynek abban, hogy realisabb tervet készítsen arról, hogy mit is jelent számára a nyugdíjas évek eltöltése. A realis tervek, szervezés, a rangsorok felállítása következhet a megszerzett tapasztalatok függvényében.

²⁸ A nők részben a családi és háztartásvezetési feladatok miatt több és rugalmasabb szereprepertoárral rendelkeznek, másrészt a társas kapcsolataik is több forrásból táplálkoznak, mint a férfiakéi.

5. Ez a stabilitás és állandóság ideje, amikor kialakulnak az ismerős rutinok, melyben a tevékenységek összhangot hoznak létre (munka, aktivitás, tanulás, szórakozás egyensúlya).
6. A nyugdíjazással kapcsolatos terminális fázis akkor következik be, ha a nyugdíjas betegség, anyagi vagy egyéb okok miatt nem tudja már megélni és kiélni a nyugdíjazás általi lehetőségeit.

A folyamat ismerete segíthet felkészülni a zökkenőmentes átmenetre, az esetlegesen kritikus pontok kivédésére, vagy egyszerűen csak azt tudatosítani, hogy a személy nincs egyedül ezzel a tapasztalatával, és a megküzdésre váró nehézségek mások számára is éppen olyan kihívást jelentenek, mint neki.

A veszteségek adaptív feldolgozásában segít a más családi, baráti szerepek megtalálása, a hasznos társadalmi szerepek betöltése (önkéntesség, karitatív vagy egyéb szervezetek tisztségeinek elvállalása, hobbik találása). Érdemes a nyugdíjas évek tervezésébe aktívan bevonni a családtagokat, így csökkentve a magányosság és a depresszió kialakulásának kockázatát. Ha lehetőség van részmunkaidőben állást vállalni, az is segíti az átmenetet, mivel az általában kevesebb megterhelést, kevesebb felelősséget, nagyobb rugalmasságot jelent, és a kevesebb munkaidő is segít fokozatossá tenni a nyugdíjba vonulást (Glicken, 2009).

Mint minden életszakasz jelentősebb eseményénél, így ekkor is az ünneplés, a közös „szertartások” segítenek tudatosítani a változást. A támogató kapcsolatok demonstrálása egy búcsúztatón azt is jelzi, hogy bár egy szociális csoportból kikerült a személy, egy másik csoport egyúttal be is fogadja őt, amely jelentős erőforrás lehet. Szintén segítséget jelent, ha a házaspárok egyszerre tudnak nyugdíjba vonulni²⁹ (McDonald, 2011).

5. A halálfélelem

A halál és az elmúlás kérdésköre az időskor elutasításának és az időskorral kapcsolatos félelmek egyik legjelentősebb oka. Freud óta tudatában vagyunk, hogy a halálfélelem a személyiség alakulásának egyik meghatározó eleme, alapvető ösztöne. A halálhoz való viszonyt, mint minden más viszonyrendszert, az egyéni tapasztalat, a kulturális, vallási közeg egyaránt alakítja a személyiségfejlődés során. A gyász és a veszteségek, azok feldolgozásának állandó jelenlétét az emberi életút során már korábban is hangsúlyoztuk. A halálfélelem lehet az elfogadás, megértés, empátia, alázat forrása is, de lehet akadályozó, beszűkítő, görcsös félelem forrása is.

Az, hogy az egyén milyen módon tud szembenézni saját halandóságával, az elmúlás tényével, szoros összhangban áll a személyiségfejlődés érettségével, az eddig leírt elméletek által feltett kérdések megválaszolásával, megválaszolhatóságával. A

²⁹ Ez kb. a házaspárok egyharmadánál lehetséges csak, főleg az életkorból fakadó különbségek miatt. Általában azok a házaspárok, ahol az egyik fél még aktív, a másik nyugdíjas, jelentős párkapcsolati konfliktusokkal néznek szembe, az eltérő napirend, szerepkonfliktusok, önértékelési problémák miatt.

krízisek, polarítások pozitív kimenetelű megoldása, vagy akár a korábbi negatív kimenetelek újrastrukturálása teszi lehetővé a halál bekövetkeztének elfogadhatóságát. Az integrált én a halál kérdését nem elodázza, vagy szőnyeg alá söpri, hanem szélesebb idői perspektívába helyezi. A testi változások folyamatos progressziója és a különféle veszteségek elfogadása által megélt elszakadás a tárgyi világtól lehetővé teszi nemcsak a transzcendens, spirituális élmények előtérbe kerülését, hanem a halál természetességének és jelenlétének elfogadását is.

Bár több felosztása is létezik a halálhoz való viszonyulásnak, mi csak néhány lényeges szempontot emelnénk ki, hiszen a témával jelen könyv több fejezete is részletesen foglalkozik. A halál szembesíti az élet megoldatlan kríziseivel és kérdéseivel, ugyanakkor lehetővé teszi az élet értékelését és értékességének megélését. A halál ténye megadja azt a tudatosságot, amely gazdagítja, priorizálja az életet és az életfeladatokat, megadja a személyes növekedés motivációját. A halál ténye lehetővé teszi a jelen értékelését, mely a döntésekre alapvető hatással van (kivel, vagy kivel nem szeretné az ember az idejét eltölteni; a fontos döntéseket nem halogatja tovább a személy, a jövő kérdései, a tágabb társadalmat érintő döntések jelentőségüket veszítik stb.). A mai kor előtérbe helyezte a halál tabuként való kezelését, amely valamelyest folyománya az öregség elutasításának is. Ariés (1999) tiltott halálnak nevezi a jelenséget, amelyben nem csak a halál ténye vált tabuvá, hanem a fájdalom, a szenvedés, a betegségek, és a gyász folyamatának megélése is³⁰. Tény, hogy korunk emberének újfajta kihívásokkal is szembe kell néznie, hiszen a régi rítusok elhalványultak. Mivel nem kerültek továbbadásra, vagy a mögöttük rejlő tudás, a szimbólumok nem informatívak korunk embere számára, így jelentőségüket veszítették, nem tudják betölteni funkciójukat. Új rítusok vannak alakulóban³¹, melyek a megváltozott helyzethez adaptálódnak (medikalizálódott halál). A közösségek helyzete és élete is megváltozott, a technika és a távolságok más perspektívába helyezik a lehetőségeket³², létrehozva ezzel egy virtuális környezetet. Az életritmus, a gondozási dilemma³³, a kommunikáció, az anyagias, üzleties világ

³⁰ Ahogy az öregedés témája kapcsán is, a halál témája esetén is megfigyelhető, hogy a teljes elutasítás és az idealizálás végpontjainak feszültsége között egyre kifejezettebb az igény mind társadalmi, mind egyéni szinten arra, hogy az öregedés folyamata és annak végpontjaként a halál is reális alakot öltessen, és őszinte kommunikáció legyen folytatható, annak minden oldalát körüljárva. Jelen könyv is ennek a törekvésnek kézzel fogható bizonyítéka.

³¹ Pl. gyertyagyújtás a kórházban az elhunyt ágyánál stb.

³² Ma már gyakori, hogy a fizikai valóság megtapasztalása és a jelenlét helyett a hozzátartozók skype-on vagy egyéb média segítségével online követik családtagjuk, ismerősük temetésének szertartását.

³³ Az Időskor szemlélete c. részben említettük, hogy az idősek gondozása korábban sem csak és kizárólag a család körében zajlott, ugyanakkor az idősgondozás kérdése folyamatos dilemmákat vet fel. A mai idősek többsége otthonápolásra vágyik, de a dolgozó fiatalabb generáció tagjai legjobb szándékuk ellenére sem képesek ezt mindig biztosítani, hiszen munkahelyi és egyéb kötelezettségeik (gyermeknevelés vagy a távolság) miatt ezt nehéz megvalósítani. Az erőforrások változása érinti az érzelmi, anyagi, lélektani lehetőségek beszűkülését, az otthoni szakmai ápolásra többnyire sem a tudás, sem a technikai feltételek nem adóttak, így az idősek gondozását kórházak, otthonok, szociális ellátó rendszerek vállalják fel. Ez gyakran lelkiismeretfurdalást, morális terhet jelent mind az idős, mind a családja számára.

szemlélete új kihívásokat állít az élet vége felé közeledő ember számára is, és más-ként szembesíti azzal a kérdéssel, hogy mit hagy maga után, kinek fog hiányozni, vagy kitől és hogyan tud elbúcsúzni.

A halálhoz való viszonyulás eldöntésében minden eddig felsorolt szempont szerepet játszhat. Vannak, akik a halált teljes megsemmisülésként fogják fel, akár ateista szemléletük eredményeként, akár a megoldatlan identitáskrízis kétségbeejtő végpontjaként, mintegy kudarcként a korábbi életcélok megvalósításának vagy elfogadásának hiányában. Vannak, akik a természet törvényeként elfogadják a halált, mint logikus lépést, de vannak olyanok, akik az enyhülést adó menekülési útvonalat látják az elmúlásban. Reménytelen, céltalan, testi-lelki fájdalommal terhelt életük feladása és megszűnése akár vágyott, áhított befejezése is lehet életüknek. Végül vannak, akik a halál tényét képesek voltak integrálni személyiségfejlődésükbe, amelyben a saját halál megélése az életút beteljesítése és lezárása. A vallásosság, spiritualitás élménye nagy segítség ennek az elfogadásnak a megélésében, és sokan a halállal való szembesülés fényében térnek meg. Akik nem ebbe az utolsó csoportba tartoznak, azok többsége is képes integrálni a halál tényét az élet végén, de ehhez segítségre (pl. társas támogatásra) van szükségük. A segítségnek azonban megvan a maga módja, ideje, lehetősége. Az életvégi krízisek bár rendkívüli módon tudják sürgetni és meggyorsítani a folyamatot, de az ehhez szükséges lépések megtervezése mindig előkészületet, ismeretet és tudást is igényel. Az általános elméleti tények ismeretét az egyén életútjához, személyiségéhez, állapotához kell szabni, amelyhez az út a megfelelő tempóban adagolt kérdések megfogalmazásán és a rogersi kommunikációs elveken alapszik.

Az idős ember halálhoz való viszonya nem feltétlenül egyezik a krónikus betegséggel először, vagy korábbi életszakaszban találkozó személy reakcióival. A váratlanság sokkjának megélése a halállal való szembesülés kapcsán időskorban, az életút során felépült tagadáson alapulhat – szinte kizárólag.

A halál vágya mint másik irányú kivétel, a fájdalom jelenlétének tudható be. A fájdalom ténye, tartós szenvedésnyomása, kontrollálhatatlansága, vagy elviselhetetlensége mindent megváltoztat és felülír a halálhoz való viszonyban. Ebben az esetben a tartós szenvedés enyhülésének ígérete – a halál fényében – kívánatos állapottá válhat. Általában ahogy megszűnik a fájdalom, ez a viszony változik, a fájdalomtól való félelem függvényében. Ha a fájdalom elviselhető, vagy nincs jelen, akkor az idős ember sokféle érzelmet megtapasztalhat a halállal való szembenézés idején, akár kíváncsiságot, akár reményt, akár vágyakozást (hogy elveszített szeretteivel találkozhasson stb.), akár megbocsátást, akár bizonytalanságot, de akár közönyt is.

6. Összefoglalás

Olyan időskori elméleteket foglaltunk össze, amelyek összhangban vannak egymással, vagy egymásra vagy egymás kiegészítésére épülnek. Azonban, ha meg kell találni a közös pontokat a leírtakban, akkor az alábbi tényeket érdemes kiemelniük:

Az időskor nem állapot, hanem folyamat, amely már önmagában is veszteséget jelent, veszteséggel jár. Az időskorhoz a teljes életút eseményei és annak biopszichoszociális (szocio-historikus) kontextusa egyaránt hozzátartozik, csak ebben a keretben értelmezhető az individuumba nézve.

Az időskor, az időskori változások folyamatos megélése, az elfogadás, a veszteségek integrálása nyitja meg az utat a bölcsesség, elégedettség és harmónia eléréséhez.

A megoldások aktív keresése, a realitás megtalálása segíti a személyiségfejlődés folyamatosságát. Az öregedés elutasítása, vagy a természetes változások elleni harc rizikótényezője az elakadásnak, a krízisek negatív kimenetelű megoldásának, vagy esetleges patológiák megjelenésének.

A belső egyensúly elérése függetleníthető a testi állapotváltozásoktól (a tartós és csillapíthatatlan fájdalmat kivéve).

A társak, a társas támogatás során megvalósuló kapcsolatok segítséget jelentenek az időskori életfeladatok megoldásában.

Az időskori megküzdés átalakul, az akut stressztényezők inkább triggerelik a krónikusan jelenlevő stresszforrások által meghatározott helyzetet, mintsem kiváltják a reakciókat. Az alkalmazkodás kulcs tényezője az elfogadás megélése, amelynek célja az identitás megőrzése, alakítása az új kihívások tükrében. Ennek kapcsán több elméletben előkerülnek az asszimiláció és az akkomodáció³⁴ eredetileg Piaget-től származó fogalmai – melyek itt az adaptáció elérését és az észlelt kontroll megőrzését, átdefiniálását segítik –, illetve a szelektív optimalizációs folyamatok, mint például az érzelmi szelektivitás ténye.

A célok meghatározása és megőrzése minden életszakaszban lényeges kérdés. A pszichoszociális fejlődélméletben leírt kilencedik szakasz ismerete segítheti az időskori változások célkitűzéseinek definiálását, és így a megvalósítható és reális hangsúlyok kialakítását.

A felsorolt elméletek tulajdonképpen azt az irányt jelölik ki, amellyel meghatározható, hogy mely célok szolgálják a tanulságok leszűrését, az integritás elérését és az ehhez tartozó tudás átadását. Segít az életminőség kapcsán a megvalósítható célok fenntartásában, a változó fizikai és pszichológiai körülmények dacára. Az ismertetett tudás segít a lényeges és lényegtelen információk (kapcsolatok, tárgyak stb.) elkülönítésében, és ezáltal a fizikai és lelki rendrakásban. A spirituális és transzcendens célkitűzések, a halálra való felkészülés az említett tényezők mentén alakulhat ki, mivel értelmet és súlyt adnak mindannak, amit a személy egyénileg és megismételhetetlen módon átélt. Ez a módja a remény megélhetőségének, amely még az utolsó pillanatban is motivál, lehetővé teszi a hála, a harmónia és a bizalom megélését a legnehezebb és legkritikusabb pillanatokban is.

A bölcsesség elérése a fentiek összessége, következménye. Az időskor optimális megélését valójában nem a különféle prediszponáló tényezők határozzák meg, ha-

³⁴ Kaszás és Tiringer (2013) fejezete részletesen ismerteti a modell lényegét.

nem az életfeladatok megoldása, a krízisekre adott válaszreakciók. Így az optimális öregedés elérhető és nem illuzórikus cél az egészségdefiníció egészlegességének kompenzatórikus realitásában. A megküzdés szerepe kiemelt a változásban és alkalmazkodásban, melyhez a korábbi stratégiák egy részének elgyászolása és felülírása elengedhetetlen. L'Ecuyer (1990, id. Freund és Baltes, 2005) az időskori önmeghatározást két lépcsőben tartja megvalósíthatónak az én állandósága érdekében. Az első lépés az Én megújítása, amely a már feleslegessé vált központi, ám korábbi szerepeket, tevékenységeket, megküzdési módokat félreteszi és megtartja, de csak a múlt integrált részeként. Ezzel a gesztussal lehetőségét és helyet teremt az Én újradefiniálásához. A második lépcsőt az Én időssé formálása jelenti³⁵, melyben az eddig felépített identitás az élethosszig tartó fejlődés jegyében, annak minden aspektusában egészlegessé válhat. Az integritás lényegét az egyéni életút elfogadása, a lehetőségek, határok, szerepviszonyok fel- és elismerése jelenti, és egyben az észlelés személyes kontextusát adja. A kötődés, kapcsolódás érzése és a saját élet végességének elfogadása ebben a formában élhető meg. Így lesz látható végül az az állapot, amely nem valami túlidealizált, pozitív, felhőtlen boldogság idilli képét rejti, hanem a két végpontot egyaránt érintő küzdelem és veszteségfeldolgozás megdolgozott, integrált eredménye.

Kitekintésnek egy kérdést vetnénk fel annak kapcsán, hogy vajon az időskori krízisek megéléséről hogyan változik meg a mai tudásunk, a generációs különbségek jövőbeni megjelenésével. Már tapasztalható az a folyamat, amelyet a megküzdés deficit modelljének neveznek (Felton és Revenson, 1987, id. Filipp és Aymanns, 2005), és a „fiatalabb időskorba lépőknél” figyeltek meg. Az individuálisabb szemléletből több tapasztalatot megélők az időskori krízisek kapcsán például kevésbé tudják figyelembe venni és elfogadni a társas támogatás nyújtotta lehetőségeket, így rengeteg potenciális megküzdést segítő erőforrástól elesnek.

Egyelőre azonban úgy tűnik, a jelenlegi idősök igénylik, hogy megoszthassák élményeiket, főleg a megterhelő eseményekről, még akkor is, ha ehhez esetleg olyan „eseti” hallgatóságot kell keresniük, akik egyébként nem is voltak érdeklődők. Ez a társas megosztás már csak azért is kiemelten fontos, mert a valódi, minőségi társas kapcsolatok az idő előrehaladtával egyre szelektívebbek.

Végezetül szeretnénk újra kiemelni, hogy az optimális öregedés nem légüres térben valósul meg, a krízisek megküzdését befolyásolja a személyiség, a stressztűrő képesség, a spiritualitáshoz való viszony, a fizikai állapot és egyéb pszichoszociális tényezők, melyek a társas közegben megélt élettapasztalatok összegzésének potenciális akadályozói vagy támogatói lehetnek.

³⁵ Mind az angol „aging”, mind a német „altern, Alterung” szavak jelentésükben kifejezik a születéstől a halálig tartó érési, fejlődési folyamatokat – a magyar idősödés, öregedés szavak ebben a teljességben nem tükrözik ezt a sokszínűséget.

Irodalom

- Aitken, M., Rudolph, M. (2010). Biological and Social Theories of Aging. Letöltés helye: http://ot.creighton.edu/community/OT_FOR_ELDERERS/3rd_Edition_Chapters/Proofs/Padilla_Chapter_02_main.pdf Letöltés dátuma: 2014. 04. 9.
- Aldwin, C. M., Spiro III. A., Park, C. L. (2006). Health, Behavior, and Optimal Aging: A Life Span Developmental Perspective. In J. E. Birren, K. W. Schaie (Szerk.), *Handbook of the Psychology of Aging*. London: Elsevier Academic Press, 85-104.
- Aldwin, C. M., Park, C. L., Spiro III. A. (2007). Health Psychology of Aging. An Introduction. In C. M. Aldwin, C. L. Park, A. Spiro III. (Szerk.), *Handbook of Health Psychology and Aging*. New York: The Guilford Press, 3-9.
- Arber, S. (2004). Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *Journal of Aging Studies*. 18, 91-108.
- Ariés, P. (1999). A halál iránti attitűdjeink. A fejlődés főbb állomásai és értelmezése. In Pilling J. (Szerk.), *A halál és haldoklás kultúranropológiája*. Budapest: Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ 339-354.
- Baltes P.B., Baltes M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, M. M. Baltes (Szerk.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1-34.
- Barabás K. (2013). Az idősorok kultúranropológiája. In Kállai J., Kaszás B., Tiringier I. (Szerk.), *Idősorok egészségpszichológiája*. Budapest: Medicina Kiadó. 27-44.
- Bárdos Gy. (2006). *Az élet árnyoldalai – fájdalom, öregedés, halál*. Viselkedés-élettan 2. Scolar Kiadó.
- Bekhet, A. K., Zausznieswski, J. A. (2012). Mental Health of elders in Retirement Communities: Is Loneliness a key Factor? *Archives of Psychiatric Nursing*. 26 (3), 214-224.
- Berg, C. A., Smith, T. W., Henry, N. J., Pearce, G. E. (2007). A Developmental Approach to Psychosocial Risk Factors and Successful Aging. In C. M. Aldwin, C. L. Park, A. Spiro III, (Szerk.), *Handbook of Health Psychology and Aging*. 30-53.
- Brockmann, H., Müller, R., Helmert, U. (2009). Time to retire – time to die? A prospective cohort study of the effects of retirement on long-term survival. *Social Science and Medicine* 69, 160-164.
- Buda B. (1994). *Mentálhigiéne*. Budapest: Animula.
- Coe, N. B., Zamarro, G. (2011). Retirement effects in health in Europe. *Journal of Health Economics*, 30, 77-86.
- Erikson E. H. (1991). Az életciklus: az identitás epigenezise. *A fiatal Luther és más írások*. Budapest: Gondolat, 437-498
- Erikson, E. H. (1998). *The Life Cycle Completed*. New York: W.W. Norton

- Filipp, S.-H., Aymanns, P. (2005). Verlust und Verlustverarbeitung. In S.-H. Filipp; U. M. Staudinger (Szerk.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen: Hogrefe Kiadó, 763-802.
- Freund, A.M., Baltes, P.B. (2005). Entwicklungsaufgaben als Orientationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung. In S.-H. Filipp, U. M. Staudinger (Szerk.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen: Hogrefe Kiadó, 37-79.
- Füzesi Zs., Töröcsik M., Lampek K. (2013). Az időskor egészségzociológiája: tények és trendek. In Kállai J., Kaszás B., Tiringner I. (Szerk.), *Időskorúak egészségpszichológiája*. Budapest: Medicina Kiadó. 63-83.
- Glicken, M. D. (2009a). Evidence-Based Practice with Older Adults Experiencing Social Isolation and Loneliness. In M. D. Glicken, (Szerk.) *Evidence-Based Counseling and Psychotherapy for an Aging Population*. Amsterdam: Academic Press, 159-179.
- Glicken, M. D. (2009b) Work, Retirement, and Ageism in the Workplace. In M. D. Glicken (Szerk.) *Evidence-Based Counseling and Psychotherapy for an Aging Population*. Amsterdam: Academic Press, 141-158.
- <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> letöltés dátuma, 2014. 04. 29.
- <http://www.gallup.com/poll/1690/religion.aspx>, letöltés dátuma: 2014. 05. 4.
- Horváth-Szabó K. (2007). A harmadik utazás: az öregkor ideje. In Horváth-Szabó K., Kézdy A., S. Petik K.: *Család és fejlődés*. Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola, Jegyzet, 66-96.
- Kaszás B., Tiringner I. (2010). Szelekció, optimalizáció, kompenzáció: Baltes modellje az időskori alkalmazkodási folyamatokra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 191-208.
- Kaszás B., Tiringner I. (2013). A sikeres idősödés pszichológiai modelljei. In Kállai J., Kaszás B., Tiringner I. (Szerk.), *Időskorúak egészségpszichológiája*. Budapest: Medicina Kiadó, 403-415.
- Kerekes Zs. (2013a). Idősödő személyiség és fejlődés. In Kállai J., Kaszás B., Tiringner I. (Szerk.) *Időskorúak egészségpszichológiája*. Budapest: Medicina Kiadó, 245-262
- Kerekes Zs. (2013b). Az idős betegek ellátásának gyakorlati kérdései. In Kiss E. Cs, SZ. Makó H. (Szerk.). *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pécs: Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 228-245.
- Kerekes Zs., Karádi K. (2013). Időskori kognitív változások mindennapi életvezetéssel való összefüggései. In Kállai J., Kaszás B., Tiringner I. (Szerk.), *Időskorúak egészségpszichológiája*. Budapest: Medicina Kiadó. 263-288.
- Kerekes Zs., Kállai J. (2013). Társas támogatás, szociabilitás, magány, intimitás az időskorban. In Kállai J., Kaszás B., Tiringner I. (Szerk.), *Időskorúak egészségpszichológiája*. Budapest: Medicina Kiadó. 303-336.
- Krause, N. (2006). Religion and Health in Late Life. In J. E. Birren, K. W. Schaie (szerk.) *Handbook of the Psychology of Aging*. London: Elsevier Academic Press, 499-518.

- McDonald, L. (2011). Retirement. In I. Stuart-Hamilton (Szerk.), *An Introduction to Gerontology*. Cambridge: Cambridge University Press, 251-283
- Nussbaum, J. F., Coupland, J. (2004). *Handbook of Communication and Aging Research*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Publishers.
- O'Hanlon A., Coleman P. (2004). Attitudes Towards Aging: Adaptation, Development and Growth Into Later Years. In J. F. Nussbaum, J. Coupland (Szerk.) *Handbook of Communication and Aging Research*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Publishers, 31-68.
- Osváth P. (2012). Az életciklus-krízisek jelentősége: pszichopatológia és öngyilkos magatartás. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 14 (4) 266-272.
- Révész Gy. (2007). Személyiség, társadalom, kultúra – a pszichoszociális fejlődés eriksoni koncepciója. In Gyöngyösiné Kiss E., Oláh A. (Szerk.). *Vázlatok a személyiséglélektan alapvető irányzatainak tükrében*. Budapest: Új Mandátum, 224-243.
- Riediger, M., Li, S-C; Lindenberger, U. (2006). Selection, Optimization, and Compensation as Developmental Mechanism of Adaptive Resource Allocation: Review and Preview. In J. E. Birren,.; K. W. Schaie (Szerk.), *Handbook of the Psychology of Aging*. London: Elsevier Academic Press, 289-313.

A TRAUMA LÉLEKTANA

POHÁRNOK MELINDA, LÉNÁRD KATA

A TRAUMA LÉLEKTANA

A „trauma” kifejezést olyan sokszor alkalmazzuk a mindennapjainkban, hogy az embernek az az érzése, lassan elvész, elkopik a jelentése. A hétköznapi beszélgetésekben hallhatunk „traumatikus válásról”, „traumatikus gyerekkorról”, „traumatikus munkahelyi élményekről”. Ezek alapján az a benyomásunk, hogy a mindennapi gondolkodásban a trauma fogalma kiterjed minden nyugtalanító, veszteséggel, szomorúsággal vagy félelemmel járó élményre.

Emiatt tűnik fontosnak azzal kezdeni a trauma pszichológiai aspektusait tárgyaló szöveget, hogy megkíséreljük meghatározni, mit is értünk trauma alatt. A trauma szó eredeti jelentése a szomatikus orvosláshoz kötött. Eredetileg külső behatásokra keletkező *testi* sérülést értettek rajta, s az orvostudományban ma is gyakran ebben az értelemben használják (pl. traumatológia, sebészet). A pszichológia, pszichiátria az orvostudomány ezen területéről vette át e fogalmat, és olyan szempontokat tart a trauma fogalmával kapcsolatban fontosnak, mint a pszichés traumát okozó esemény hevessége, a szervezet egészét érintő mivolta, illetve az a jellegzetessége, hogy az egyén megküzdési kapacitásán túlmutató helyzetről, eseményről van-e szó.

Természetesen egy esemény lehet egyidejűleg testi és lélektani értelemben is traumatizáló: például egy testi sérülést okozó baleset, katasztrófa, vagy fizikai erőszak átélése több szinten is érintheti az adott egyént. Lehetséges, hogy a testi sérülések mellett lélektani traumatizáció is bekövetkezik. Ugyanakkor azt is fontos megjegyezni, hogy egy-egy testi sérülés nem minden esetben okoz lelki értelemben vett traumát, sőt előfordulhat az is, hogy ugyanaz a testi sérülést okozó esemény valakinél pszichés traumát is okoz, másnál pedig nem. A másik oldalról nagyon fontos megérteni, hogy akár nagyon súlyos, komoly következményekkel járó pszichés traumatizáció testi, fizikai sérülés nélkül is bekövetkezhet. Ma már egyértelmű, hogy a lélektani értelemben vett bántalmazás, egy fontos érzelmi kapcsolatban elszenvedett verbális erőszak, vagy akár fizikai erőszak, baleset látványa, annak megpillantása is okozhat traumatikus tüneteket.

1. A trauma fogalma

A trauma, mint sérülés lényegét a pszichoanalitikus Juliet Mitchell szép metaforikus nyelven ekképp fogalmazza meg: „A trauma – legyen fizikai vagy pszichikai természetű – valamely védőréteg olyan mérvű sérülése, hogy az már nem kezelhető azokkal a mechanizmusokkal, amelyekkel a fájdalmat és a veszteséget általában kezelni szoktuk. A sérülés annyira súlyos, hogy még ha számítunk is az esemény bekövetkezésére, a hatást akkor sem lehet megjósolni.” (Mitchell, 1999, 1.)

A legtöbb szerző egyetért abban, hogy trauma legfontosabb pszichés tényezői a következők:

- a szokásos élethelyzetektől való extrém eltérés;
- a világ megbízhatóságában való hit összeomlása;
- a kiszolgáltatottság és fenyegetettség érzése;
- tehetetlenség, a helyzet felett való kontroll elvesztése;
- olyan élmény, esemény, amely meghaladja a mindennapiság szintjét;
- az áldozat világról kialakított képe összeomlik;
- az én, a kapcsolatok és a világ egység-élménye szétesik.

Hermann (2011) – akinek a munkáját vezérfonalként használjuk ebben a fejezetben – a traumatikus eseményeknek szintén azt a vonását emeli ki, hogy meghaladják az emberek mindennapi alkalmazkodási képességét. Ennek pedig az az oka, hogy olyan élethelyzetekről van szó, amikor az egyén testi-lelki integritása súlyosan fenyegetett, a személy a helyzetben szélsőségesen kiszolgáltatott és kontrollvesztett.

A traumás reakciókat első lépésként fontos megkülönböztetnünk a veszélyre adott normál válaszoktól. A veszélyekre evolúciósan kialakult jól működő idegrendszeri, hormonális válaszrepertoárral tudunk reagálni. A szimpatikus idegrendszer aktiválódik: fokozódik az éberségünk, a figyelmünk, az egész test küzdelemre vagy menekülésre törekvő készenléti állapotba kerül. Ezek a válaszok a veszélyhelyzettel való sikeres megküzdést szolgálják, és leküzdhető veszélyhelyzetekben sikerrel is járnak.

A traumás reakciók ezzel szemben akkor jönnek létre, ha a személy próbálkozásai hatástalanok, az önvédelmi rendszer kimerül, és a szervezet működésének egyensúlya felborul. A működési egyensúly megbomlása neurohormonális szinten is megjelenik, – tehát befolyásolja az idegrendszer és a hormonális rendszer működését –, és emellett meghatározó szubjektív élményekkel és viselkedéses zavarokkal is együtt jár. A szubjektív élmény szintjét a „túl sok” kifejezéssel lehetne leírni. A személy érzelmileg, fizikailag és gondolataiban is elárasztott: szélsőséges mértékű fájdalmat, tehetetlenséget, összezavarodottságot él meg. Észleli, hogy a testi vagy szellemi épségét nagy veszély fenyegeti és azt, hogy ezzel szemben képtelen megvédeni önmagát. A sikeres vészhelyzeti reakciók helyett itt tehát a tartós sikertelenségről van szó, amelynek nyomán hosszantartó, jelentős változások állnak be az aktivitási szint, a gondolkodás és az emlékezet területén.

Összességében a megsemmisüléssel való szembesülést emeli ki az irodalom, mint olyan tényezőt, amely mentén körülhatárolhatóak a traumás reakciót kiváltó események. Az ilyen szélsőségesen fenyegető helyzeteknek egy lehetséges csoportosítása a következő:

- egyszeri események (pl. természeti katasztrófák, balesetek), és ismétlődő módon bekövetkező események (pl. családon belüli erőszak);
- ember által okozott fenyegetés és természeti katasztrófa;
- az emberek által okozott erőszakos helyzeteken belül: háborús/politikai erő-

szak (pl. fegyveres harc, kínzások, emberrablás, fogság); bűnözői erőszak (pl. rablás, gyilkossági kísérlet elszennedője vagy szemtanúja); szexuális erőszak; családon belüli erőszak; gyermekbántalmazás; szexuális bántalmazás.

Mindezek alapján megállapítható, hogy általánosságban ki tudunk jelölni olyan élethelyzeteket, amelyek a megfigyelő nézőpontjából traumatikusaknak tekinthetők. Ugyanakkor, ahogy fentebb említettük, jelentős egyéni eltérések lehetnek abban, hogy ki mit él át traumatikusnak. Az előbbi meghatározások segítségével bizonyosan nem tudjuk meghatározni minden esetben, hogy egy esemény traumatikus-e vagy sem, ugyanakkor abban segíthetnek ezek az általános leírások, hogy megpróbáljuk feltérképezni a trauma szubjektív élményét megélt ember tapasztalatait, ha az előző listán szereplő események átélőinek élményvilágát vizsgáljuk.

2. Rövid történeti áttekintés a trauma pszichológiai jelentőségének kutatásáról

Herman (2011) elgondolása szerint a pszichés trauma kutatásának három kiemelkedő epizódja azonosítható az elmúlt százötven évben.

Az első a tizenkilencedik század végére tehető, amikor többek között Jean-Martin Charcot, Pierre Janet és Sigmund Freud munkásságának köszönhetően a tudományos kutatás látókörébe került a hisztéria és a hisztériás páciensek. A hisztériás tünetek – többek között az amnézia (emlékezeti kihagyások), bénulások, érzékleti kiesések – feltérképezésével, a tünetek eredetének részletekbe menő vizsgálatával ezek a szerzők betekintést adtak a traumatikus eseményekre adott elviselhetetlen érzelmi reakciók, testi tünetek és módosult tudatállapotok világába. Olyan, a trauma által kiváltott pszichológiai jelenségekre mutattak rá, amelyek máig is az érdeklődés középpontjában állnak. Például arra, hogy a trauma történései, emlékei sokszor nem hozzáférhetőek az emlékezet számára, ugyanakkor váratlanul betörő, kontrollálhatatlan testi tünetekben, érzetekben, képekben megjelenhetnek (ld. pl. van derKolk és mtsai, 1996).

A második időszakban a háborús traumák okozta lelki sérülések hívták fel újra a tudományos közösség és a laikusok figyelmét is arra, hogy milyen jelentős pszichés elváltozásokat okoz az átélt, elszennedett erőszak. Az első világháború után már megjelentek, és a második világháborút, illetve a vietnámi háborút követően sorra születtek a jelentős tudományos munkák. Ezekben egyrészt arra törekedtek, hogy rendszerezzék a trauma okozta tüneteket. Így született meg a traumás tünetegyüttes fogalma (Kardiner, 1941, id. Herman, 2011), amely máig használatos, és részletes leírását adja a kötet következő fejezete. Amellett, hogy felismerték, mekkora lelki terhelést jelent bárkinek – nemcsak a „gyenge jellemeknek” –, ha embertől vagy az élete kerül veszélybe, vagy csupán szemtanúja erőszakos cselekedeteknek, elkezdték keresni azokat az utakat is, amelyek a lelki terhelés káros hatásaitól megvédhetik a katonákat, vagy segíthetnek oldani a traumás tüneteket, és az emlékek-

hez kötődő szélsőséges rettegést, fájdalmat és dühöt. Rámutattak például a harctéri bajtársak közti támogató érzelmi kapcsolat védőszerepére, és arra, hogy az emlékek megosztása – maga az emlékezés – ellensúlyozhatja a trauma romboló hatásait.

Ebben az időszakban jelentős változás következett be a pszichés traumáról való tudományos és köznapis gondolkodásban is, aminek következtében a morális és jogi megítélést felváltotta az orvosi, pszichiátriai, pszichológiai szemlélet. Innentől kezdve használták a „harctéri sokk” kifejezést, mely egy híres magyar pszichoanalitikus, Ferenczi Sándor nevéhez fűződik. Elterjedté, és elfogadottá vált az a nézet, hogy azokat a férfiakat, aki nem „tudnak” harcolni, haza kell küldeni; vagy ha esetleg semmi okuk nincs rá, mégis gyengélkednek, akkor fel kell tételezni, hogy nem testi, hanem a háború okozta pszichés traumát élnek át.

A harmadik időszak a huszadik század hetvenes éveitől datálódik, amikor a vizsgálódások hangsúlya áttevődött a „családi tűzfészkekre”. A feminista mozgalmak megerősödésével került be a köztudatba egyre inkább a nők elleni erőszak témája, illetve az a tény, hogy az erőszakot átélő nő számára a szexuális kapcsolat ezen formája nem az élvezet forrása, hanem – hasonlóan a harctéri helyzetekhez – a szélsőséges fenyegetettség, fájdalom és megsemmisüléstől való félelem forrása. Ennek megfelelően a szexuális erőszak nyomán keletkező pszichológiai tünetek emlékeztetnek a háborús veteránoknál korábban már leírt tünetekre (Burgess és Holmstrom, 1972, id. Herman, 2011). Nagyjából ezekkel a törekvésekkel párhuzamosan került a figyelem középpontjába a családon belüli erőszak egy másik formája is: a gyermekbántalmazás. A bántalmazás jelenségével és következményeivel kapcsolatban szintén egy következő fejezet ad majd részletes információkat.

Összességében elmondható tehát, hogy a tizenkilencedik század végétől kezdve egyre gazdagodik és finomodik az a tudásunk, amellyel a szélsőségesen fenyegető helyzeteket átéllő emberek élményeit meg tudjuk érteni, és ezáltal bővül azoknak a beavatkozási lehetőségeknek a köre is, amelyek a felismerésen túl segítséget tudnak nyújtani a pszichés trauma hatásaitól szenvedő embereknek.

A következőkben azt tekintjük át részletesebben, hogy milyen válaszokat ad az átélő a traumára. Egyrészt azon keresztül, hogy mely idegrendszeri mechanizmusok mentén szerveződik a traumára adott reakció, és a neurobiológiai folyamatok feltárása hogyan segíthet megérteni a trauma hosszú távú romboló következményeit. Másrészt megvizsgáljuk azokat a társas reakciókat, amelyek a traumára adott válaszként jelennek meg.

3. Traumára adott válaszok – biológiai szinten

A traumára adott neurohormonális válasz a szervezet adaptív – alkalmazkodásra törekvő – válaszának tekinthető, amelynek célja, hogy a fenyegető környezeti hatással megküzdjön, vagy túlélje azt. A traumára adott viselkedéses válaszok egy kontinuum mentén helyezhetőek el, amelyek az aktív megküzdéstől („harcolj!”) a passzív megadásig terjednek („tettesd magad halottnak”) (ld. Péley, 2010; Perry,

Pollard, Blaicley, Baker és Vigilante, 1995). Ezek a reakció módok a trauma pillanatában, vagy azt röviddel követően elfogadhatónak tekinthetőek, hiszen valóban adaptív célokat követnének egy szélsőséges helyzetben. Ugyanakkor ezeknek a reakció módoknak időben elnyúló fennmaradása a traumát elszenvető egyéneknél tartós zavarokat okozhat az érzelmek, gondolatok, figyelem és tervezés területén.

Perry és mtsai (1995) a következőképp írják le a traumára adott reakciók választípusait:

1. *A hyperarousal kontinuum: „Küzdj meg vagy menekülj el!” válaszok.*

Aktív megküzdés.

A fenyegetés a szervezet vészreakcióját indítja be. Ez a reakció a szimpatikus idegrendszer megnövekedett aktivitásával jár: növekszik a szívritmus, a vérnyomás, intenzívebbé válik a légzés. A cukorraktárakból felszabadul a tápanyag és a véráramba jut, megnövekszik az izomtónus. A hatékony védekezés céljából a szervezetben megjelenik egy kielezett éberség, érzékenység, minden, a helyzetben jelenlévő információra – relevánsra és irrelevánsra egyaránt.

A traumát kiváltó esemény alapvető jellemzője, hogy ezek a vészreakciók nem járnak együtt a helyzet megoldásával – az egyén tehetetlen, kiszolgáltatott marad a súlyos sérüléssel szemben. A vészreakció tehát nem cseng le. Ennek hatásaként azok az agyi rendszerek, amelyek szerepet játszottak a fenyegetés okozta hyperarousal – fokozott aktivációs-izgalmi állapot – válaszban, és amelyek általában az izgalmi szint, az éberség, az alapvető viselkedéses tendenciák, a figyelem, a stresszre adott válaszok irányításáért felelősek, a folyamatos érzékenyítettség állapotában maradnak. A poszttraumás stressz tüneteinek egy jelentős része a hyperarousal válasz ezen abnormális állandósulásával magyarázható. Mivel arról, hogy mi is az a poszttraumás stressz, részletesen lesz szó egy következő fejezetben, itt csak egyet emelnénk ki. Kolb (1987, id. Herman, 2011) hangszalagra rögzített háborús zajokat játszott le vietnami veteránoknak. Akik poszttraumás zavarban szenvedtek, azok magasabb pulzussal és vérnyomással reagáltak, vagy annyira felzaklatták őket a hallottak, hogy a szalag leállítását kérték. Míg, akik nem szenvedtek a poszttraumás stressztől, jelentős izgalmi szintváltozás nélkül végig tudták hallgatni a felvételeket.

2. *A disszociatív kontinuum: „Fagyj le, vagy add meg magad!” válaszok.*

Passzív megadás.

Abban az esetben, ha a fenyegetett személy – például egy gyermek vagy csecsemő – nem képes aktív megküzdésre, az adaptív válaszok sora másképp alakul. Ha egy gyermek veszélyt és emiatt extrém félelmet él meg, csak csekély számú aktív válaszviselkedéssel tud védekezni vagy védelmet keresni másnál: sír, a felnőtt fizikai közelségét keresi, tőle remélve a helyzet megoldását.

Ugyanakkor, ha a felnőtt – aki a családon belüli erőszak esetében a fenyegetés forrása is – nem válaszol megfelelő segítséggel, akkor a gyerekek „feladják”, és más stratégiákhoz fordulnak.

Az egyik ilyen válasz lehet a fennmaradó fenyegetéssel szemben a ledermedés, lebénelás. Ennek a lépésnek az egyik adaptív előnye, hogy a személy így érzékenyített lesz a hangokra, vizuális ingerekre – éberebben monitorozhatja a környezetét az újabb vészjelek felfedezésért. Másrészt a motoros aktivitás felfüggesztése megóvhatja attól, hogy továbbra is felhívja magára a támadója figyelmét, és adhat egy kis időt, hogy újraszervezze a válaszait, kitalálja, mit lépjen. Ugyanakkor ez a lebénelás – ha motorosan passzív is – rendkívül magas szorongás hátterén zajlik, és ha ez a szorongás eszkalálódik, akkor a lebénelás állapotából a disszociáció állapotába lép át a rémítő helyzet átélője.

A disszociáció során az egyénnek átmenetileg megszűnik a kapcsolata a külső világból származó ingerekkel, és figyelme „belső világa” felé fordul (Perry és mtsai, 1995). A mindennapok során olyankor éljük ezt meg, amikor elábrándozunk, fantáziálunk, és hosszabb-rövidebb időre lekapcsolódunk a külvilágról. A disszociáció ezen formája normális jelenségnek tekinthető. A szélsőséges fájdalmat, kiszolgáltatottságot átélőknél a disszociáció – a valóságos helyzetről való lekapcsolódás – azonban a beszűkülés vagy tompultság olyan intenzív élményeként jelenik meg, amely akár az eléréstelenedés állapotával járhat. Így azok az áldozatok, akik szörnyű testi fájdalmakat, tehetetlenséget szenvedtek el, gyakran írják le így az élményeiket: „Kiléptem a testemből. (...) Csak úgy ott voltam. Amikor elképzelem azt a szobát, nem az ágyból képzelem el, hanem az ágy mellől. Onnan néztem.” (Herman, 2011, 61.o).

A disszociációra való képességünk szintén adaptív, a túlélést szolgáló válasznak tekinthető, hiszen a rémület és a veszély ilyen extrém helyzeteiben ez az egyetlen mód, hogy az elviselhetetlen fájdalommal, egész lényünket fenyegető széteséssel szemben védekezzünk. Ugyanakkor hosszú távon ez a választípus is komoly zavarokat okoz a pszichés működésben, tehát alkalmazkodást gátló tényezővé válik. Itt szintén utalunk a PTSD-vel foglalkozó fejezetre, ahol a poszttraumás stressz tüneteivel kapcsolatban látható lesz, hogy melyek azok a pszichés zavarok, amelyek a disszociatív válaszokon alapulnak.

Ha arra keressük a választ, hogy adott egyénnél a hyperarousal válaszok, vagy a disszociatív válaszok lesznek-e elsődlegesek, illetve ezek milyen mintázatban követik egymást a traumára adott reakciókban, több szempontot is figyelembe kell vennünk.

Az egyik, a traumát elszenvedő kora. Perry és mtsai (1995) saját klinikai tapasztalataikra hivatkozva állítják, hogy minél fiatalabb az átélő, annál valószínűbb, hogy a disszociatív válaszrepertoár elemeit fogja mutatni. Az is valószínű, hogy minél tehetetlenebb, kiszolgáltatottabb, passzívabb az áldozat, annál inkább a disszociatív válaszok jelennek meg. Végül elég megbízhatóan alátámasztottnak tűnik az is, hogy a férfiak és a nők pszichés traumára (pl. testi erőszak, nemi erőszak) adott válaszaik tendenciózusan eltérnek: a nőknél inkább a disszociatív, a férfiaknál inkább a hyperarousal válaszok fordulnak elő.

4. Traumára adott válaszok – társas szinten

Herman (2011) kiemeli: a traumatikus eseménynek egyik jelentős hatása, hogy szétzúz mindent az áldozat körül. Megkérdőjelezi alapvető emberi kapcsolatait, a világba és az emberekbe vetett hitét, lerombolja az egyén eddig jól működő vélekedésszisztemjeit. Ahogy Janoff-Bulmann (1985) írja: „megsemmisíti az áldozat alapfeltételezéseit a világ biztonságosságáról, énjének pozitív értékéről és a teremés értelméről.” (id. Herman, 2011, 70.)

Az alapvető értékek, hitek és bizalom megtörésének élménye az elidegenedés, elszakadás élményéhez vezet: a túlélő úgy érzi, már nem tartozik ehhez a világhoz. Ez lehetett az az élmény, amely egyes holokauszt túlélőknél akadály volt annak – nyilván sok minden más mellett –, hogy családot alapítsanak. Hiszen hogy lehet értelme gyermekeket szülni abban a világban, amely ekkora mérhetetlen fájdalmat és szenvedést okozott, és amely elvesztette biztonságos és értékes mivoltát.

Az én sérülésének további komponense a szégyenérzet mindent átható megélése. A traumatikus események alapvető módon sértik meg az ember autonómiáját, testi-lelki integritását, rombolják le az én értékét. Az én ilyen sérülten, megsemmisítetten nem vállalható. Ezt az érzést a külvilág is megerősítheti akkor, ha a fájdalmat, szenvedést okozó eseményről való hallgatásra, a traumatikus esemény körüli titkolózásra kényszerítik a személyt. Akár jóindulatból teszi is ezt: „Ne is beszéljünk róla, majd túllépünk rajta!”

Számtalan szerző (pl. magyarul Miller, 2002) leírja, hogy a traumatikus események felidézésekor paradox módon a szenvedést átélők élnek meg büntudatot – az elkövetők helyett. Ezt a szomorú folyamatot gyakran a bántalmazott gyerekeknél figyelhetjük meg. Nagyon nehéz lenne szembesülniük azzal, hogy a családon belüli, közeli személy bántani akarja őket, ezért magukba építik a bántalmazó büntudatatát, és felmentik magukban az agresszort. Ez azt jelenti, hogy a gyerekek rossznak élik meg saját magukat, olyanoknak, mint aki megérdemelte azt, hogy kikapjon, hisz a szülőknek igaza van. Így fenntarthatnak egy jó, pozitív képet az amúgy őket bántalmazó felnőttéről. Ugyanakkor azt is megtanulják, hogy a rosszság által a testi közelség kivívható – „legalább így szeret” –, és egy idő után valóban rossz magaviseletűvé válnak, és kiprovokálják azt, hogy bántva legyenek. Később más kortárs kapcsolatokba is ezt a viselkedést viszik magukkal, és a családjuktól eltérő környezetben ez már magányossá, vagy agresszívvé teszi őket.

Annak, hogy a szenvedők büntudatot élnek át, számos más oka is lehet. Az egyik nagyon kézenfekvő ok, hogy esetleg az áldozatnak könnyebb azt gondolnia, hogy tehetett volna mást is, tehát aktívan irányíthatta volna az eseményeket, így nem kell beismernie teljes tehetetlenségét. Ez leginkább a felnőtt áldozatokra vonatkozó tudattalan folyamat Szexuális erőszakot átélő nők esetében szokott megjelenni az a vélekedés, hogy a viselkedésük, öltözködésük valamely apró „hibája” tehető felelőssé áldozattá válásukért, és ha erre jobban odafigyeltek volna, elkerülhették volna az erőszakot. Egy másik ok azokban az esetekben szembetűnő, amikor az áldozat tanúja volt mások szenvedésének vagy halálának. Ilyenkor az

emberek bűnösnek érezhetik magukat azért, hogy tétlenül nézték a másik szenvedését, és nem segítettek. Miközben racionálisan végiggondolva, nyilván nem állt volna módjukban segíteni, ha túl akartak élni. Egy harmadik oka lehet a büntudatnak, ha az elkövető – különösen neki kiszolgáltatott, hozzá közel álló áldozat esetében – tudatosan vagy nem-tudatosan azt az érzést kelti az áldozatában, hogy ő a felelős az erőszak megtörténéiséért. Családon belüli erőszaknál szoktak a bántalmazók azzal érvelni az áldozataiknak, „hogy épp csak egy kicsit jobban kellett volna megmelegítened a levest”; „épp csak nem kellett volna visszautasítanod akkor este” – és megelőzhető lett volna a bántás. Ezáltal az elkövető fel is menti önmagát, és „szőnyeg alá” söpörheti a történeteket.

A traumatikus események következményeinek alakulásához nagyban hozzájárul az élmények kimondhatatlansága, elmondhatatlansága, illetve az a dialektika, amely az elmondás vágya és a tagadás vágya – a meg nem törtéنتté tevés – között feszül. Úgy is mondhatjuk, hogy az elmondás igénye és az elmondhatatlanság kettségessége alapvetően jellemzi a traumához való személyközi és személyiségen belüli viszonyulást is.

Az „elmondhatatlanság” forrásai többfélék. Több szerző is utal arra, hogy a trauma érzelmi sokkja nyomán olyan alapvető módon rendül meg a pszichés működés, hogy nehéz lehet később szavakat találni arra, amit az egyén átélt (Bar-On, 1999, id. Erős, 2001; Ferenczi, 1971). Különösen igaz ez akkor, amikor az áldozatok kicsi gyerekek, és sem érzelmileg, sem intellektuálisan nincsenek felkészülve arra, hogy nyelvi megformálhatóvá tegyék a számukra felfoghatatlanul fenyegető, értelmezhetetlen eseményeket.

Általában véve a traumatizációnak ezt a folyamatát dupla traumatizációnak nevezhetjük. Nem csak annak van traumatikus hatása, ami az áldozattal történt, hanem másodlagosan a környezet reakciójának is. Gyakran a trauma valódiságának, az áldozat által átélt lelki- testi fájdalom el nem ismerésének, megkérdőjelezésének is traumatikus hatása van. Ilyenkor azt érezhetik az áldozatok, hogy megoszthatatlan, amit átéltek, arról a környezet nem akar, nem mer tudomást venni, így izolálódnak.

A lelki traumát azonban nem csak a közvetlen személyközi viszonyokban fogadhatja az elutasítás. A társadalmi elutasítást – illetve az elfogadás nehézségeit – jól jellemzi, hogy a második világháborút követően kezdetben csak az anyagi hátrányokat, vagy maradandó testi sérülést elszenvedett embereknek járt a jóvátétel, és a háború következményeként kialakuló pszichés betegségekre nem.

5. Sérülékenység és ellenállóképesség a traumára adott válaszban

A trauma kutatás egyik leginkább alátámasztott eredménye, hogy a pszichés megterhelés és a sérülés mértéke annál nagyobb, minél jelentősebb a traumatikus esemény. Annál valószínűbb a poszttraumás stressz zavar kialakulása, minél súlyosabb

az erőszaknak való kitettség. Ezzel kapcsolatban vannak általánosan megfigyelhető tendenciák, mint például az, hogy a tünetek súlyossága és a kezelés nehézsége azoknál az egyéneknél a legintenzívebb, akik gyermekkoruktól fogva, ismétlődően váltak áldozatává szándékolt erőszaknak, bántalmazásnak vagy elhanyagolásnak.

Tehát azt, hogy mekkora lesz a pszichés sérülés vagy létrejön-e, egyértelműen csak a traumatikus esemény minősége tudja bejósolni. Ez azonban felveti annak a kérdését, hogy vajon vannak-e olyan személyiségbeli eltérések, jellemzők, amelyek miatt egyesek sérülékenyebbek a traumás esemény következményeire, mások viszont jelentős zavarok nélkül átvészelik. A válasz egyrészt az, hogy ha egy kiemelkedően súlyos traumát szenved el valaki, akkor a személyiségétől, előtörténetétől függetlenül sérülni fog. Jó példa erre annak a néhány gyereknek az esete, akiket 1976-ban egy iskolabusszal együtt elraboltak, majd tizenegy óra fogva tartás után arra kényszerítettek, hogy egy földbe ásott teherautóba másszanak be, és bezárták őket. Tizenhat óras fogság után tudtak kiszabadulni saját erejükből. Egy pszichiáter nő éveken keresztül tartotta a kapcsolatot a gyerekekkel, és interjúkat készített velük a trauma utóhatásairól. Ezekből egyértelművé vált, hogy valamilyen mértékben mindannyian szenvedtek azoktól a tünetektől, amelyeket a fogság váltott ki (Terr, 1991).

Ugyanakkor azt is elmondhatjuk, hogy a traumára adott reakció típusa eltérő lehet annak függvényében, hogy milyen érettségű, szerveződésű személyiséget ér az erőszak (Herman, 2011). Hasonlóképp befolyásolja a traumának való kitettséget és a trauma következményeit az is, hogy mekkora és milyen minőségű társas támogatást kap a közvetlen környezetétől az egyén. Cicero, Nooner és Silva (2011) a gyermekkorban elszenvedett trauma következtében létrejött tünetek súlyosságát vizsgálva azt állapították meg, hogy számos, biológiai, pszichológiai, társas tényező szól bele abba, mennyire jelentősek a trauma nyomán kialakuló zavarok. Csak a legjelentősebbeket emeljük most ki.

A környezeti tényezők közül igen hangsúlyos, hogy egy gyermek mennyire intenzíven, mennyire hosszú ideig van kitéve jelentős környezeti stresszoroknak. Arra kell gondolnunk itt, hogy azok a gyerekek, akik mélyszegénységben, szociálisan rendkívül hátrányos körülmények között – „rossz környéken” – élnek, jobban kiszolgáltatottak annak, hogy erőszak áldozataivá vagy szemtanúivá váljanak. Az ilyen eseményekben való részvétel romboló hatását annak köszönheti, hogy mivel a gyermek ismételten szembesül a fenyegetettséggel, kiszolgáltatottsággal, egyre kevésbé lesz képes megvédeni magát vele szemben. Ezzel kapcsolatban kell megemlítenünk a trauma kumulatív hatását (Masud R. Khan fogalma, in Fónagy és Target, 2005): minél többször él át valaki traumát, annál nagyobb a valószínűsége, hogy pszichés ellenálló képessége, megküzdési potenciálja kimerül, emiatt súlyosabb pszichés károsodásoknak lesz kitéve az újabb traumatikus esemény következtében.

A fejlődési, pszichológiai tényezők közül kiemelkedik az, hogy mennyire ép, zavarmentes, egyensúlyban lévő a személyiség működése a traumát megelőzően. Összességében elmondható, hogy akár gyerekek, akár felnőttek áldozatokról van szó,

ha már meglévő pszichés zavarokra épül a trauma hatása, sokkal rombolóbb, mint ha egy optimális működésű személyiséget érintett volna. Ugyanakkor Herman (2011) arra is rámutat felnőttek esetében, hogy egészséges személyeknél vannak olyan kiemelt személyiségvonások, amelyek biztosíthatnak némi lelki immunitást, vagy védelmi potenciált a trauma pusztító hatásaival szemben. Ilyen többek között az, hogy az egyén veszélyhelyzetekben inkább az aktív megküzdési stratégiát választja, tehát arra való hajlama, hogy általában a „Küzdj meg, vagy menekülj el!” stratégiát választja a „Fagyj le, és add meg magad!” stratégia helyett. Hasonlóan védelmet nyújthat az, ha az erőszaknak kitett ember képes marad megőrizni társas kapcsolódásait: háborús helyzetekben például felelősséget érez társai iránt, cselekedeteiben ésszerű célt keres/talál, és ezt megosztja társaival, magában és másokban is elfogadja a félelmet. Végül a belső kontroll jelentőségére mutat még rá Herman (2011), amivel az egyének azon képességére utal, hogy szélsőséges körülmények között is törekszenek arra, hogy megőrizzék nyugalmukat, ítélőképességüket, ne sodródjanak el mások dühével, hanem bízzanak abban, hogy tudnak még racionális döntéseket hozni.

Visszatérve a gyerekekre, nagyon hasonló készségeket, fejlődési és társas adottságokat lehet kiemelni náluk is, mint amelyek valamennyire védetté teszik őket a traumatikus események romboló hatásaival szemben. A társas kötődések megtartó erejét bizonyítják azok a kutatási eredmények, amelyek szerint az észlelt, „elégjó” szülői gondoskodás, a szülőkhöz vetett megbízhatóság érzése, a pozitív kortárs kapcsolatok és a családon túli társas környezettől – barátok, rokonság, szociális támogató intézmények – érkező támogatás jelentősen növelheti a gyermek ellenálló képességét a traumával szemben (Cicero és mtsai, 2011). Persze hozzá kell tennünk itt azt is, hogy vannak bizonyos típusú traumák, amelyeknél könnyebben megszerezhető ez a támasz, és vannak olyanok, amelyek esetében nagyobb valószínűséggel reagál inkább elfordulással, tagadással, akár megszegyenítéssel a környezetet. Figyelemre méltó például összevetni, hogy milyen igyekezettel segítenek természeti katasztrófák gyerek-áldozatain, és milyen nagy eséllyel vannak kitéve megbélyegzésnek, visszautasításnak azok a gyermekek, vagy kamaszok, aki szexuális támadás áldozatai – különösen, ha ez családon belül történik.

Visszatérve a védőfaktorokra, a gyerekeknél is megfigyelhető, hogy minél tehetetlenebbnek, kontroll nélkülinek éli meg magát egy gyerek vagy kamasz, illetve minél inkább úgy éli meg az erőszakos támadást, mint amibe ott és akkor belehalhat, annál súlyosabbak lesznek a traumát követő pszichés zavarok. Hangsúlyozni kell azonban – ahogy ezt korábban már említettük –, hogy a gyerekek még érésben lévő érzelmi, kognitív képességeik miatt ezen tényezők szempontjából eleve hátránnyal indulnak. Ugyanakkor, ha jóindulatú felnőtt támogatással megtartható a környezetbe vetett bizalom, csökkenthető az áldozat szerepből fakadó büntudat és a kiszolgáltatottságból fakadó tehetetlenségérzet, akkor jó eséllyel tudja elkerülni a gyermek azt, hogy hosszantartó, súlyos pszichés károsodásokat szenvedjen el.

Összességében tehát elmondható, hogy a traumatikus eseményeknek – különösen az extrém félelemmel, fenyegetettséggel, erőszakkal járó helyzeteknek –

egységesen romboló hatása van az ember pszichés működésére, társas viszonyaira nézve. Ugyanakkor vannak olyan aspektusai a traumát megelőző tapasztalatoknak, amelyek fokozhatják, vagy éppen csökkenthetik a személy sérülékenységét. Ezek közül a megelőző tapasztalatok közül azok, amelyek maguk is fenyegetőek, traumatikusak, kifejezetten érzékenyítik a személyt arra, hogy rosszul reagáljon az újabb traumára. Azok viszont, amelyek a pozitív énkép, az önbizalom és a másokba vetett bizalom alapvető élményét adják, biztosíthatnak némi védelmet a trauma negatív tapasztalatainak károsító hatásaival szemben.

6. Elismerés és jóvátétel – a társak szerepe a traumával való megküzdésben

Az előzőekben már említésre került, hogy a trauma milyen létfontosságú aspektusait kérdőjelezi meg az emberi életnek és alkalmazkodásnak. Elpusztítja az élhető, értelmes, alapjaiban megbízható világ képét. Elpusztítja az emberi kapcsolatok megtartó, megmentő erejébe vetett és ezzel párhuzamosan az önmagunk létezésének értelmébe vetett hitet. Mindebből ésszerűen következik az, hogy a fő lélektani út, amelyen az áldozat elindulhat a regenerálódás felé, a társas kapcsolatok helyreállításán keresztül vezet. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a trauma pszichés következményeinek gyógyítása csak kapcsolatokon (biztonságot jelentő barátság, szerelem, terapeuta) keresztül lehetséges. Ahogy Herman (2011, 82.) írja: „A másoktól érkező támogatás enyhítheti az esemény hatását, míg az ellenséges vagy negatív reakciók még nagyobb sérülést okozhatnak.”

A következő fejezetek egyikében szó lesz a traumatikus életesemények pszichoterápiás szempontjairól, arról, hogy melyek azok a lépések a professzionális támogatásban, amelyek mentén a trauma feldolgozása zajlik.

Herman (2011) szerint az elsődleges feladat a minimális bizalom újjáépítése az áldozatban: nyilvánvaló bizonyítékokat kell kapnia arról, hogy nem fogják újra egyedül hagyni, és tehetetlenül kiszolgáltatni. A biztonságérzet helyreállítása után jönnek azok a lépések, amelyek a kiegyensúlyozott, pozitív énkép újbóli felépítését célozzák meg. Itt igen sokrétű folyamatról van szó, amelynek lényegi lépései Láng fejezetében olvashatóak.

A trauma utáni pszichés zavarból való kiségités eszközei sokfélék lehetnek. Nyilvánvaló, hogy elsődlegesen fontos szerepe van a családtagok, barátok támogató jelenlétének. Azt is számos, a területen dolgozó szakember kiemeli, hogy a hasonló tapasztalatot átélő egyének önszolgáltató csoportjai is nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy a megosztás, elismerés, együttérzés és a továbblépésen való gondolkodás tapasztalataihoz hozzájusson a túlélő. Ennek különleges jelentősége volt például az Egyesült Államokban a vietnámi háború alatt és után, amikor háborús veteránok önszolgáltató, kortárs – tanácsadó szolgáltatást nyújtó – civil szervezeteket hoztak létre (Herman, 2011). Ugyanakkor el kell fogadni, ha a poszttraumás állapot tünetei súlyosak, professzionális pszichoterápiás segítségre van szükség, amelynek sokféle

módszer specifikus útja van. Egy 2001-ben készített áttekintő tanulmány (Wilson, Freedman és Lindy, 2001) megállapítja ezekről a pszichológiai (terápiás és/vagy gyógyszeres) kezelési módokról, hogy mindegyik hatékonynak tekinthető.

Ahogy már említettük, a szélsőséges tapasztalat szélsőséges érzelmi, gondolati, viszonyulási következményeinek elfogadása és elismerése bármely kezelési, segítségi mód alapkövének tekinthető.

7. Néhány új kérdés a traumával kapcsolatban

A szerzők fejlődés-lélektani érdeklődésére való tekintettel, záró témákként önkényesen két olyan jelenséget, kérdést vizsgálunk, amelyek elsősorban a gyermekkorban elszenvedett traumára vonatkoznak, és az elmúlt évtizedben kaptak fokozott figyelmet.

7.1. A traumát egyszeri jelentős esemény, vagy folyamatosan ismétlődő apró sérülések jelentik.

A trauma kutatásában és terápiájában ma már egyre elterjedtebb a kapcsolati trauma fogalma (Allen, 2005; Fonagy, 2005). Ez azt jelenti, hogy a trauma érzelmi intenzív, szoros kapcsolatban történik, ahol az áldozat és a traumatizáló fél egymással kötődési kapcsolatban áll. Ide sorolhatjuk a gyermekbántalmazást, az érzelmi elhanyagolást, a családon belüli, párkapcsolati szexuális, vagy fizikai erőszak különböző formáit. Ehhez köthető a „korai kapcsolati traumatizáció” jelensége is. Ilyen esetekben olyan hatások érik a csecsemőt illetve a kisgyermeket, amelyek mikro-események, tehát olyan apró, a másodperc tört része alatt lezajló kapcsolati történések, amelyek önmagukban nem lennének traumát okozóak. Azonban ha ezek a mikro-események tartósan jellemzik a kapcsolatot, azoknak hatása összeadódik, kapcsolati jellemzőként befolyásolja a gyermek fejlődését. Ilyen lehet például egy a gyermekével rejtetten vagy nyíltan ellenséges szülő morgó hangja, ijesztő gesztusai – vicsorogva mosolyog, lopakodva támadóan közelít –, intruzív viselkedése. Ha ezek játékos helyzetben, megjelölve fordulnak elő, vagy játékos helyzeten kívül néha-néha jelennek meg, akkor nem okoznak traumát, azonban, ha összeadódnak – tehát meghatározó tónusát adják a kapcsolatnak –, kapcsolati trauma lesz az eredmény. Hiszen az apró gesztusok állandó mintázattá, a fenyegető szülő képévé állnak össze. Ez a fejlődő gyermek számos pszichológiai jellemzőjére hat, többek között az idegrendszer azon területeire, amely az érzelemszabályozó rendszert érintik.

7.2. A gyermekkori traumák pszichotoxikus hatása

A múlt század kilencvenes éveitől kezdtek egyre több tudományos bizonyítékkal alátámasztani azt a feltevést, hogy a traumatikus események – és itt most elsősor-

ban a korai kapcsolati traumára gondolunk – jól megragadható élettani változásokat és fejlődési eltéréseket okoznak a gyermeki agyban (összefoglalóan ld. Schore, 2001; Gerhardt, 2009)

A központi idegrendszer érése ugyanis nem pusztán előre megírt biológiai program mentén fut le, hanem ún. tapasztalatfüggő érés mentén bontakozik. Ez azt jelenti, hogy a rossz fizikai vagy érzelmi bánásmód – a rossz tápanyagellátástól az érzelmi elhanyagolásig – nyomot hagy az agy felépülésében. Elsősorban azok a területek lesznek érintettek, amelyek az automatikus szabályozó folyamatokért – figyelmi, érzelmi, aktivációs működésekért – felelősek.

Az egyik fontos közvetítő tényező ebben a folyamatban az, hogy a tartós és szülői segítséggel nem támogatott stresszhelyzetekben megnő a kortizol nevű hormon szintje a központi idegrendszerben. A kortizol tartósan magas szintje pedig – némiképp leegyszerűsítve – mérgező hatású az idegsejtekre és az idegsejtek közti kapcsolódásokra. A kortizol magas szintje elsősorban azokon az agyterületeken lesz romboló hatással, amelyek a későbbiekben a társas-érzelmi szabályozásért és a stressz-kezelésért lesznek felelősek. Így elmondhatjuk azt, hogy a korai tartós stressz egész biztosan érzékennyé tesz arra, hogy a későbbiekben nehezebben küzdjünk meg a stresszel. Fontos bizonyítékokat hoztak ezzel kapcsolatban azok a vizsgálatok, ahol újszülött korukban intézményben nevelkedő, majd később örökbefogadott gyerekek anyjukkal kapcsolatos interakcióit kutatták: ezekben azt találták, hogy a korai stressz befolyásolja azt, hogy a későbbi életkorban hogyan kezelik a gyerekek a közeli személyes kapcsolataikban felmerülő stresszt (Wisner Fries, Shirtcliff és Pollak, 2008).

Végül fontos felhívni a figyelmet arra, hogy ugyan az előzőekben a stressz kifejezést használtuk, újszülöttek és csecsemők esetében a tartós és szülői segítség hiányában nem kezelhető stressz minden olyan jellemzővel bír, mint amelyeket a trauma kapcsán korábban leírtunk. A támogatás hiánya – vagy az aktív bántás – a testi integritás fenyegetettségét, a megsemmisülés veszélyét hordozza magában, emiatt mindenképpen traumának tekintendő.

Irodalom

- Allen, J. G. (2005). *Copingwith trauma: Hopethrough understanding*. Washington DC.: American Psychiatric Publishing.
- Cicero, S. D., Nooner, K., Silva, R., (2011). Vulnerability and resilience in childhood trauma and PTSD. In V. Ardino (Szerk.), *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence*. John Wiley and Sons. 43–61.
- Erős F. (2001). *Az identitás labirintusai. Narratív konstrukciók és identitás-stratégiák*. Budapest: Janus-Osiris.
- Ferenczi S. (1971). Nyelvzavar a felnőttek és a gyermekek között. In Buda B. (Szerk.), *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Budapest: Gondolat Kiadó. 215–229.

- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Gerhardt, S. (2009). *A szükséges szeretet. Az affektusok hatása a kisgyermek agyfejlődésére*. Budapest: Oriold és Társai.
- Herman, J. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér Kiadó – Nane Egyesület.
- Miller, A. (2002). *A tehetséges gyermek drámája*. Budapest: Osiris.
- Mitchell, J. (1999). Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thalassa*, 2-3. 61-82.
- Péley B. (2010). Fejlődés és evolúció: Evolúciós szemlélet a fejlődésben, a pszichopatológiában és a pszichoterápiákban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(1), 65-83.
- Perry, B. D., Pollard, R. E., Blaichley, T. L., Baker, W. L., Vigilante, D. (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and „Use-dependent” Development of the Brain: How „States” Become „Traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
- Schore, A. N. (2001). The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Terr, L. (1991). Childhoodtraumas: An outline and overview. *American Journal of psychiatry*, 148, 10-20.
- van der Kolk, B. A., Percovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., Herman, J. (1996). Disszociáció, szomatizáció és az érzelmi szabályozás zavarai. A traumához való alkalmazkodás komplex folyamata. In Kulcsár Zs., Rózsa S., Kökönyei Gy. (Szerk.), *Megmagyarázhatatlan testi tünetek I. Szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 247-269.
- Wilson, J. P., Friedman, M. J., Lindy, J. D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Wisner Fries, A. B., Shirliff, E. A., Pollak, S. D. (2008). Neuroendocrine dysregulation following early socialdeprivation in children. *Developmental Psychobiology*, 50(6), 588-599.

LÁNG ANDRÁS

A TRAUMATIKUS ÉLETESEMÉNYEK PSZICHOTERÁPIÁS SZEMPONTJAI

A traumatikus életesemények feldolgozásában, a trauma negatív következményeinek mérséklésében fontos szerepet játszanak a pszichológiai eszközök. A traumák kezelése a modern pszichoterápia megszületése, a pszichoanalízis óta (Ferenczi, 1982/1919; Jones, 1918) meghatározó kihívása és formálója a pszichoterápiás szemléletnek. Jelen fejezetben áttekintést kívánok adni a poszttraumás tünetek kezelésének pszichológiai – elsősorban pszichoterápiás – módszereiről. A bemutatás során különös hangsúlyt fordítok a traumatizált személyekkel folytatott terápiás munka kapcsolati sajátosságaira, a kapcsolatban és a terápiás munkában rejlő kihívásokra és veszélyekre. A fejezet felépítése részben a trauma átélése utáni időszakot kronologikusan követi. Elsőként a korai beavatkozások kerülnek bemutatásra, amelyek elsődleges célja meggátolni azt, hogy a poszttraumás reakciók (általános, normál jelenségek) poszttraumás tünetekké vagy zavarrá (patológias állapot) alakuljanak. Ezt követően a minden terápiás technika hatékonyságát megalapozó, a terapeuta és a traumatizált kliens közötti kapcsolat sajátosságait mutatom be. Itt elsősorban az áttételi és viszontáttételi jelenségekkel, illetve a másodlagos traumatizáció kérdéskörével foglalkozom. Ehhez kapcsolódóan kerülnek bemutatásra a pszichodinamikus módszerek is. A fejezet harmadik részében a poszttraumás tünetek enyhítésére, megszüntetésére alkalmazott viselkedés- és kognitív terápiás módszereket tekintem át. A negyedik részben a szemmozgásos deszenzitizáció módszerét mutatom be. Összegzésképpen a módszerektől független, viszonylag általánosnak tekinthető pszichoterápiás stratégiákkal foglalkozom. Bár a fejezet – terjedelmi korlátok miatt – nem adhat kimerítő bemutatást minden módszerről, mégis jó alapot szolgáltat az áttekintésre és a témában való további elmélyülés kiindulópontja lehet.

1. A korai beavatkozás módszerei

Kétszer ad, aki gyorsan ad – tartja a közmondás. Nemcsak a testi, hanem a lelki traumák kezelésében is fontos szempont a gyorsaság. Szemben például az akár több évtizeden keresztül titokként lappangó kapcsolati traumákkal (pl. incestuális abúzus), vannak olyan potenciálisan traumatizáló élethelyzetek (pl. harci bevetések, természeti katasztrófák), amikor az eseményt átélt személyek célzott köre rövid időn belül professzionális segítségben részesülhet. Ennek a segítségnek a célja limitált, ám annál fontosabb: a traumát követően megjelenő tünetek kibeszéltetésével, a

traumatikus eseményhez kapcsolódó érzések felszínre hozásával megakadályozni a súlyosabb zavar kialakulását, visszaállítani a korábbi funkcionálás színvonalát, és minél gyorsabban hozzásegíteni a klienst, hogy mindennapjait – legyen ez a bajba jutottak mentése, a haza védelme stb. – folytatni tudja (Busuttil és Busuttil, 1997).

Mitchell (1983, id. Busuttil és Busuttil, 1997) *kritikus esemény stressz kikérdezés* és Dyregrov (1989, id. Busuttil és Busuttil, 1997) *pszichológiai kikérdezés* elnevezéssel, egymástól függetlenül hozott létre két, menetében nagyon hasonló technikát, amelynek lépéseit közös tanulmányban foglalták össze (Mitchell és Dyregrov, 1993). A hét lépésből álló, csoportosan zajló, kb. 2,5-3 órát igénybe vevő kikérdezési protokoll a bevezető fázissal kezdődik. Itt meg tárgyalásra kerülnek az alapszabályok, külön hangsúlyt fektetve annak nyilvánvalóvá tételére, hogy nem pszichoterápiáról van szó. A másodiktól a negyedik fázisig lehetőségük van a résztvevőknek megosztani a traumatikus eseményhez kapcsolódóan azt, hogy mi történt, mit gondoltak és mit éreztek. Az ötödik és hatodik szakasz egy tulajdonképpeni pszichoedukáció. A stresszre adott lehetséges reakciókat és a stresszhez kapcsolódó lehetséges tüneteket beszéljük át a résztvevők. Ennek célja az ismeretátadáson túl a tünetek „normalizálása”. Ez a normalizációs folyamat abban nyújt segítséget, hogy megvédi az érintett személyt attól, hogy deviánsként tekintsen önmagára („milyen ember vagyok, ha így és így érzek, ez vagy az történik velem”), hiszen ez tovább súlyosbíthatja az esetlegesen megjelenő tüneteket, tovább erősítheti az identitás felbomlását, az önértékelés leépülését. A hetedik, lezáró fázis a kérdéseknek és a további teendők (további támogatás, esetmenedzselés) megvitatásának ad teret.

Az eljárás rövidsége és szűk fókusza jogosan veti fel a hatékonyság kérdését. Bár anekdotikus bizonyítékok alátámasztják a kikérdezés hatékonyságát, Raphael, Meldrum és McFarlane (1995), illetve Mayou, Ehlers és Hobbs (2000) követéses tanulmányai ennek az ellenkezőjét bizonyítják. A fenti kutatások eredményei szerint a kikérdezés önmagában hatástalan, sőt az ellátásban nem részesülőkhöz képest a kikérdezésben résztvevők számos tekintetben intenzívebb poszttraumás tüneteket mutattak. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a módszer értelmetlen és használhatatlan. Busuttil és Busuttil (1997) a módszerről szóló ismertetőjükben egy hosszabb folyamat első lépéseként tudják elképzelni a kikérdezés létjogosultságát. A későbbi, mélyebb átdolgozást jelentő pszichoterápiás segítségig fontos szerepe lehet, azonban anélkül – a fent bemutatott kutatási eredmények alapján – ártalmassá is válhat.

2. A pszichoterápiás kapcsolat a traumát átélt személyek kezelésében és a pszichodinamikus megközelítések

A pszichoterápiás kapcsolat Szőnyi (2008) szerint a pszichoterápiák központi jelenségét ragadja meg, így módszertől függetlenül megkerülhetetlen kérdés, hogyan viszonyulunk klienseinkhez, milyen módon vagyunk képesek kapcsolatba lépni velük. A kapcsolat fontosságának felismerése ugyan nem korlátozódik

a pszichodinamikus módszerekre, mégis az áttételi-viszontáttételi munkának a dinamikus megközelítésben játszott központi szerepe miatt, a két jelenséget – a módszertől, technikától független kapcsolatot és a pszichodinamikus megközelítést – együtt tárgyalom.

Mielőtt a traumát átélt személyek kapcsolati sajátosságait bemutatnám, két szempontot emelnék ki. (1) Fontos hangsúlyozni, hogy a dinamikus megközelítés a kapcsolatok és azok reprezentációi iránti fogékonysága miatt elsősorban a személyközi traumák kezelési sajátosságait tárgyalja. A személyközi trauma a trauma-spektrum jelentős részét lefedi, és magában foglalja a kötődési traumát (ahol a kötődési személy a traumatikus esemény előidézője) és minden más emberi ágens által előidézett traumatikus eseményt (pl. egy idegen férfi megerőszakol egy nőt) (Allen, Fonagy és Bateman, 2011). Ezen fókusz ismeretében még érthetőbbé válik a kapcsolati elem hangsúlyozása a gyógyításban. (2) A dinamikus megközelítés a pszichoterápiás kapcsolat három eleme közül – melyek a munkaszövetség, az áttétel-viszontáttételi konfiguráció, és a valódi kapcsolat – legintenzívebben az *áttétel és viszontáttétel* megjelenésére fókuszál (Gelso és Carter, 1994). Az áttétel megfogalmazásában könnyen találunk olyan definíciót, amivel szinte kivétel nélkül mindenki egyetért. Ez a következő: a terapeutával való kapcsolat torzult megélése a múlt tapasztalatainak függvényében. A viszontáttétel jelenségének leírása azonban jóval színesebb a pszichoanalitikus irodalomban. Klasszikusan a páciens áttételi megnyilvánulásaira adott reakciót értették alatta, a későbbiekben azonban ehhez a terapeuta áttételes érzései – tehát a terapeuta korábbi kapcsolati tapasztalataiból a páciensre vetült tartalmak – is hozzáadódtak mint a viszontáttételes érzések részét képező fantáziák. Munkadefinícióként tehát a trauma kezelésének tárgyalásakor a viszontáttételre úgy tekintek mint a terapeuta páciensre adott érzelmi válaszára – legyen szó elsődleges, a terapeuta tapasztalataiban gyökerező megnyilvánulásokról vagy a páciens áttételére adott viszontreakcióról. A következőkben a traumatizált személyekkel folytatott munka során megjelenő áttételi-viszontáttételi konfiguráció alakulását tekintem át.

Mivel definíció szerint az áttétel a múlt tapasztalatainak fényében kialakuló észlelési torzítás, ezért várható, hogy a traumatizált személyekkel folytatott terápiás munka során az áttételben a traumatikus élmény is megjelenjen. A *traumatikus áttétel* során a páciensnek tudattalanul olyan elvárása alakul ki a terapeutával kapcsolatban, hogy a terapeuta – minden látható segítő szándéka ellenére – saját narcisztikus szükségletei kielégítésére szándékozik felhasználni a páciens (Spiegel, 1986). Ez az áttétel olyan viszontáttételes érzéseket szül a terapeutában, amelyek során meg kell küzdenie a saját magában, a páciens irányában megjelenő haraggal és ellenségeséggel, illetve azon is dolgoznia kell, hogy a „rákényszerített” üldöző, elkövető, bántalmazó szerep ellenére saját valódi énképét (korlátokkal rendelkező professzionális segítő) fenn tudja tartani. Diamond (1997) pszichoanalitikus gyakorlaton alapuló tapasztalatai szerint a fentiekben leírt, *szadomazochisztikus színezetű áttétel* mellett még két másik tipikus áttétel is megjelenik a traumatizált személyekkel folytatott terápiák során. Az elsőt *mitikus*, a gyógyító másik áttételnek

nevezi, amely során a páciens egyfajta mágikus, azonnali, traumatikus tapasztalatait szinte semmissé tevő gyógyítást remél a terapeutától. A segítő részéről a felkínált szereppel való azonosulás veszélye ebben az esetben még nagyobb, hiszen egy társadalmilag pozitívan megítélt, hivatásával egybehangzó szerepet kínálnak fel neki. Az omnipotens, mindenható segítő szerepével való azonosulás azonban nem segíti – sőt hátráltatja – a felépülés folyamatát, hiszen a kontrollt ebben az esetben a terapeuta magára veszi, magánál tartja. Így a páciens – ugyan némiképp pozitív színezettel – ugyanúgy kiszolgáltatott helyzetbe kerül, mint a trauma átélése során (bővebben ld. lentebb Herman modellje kapcsán).

Az áttétel másik megjelenő formáját *anyai erotikus áttétel*nek nevezi Diamond, és elsősorban szexuális bántalmazást elszenvedett személyek kezelése során játszik kitüntetett szerepet. Ebben az áttételben az anyával kapcsolatban szerzett érzéki, preverbális tapasztalatok vetülnek a terapeutára, és a testiség (érintés, odabújás stb.) úgy jelenik meg a páciens fantáziájában, mint a kapcsolódás lehetséges eszköze. Ennek veszélyei különösen Ferenczi (1997/1933) nyelvzavar koncepciója mentén válnak érthetővé. Ferenczi ugyanis éppen azt hangsúlyozza, hogy az incest csábítások létrejöttének oka paradox módon éppen az lehet, hogy a gyermek és a felnőtt szeretik egymást. Azonban míg a gyermekben élő különféle – akár erotikus formában jelentkező – fantáziák mindvégig a gyengédség szintjén maradnak, addig a bántalmazó felnőtt szexuális jelentést tulajdonít ezeknek a pregenitális (felnőtt szexualitást megelőző) megnyilvánulásoknak. Ennek a félreértésnek a veszélye még nagyobb egy terápiás kapcsolatban, ahol két testileg felnőtt, érett személy vesz részt. Egy nem megfelelő önismerettel rendelkező terapeuta a páciens gyengédség iránti igényét könnyen szexuális csábításként értelmezi, ami megvalósuló szexuális kapcsolathoz vezethet. Ez a szexuális kapcsolat minden esetben a trauma megismétlése, hiszen hatalmi szempontból páciens és terapeuta között ugyanaz az aszimmetria áll fenn, mint áldozat és elkövető között.

A fent bemutatott kapcsolati jellegű áttételeken túl a trauma kapcsán a páciens által megélt élményvilág is erős viszontáttételes érzéseket hívhat elő a terapeutában (Dalenberg, 2000). A trauma által megszakított koherencia-ézés és a sérült valóságérzékelés a terapeuta traumáról való gondolkodására is hatással lehet. Egyrészt a terapeutában is megjelenhet a megsemmisüléstől, a haláltól vagy dezorganizálttá válástól való szorongás, a fenyegetettség érzése, másrészt pedig megjelenhet benne a bizonytalanság, hogy a páciens által átélt trauma valóban megtörtént-e. A traumatikus esemény megtörténtének hihetőségével kapcsolatban Chu (1992) a terapeuta passzivitását és hallgatását emeli ki. Ezeket, a más terápiákban rendre előforduló jelenségeket a traumatizált páciensek az egyetértés és a traumatikus esemény elismerésének hiányaként és az ellenszenv megnyilvánulásaként értelmezhetik. A trauma kapcsán a páciensben fellépő szégyen érzése elsősorban az agresszorral való azonosulás miatt, illetve az önfeltárás kapcsán, a szégyenletes esemény megosztása miatt jelenik meg. A szégyen érzése a terapeutában is felmerülhet, elsősorban amiatt, hogy egyfajta üldözőként arra kényszeríti a páciens, hogy számára kellemetlen élményekről beszámoljon. Láthatjuk tehát, hogy a te-

rapeuta passzivitása és aktivitása megfelelő időben, megfelelő kontextusban kell, hogy megnyilvánuljon – és ez különösen érvényes akkor, amikor traumatizált páciensekkel dolgozunk (részletesebben ld. Herman modellje kapcsán).

A traumát átélt személyekkel folytatott munka során egy másik, a terapeutára leselkedő veszély a *helyettesítő traumatizáció* (más megfogalmazásban empátiás kifáradás vagy másodlagos traumás stressz). Perlman és McIan (1995, 558.o.) definíciója szerint a helyettesítő traumatizáció „mindazon változások összessége a terapeutában (vagy más trauma feldolgozást segítő személyben), amelyek a kliens traumatikus tapasztalataival és azok következményeivel való empatikus foglalkozás során következnek be”. A helyettesítő traumatizációt fontos megkülönböztetnünk a fent bemutatott viszontáttételi érzésektől és a kiegészőtől is. Előbbiektől az különbözteti meg, hogy a helyettesítő traumatizáció terápiás kapcsolatok sorozatában, összeadódó módon jelentkezik. A kiegész viszonylatában egy szűkebb kategóriának tekinthető, mivel a traumatikus élményt megélt páciensekkel folytatott munka speciális megterheléseire adott reakcióként foghatjuk fel.

A helyettesítő traumatizáció megváltoztatja a terapeuta önmagáról, másokról és a világról alkotott elképzelését, aláássa biztonságérzetét, önazonosságát, kontroll-érzését, ill. a másokba vetett bizalmat és az intimitást. Tulajdonképpen azt mondhatjuk, hogy a helyettesítő traumatizáció a trauma átéléséhez nagyon hasonló következményekkel jár (Rasmussen, 2005). A traumatizált személyekkel folytatott munka negatív következményeinek kivédésében mind szervezeti, mind pedig a terapeuta öngondoskodására vonatkozó tényezők fontos szerepet játszanak (Neumann és Gamble, 1995). Szervezeti oldalról a munka elismerését és a szakmai fejlődés támogatását emelném ki, míg az öngondoskodás esetén többek között a munka és magánélet közti zsilipelésben szerepet játszó „átmeneti rítusokra” (pl. zenehallgatás, egyedüllet, séta az erdőben), illetve a jó és gonosz kérdésének előtérbe kerülése miatt a tágabb értelemben vett spiritualításra mint értelemteremtésre (az intézményes vallásosságtól a kreatív művészeti tevékenységig) irányítják a figyelmet a szerzők.

Az áttétel-viszontáttételi kofiguráció szempontjából a terápiás munka nehézségét nemcsak az áttételi helyzetek fentebb bemutatott sokfélesége adja, hanem az is, hogy a trauma nyomán a páciensben kötődési zavar vagy stratégiátlanság áll elő (Hesse és Main, 2000). Ez a dezorganizált kötődés ahhoz vezet, hogy a kapcsolati viszonyulásban, így a terápia során fellépő áttételben is, intenzív fluktuáció, változás jelentkezik. Ezt számos szerző (pl. Chu, 1992) terápiás hullámvasúthoz hasonlítja. Ennek az áttételben is megnyilvánuló integrálatlanságnak a megszüntetése válik kötődésméleti megközelítésben a terápiás célkitűzés középpontjává. Így egy traumatikus élményt átélt páciens kötődésméleti megközelítésű kezelésében Wallin (2007) a terapeuta legfőbb feladatáknak azt nevezi meg, hogy páciensét hozzásegítse disszociált élményeinek integrációjához és verbalizációjához. Ez a cél pusztán a belátáshoz való hozzásegítéssel nem érhető el, előfeltétele a páciens által is biztonságosnak megélt kapcsolat. Ez a biztonságos kapcsolat a trauma által kiváltott és a korábban említett áttételi torzításokat létrehozó disszociatív és projektív identifikációs védekezési mechanizmusok felszámolásával érhető el.

A trauma sebei gyógyításának modern dinamikus megközelítésében Judith Herman (2011) kiemelkedő helyet foglal el. Az ő modellje is a fentiekhez hasonlóan a kapcsolat fontosságát hangsúlyozza, és két alapvető elerendő terápiás célt határoz meg: a kontroll visszaállítását (empowerment) és a visszakapcsolódást (reconnection). A kontroll visszaállítása a terápiás helyzetben kezdődik. A páciens – és nem a terapeuta – a gyógyulás előidézője, mozgatója; ebben a folyamatban a terapeuta csak katalizátorként lehet jelen. A visszakapcsolódást egy erős terápiás kapcsolat segíti elő, amely a trauma által megrengetett bizalom és megszakított kapcsolódás helyreállításában segít.

Magát a gyógyulás folyamatát Herman három szakaszra osztja. Az első szakasz a biztonság megteremtésének szakasza. Fontos, hogy a biztonságot nemcsak a környezet, hanem a poszt-traumatikus tünetekkel sújtott test feletti kontroll visszanyerésével is helyre lehet állítani (pl. izgatottság, emlékezet, vegetatív tünetek kontrollja). Ebben az időszakban a terápiás munka tünetre fókuszált. A terapeuta a tréner és coach szerepét tölti be, aki hozzásegíti a páciens azokhoz a technikákhoz, amelyekkel végső soron ő maga tudja kontrollálni, megszüntetni tüneteit. A második szakasz az emlékezés és gyász időszaka. A munka fő célkitűzése ebben az időszakban a traumatikus élmény emlékeket, érzéseket és jelentéseket tartalmazó koherens elbeszélésének megteremtése, amely a traumatikus élmények integrációját segíti elő. A harmadik szakasz a visszakapcsolódás szakasza. A szakasz legfontosabb elvégezni valója az intimitás (újboldi) megteremtése és az identitás megalkotása vagy újrafogalmazása. Ez a szakasz a terápiás folyamat integrációja is, a terápia során szerzett belátások összegzése.

3. Viselkedéses és kognitív megközelítések

A viselkedéses és kognitív megközelítés – rohamos fejlődésének részeként – az 1980-as évektől kezdődően a poszttraumás tünetek kezelésében is fontos szerepet játszik. A „kognitív-viselkedéses” kifejezés körébe számos technika sorolható, azonban néhány közös alapvetés, vonás kiemelhető (Hackmann, 1993). Minden ide sorolható technika hangsúlyozza:

- a bizonyítékokon alapuló kezelési eljárást;
- az „itt és most” terápiás fókuszot;
- az explicit, egyeztetett és strukturált kezelési stratégiák alkalmazását;
- a – gyakran a kliens által – meghatározott kezelési célokat;
- az együttműködésen alapuló terápiás stratégiákat.

3.1. Viselkedéses-módszerek

A poszttraumás tünetek kondicionált félelemként vagy averzív kondicionálásként való értelmezése azok kiváló lehetséges kezelési eljárásává teszi a viselkedésterápiás módszereket, köztük az expozíciós technikát. Az *expozíciós technika* során a kliens

újra találkozik a félelmet kiváltó, szorongató vagy éppen traumatikus helyzettel, ingerrel és addig marad kitéve annak, amíg szorongása „önmagától” – a fiziológiás kifáradás hatására – alább nem hagy. Általában ez a szorongáscsökkenés egy óránál hosszabb kitétség után jelentkezik. A traumatikus ingerrel (általában helyszínnel) való találkozás történhet képzeleti formában (Richards és Lovell, 1997), a valóságban (Richards és Lovell, 1997) vagy éppenséggel a virtuális valóságban (Difede és Hoffman, 2002; Gerardi, Rothbaum, Ressler, Heekin és Rizzo, 2008; Rothbaum és mtsai, 1999).

A *képzeleti forma* előnye, hogy mivel a traumatikus élmény különböző részleteihez való hozzáférés nem ugyanolyan distressz keltő, szinte automatikusan kiépül egy szorongáshierarchia. Ennek során először a kisebb distresszt kiváltó emlékek bukkannak fel, majd miután ezek már elveszítették szorongáskeltő hatásukat, megjelennek a jóval félelmetesebb emlékmaradványok is. A képzeleti expozíció során a „visszateker-kimerevít” technika használatos, amelynek során a kliens kimerevít egy traumával kapcsolatos képet, és ezt újra és újra minél részletesebben leírja. Ez lehetőséget teremt arra, hogy az expozíció olyan hosszúvá váljon, hogy a habituáció – a kép szorongáskiváltó erejének megszűnése – megtörténjen.

A *valóságos expozíció* különösen azokban az esetekben lehet kiemelt jelentőségű, amikor a különböző elkerülő viselkedések jelentős funkcióromláshoz vezetnek. Ugyanis a traumatikus helyzethez kapcsolódó elkerülés generalizálódhat, így például a hajószerecsétlenséget átéltek elkezdhetik kerülni általában a tömegközlekedést, a szexuális erőszak áldozatai félnek egyedül maradni otthon. A való életben történő expozíció hosszát tekintve megegyezik az elképzelt helyzetnek való kitétséggel, és mindennapos gyakorlást igényel a kliens részéről.

A *virtuális valóságban* rekonstruált traumatikus helyszínt különösen nagy sikerrel alkalmazzák a vietnámi és az iraki háború veteránjai (Gerardi és mtsai, 2008; Rothbaum és mtsai, 1999) és a World Trade Center ellen elkövetett terrortámadás túlélői körében (Difede és Hoffman, 2002). Az expozíció virtuális formája kiemelkedően hatékony lehet például azon személyek körében, akik számára a felidézés vagy képzeletbeli megjelenítés annyira kellemetlen, hogy megtagadják a terápiás együttműködést a képzeleti expozíciós technika megajánlásakor.

Az expozíciós technika hatásmechanizmusára általánosságban vonatkozó lehetséges hatótényezőket Harvey, Bryant és Tarrrier (2003) az alábbiakban foglalják össze. Az expozíció:

- segíti a habituációt, ezáltal csökkenti a szorongást;
- segíti annak a hiedelemnek a felülírását, miszerint a szorongás csak elkerüléssel előzhető/szüntethető meg;
- megakadályozza az elkerülésből (és az ezáltal szorongáscsökkenésből) adódó negatív megerősítést;
- elősegíti a korrekatív információ beépülését a trauma emlékébe;
- a traumát egyedi esetként állítja be, amely nem mérvadó abból a szempontból, hogy a világ általában veszélyes;
- növeli az önuralmat.

3.2. Kognitív módszerek

Bár a kognitív viselkedésterápiának a fentiekben ismertetett expozíció is szerves részét képezi, jelen részben a speciálisan kognitív módszerekkel foglalkozom. Ide tartozónak tekintem azokat a módszereket és technikákat, amelyek a specifikus zavarhoz kapcsolódó diszfunkcionális hiedelmek és a hibás információfeldolgozás megváltoztatását tűzik ki célul (Beck, 1993). A kognitív terápia azon a feltételezésen alapul, hogy a személy érzelmi zavarait az automatikus negatív gondolatok hozzák létre. A korai tapasztalatokban gyökerező, addig lappangó diszfunkcionális attitűdök egy kiváltó eseménnyel való találkozásakor aktiválódnak, létrehozva az automatikus negatív gondolatokat. Ezek torzításai és a hibás információfeldolgozás révén fenntartják a kliens érzelmi zavarát. A kognitív terápia célja, hogy hozzásegítse a klienst az automatikus negatív gondolatok megfigyeléséhez, azonosításához, és a bennük és az alapjukat képező hibás beállítódásokban fellelhető logikai hibák felismeréséhez és korrekációjához. A kognitív terápia strukturált, időhatáros, direktív, együttműködésen alapuló, probléma-fókuszú beavatkozás (Perczel Forintos, 2005a). Módszerében a Szókratészi kérdezésen alapul, lehetővé téve, hogy a kliensek negatív gondolataikat és hiedelmeiket tesztelésre alkalmas hipotézisekként tekintsék és megkérdőjelezzék (valóságvizsgálat).

Poszttraumatikus tünetek esetében (Perczel Forintos, 2005b) – mivel sok esetben nincs gyermekkori előzmény – az „itt és most”-ra koncentrálunk. A trauma hatására, a kiegyensúlyozott személyiségfejlődés során megjelenő funkcionális attitűdök diszfunkcionálissá válhatnak. Ezekben az esetekben a személy rendelkezésére álló gondolkodási keretek és a traumatikus élmény összeegyeztethetetlen. A traumatikus élmény hatására létrejövő kognitív struktúrák általában magára a traumatikus eseményre, a személyre önmagára és a világra vonatkoznak. Ezeknek az attitűdöknek a módosítása a poszttraumás tünetek csökkenéséhez vezet. A különböző modellekben a terápiás fókusz kissé eltérhet.

Resick és Schnicke (1992, id. Richards és Lovell, 1997) kognitív feldolgozó terápia elnevezésű módszerükben a poszt-traumatikus tünetek kialakulásában a korábbi sémák és a traumatikus élmény összeegyeztethetlenségét emelik ki. A traumatizált személy erőfeszítései, hogy az átélt szörnyűséget a sémába beépítse, torzult kognitív struktúrákhoz vezet. A terápia célja, hogy ezeket a torzításokat felszínre hozza és megkérdőjelezze. Ez általában öt fő területen zajlik: biztonság, hatalom, intimitás, tisztelet és bizalom.

Janoff-Bulman (1985; 1992, id. Richards és Lovell, 1997) elgondolása és terápiás megközelítése azon alapul, hogy a traumatikus esemény három, mindenki által osztott alapmeggyőződésünket rengeti meg. Ezek a sebezhetetlenségbe vetett hit, a világ jelentőségteljesként való megélése és saját magunk pozitív szemlélete. A poszt-traumás tünetek kezelésének fókusza a fenti három attitűd újraértékelése és helyreállítása.

A kognitív terápiák traumafeldolgozás esetén mutatott hatékonysága tekintetében Perczel Forintos (2011) átfogó cikkében árnyalt képet ad. Míg a PTSD keze-

lésében a kognitív terápia nagymértékben hatékonynak bizonyult, addig a szexuális bántalmazás esetében a hatékonyság jóval alacsonyabb. Ez is jól mutatja, hogy a terápiás módszer megválasztásában nem a tüneteknek, hanem egy jóval alaposabb, megfontoltabb esetmegfogalmazásnak kell vezérelnie a szakembert.

3.3. Szorongásmenedzselési tréningek

A traumatikus életeseményhez kapcsolódóan fellépő szorongás kezelésének lehetséges módja, hogy hatékony megküzdési stratégiákat tanítsunk klienseinknek (Richards és Lovell, 1997). Erre számos technika – illetve ezek tetszőleges kombinációja – alkalmas, úgymint:

- pszichoedukáció a szorongás természetéről, összetevőiről (fiziológiai, viselkedéses, kognitív) és ezek normalitásáról a traumatikus esemény vonatkozásában;
- relaxációs és légzéstechnikák a hiperarousal és a hozzá társuló hiperventiláció és súlyos pánik kezelésére;
- kognitív technikák, mint például:
 - gondolat-stop a betörő gondolatok és képzeleti képek megállítására;
 - kognitív újrastrukturálás (ld. 3.2. rész);
 - irányított öninstrukció, amelynek során a kliens olyan forgatókönyveket tanul meg, amelyek segítségével meg tud küzdeni a nehézséget jelentő helyzeteken a torzult gondolatok kontrollálása, tudatból való kiszorítása által;
- probléma-megoldási készségek erősítése pl. a probléma részproblémákra lebontása és az azokra vélhetően legsikeresebb megoldás megtalálása által;
- a nehézséget jelentő helyzetekre vonatkozó társas készségek szerepjáték általi begyakorlása.

A szorongáskezelési tréningek speciálisan poszttraumatikus tünetekkel küzdő kliensekre kidolgozott változata a stressz inokulációs tréning (SIT – Meichenbaum és Deffenbacher, 1988; magyarul ld. Mórotz, 2005). A SIT három, némiképp átfedő szakaszból álló folyamat. Az első, *didaktikus szakasz* célja kettős. Egyrészt a terapeuta egy meleg, elfogadó légkörű, a Szókratészi dialóguson alapuló kapcsolatot alakít ki a klienssel. Másfelől egy edukatív részt tartalmaz, amely során a szorongás kialakulásával és kezelésével kapcsolatban kap információt a kliens. A szorongás egy kétkomponensű – megemelkedett fiziológiai arousalból és a szorongásra vonatkozó gondolatokból és képekből álló – folyamatként kerül bemutatásra, amely a kezelés két támadási pontját is előrevetíti: (1) relaxációs megküzdési készségek kialakítása az arousal csökkentésére, és (2) kognitív megküzdési készségek kialakítása a szorongással elárasztott képek és gondolatok megváltoztatására.

A második szakasz a *készségek elsajátításának és begyakorlásának szakasza*. Ennek során kialakításra kerülnek azok a készségek, amelyek a szorongás csökkentését szolgálják. Ez többek között relaxációs technikák elsajátítását, a szorongáskeltő

situációkkal kapcsolatos információgyűjtést, igénybe vehető erőforrások és menekülési útvonalak tervezését, illetve a fentiekben már leírt technikák megtanulását jelenti. Hogy az elsajátított készségek minél szélesebb körben alkalmazhatóak legyenek, a konstruktív önverbalizáció is jelentős szerepet kap.

A *megküzdési készségek finomítása, alkalmazása és transzferje* (a terápiás helyzetről a mindennapokba való átvitele) jelenti a folyamat lezáró szakaszát. A terápiás ülések során a készségek szerepjátékok, szimulációk és képzeleti helyzetek során kerülnek kipróbálásra. Egyben alkalmat adnak az esetlegesen felmerülő nehézségek feltárására. Ezek figyelembevételével és a készségek megszilárdulását követően fokozatosan, házi feladatok segítségével, a kliens hétköznapijaiban is bevetésre kerülnek. Az ennek sikerességéről való beszámoló a soron következő ülésen újabb lehetőséget jelent a készségek finomítására és a visszajelzésre.

4. Szemmozgásos deszenzitizáció

Shapiro 1987-ben (id. Maxfield, 2009) felismerte a szemmozgások emlékek minőségében betöltött szerepét és megalkotta a szemmozgásos deszenzitizációs módszert. 1991-ben felismerte, hogy a deszenzitizációnál több történik ebben a módszerben a traumatikus emlékek átdolgozása során, és az információ (újra)feldolgozására irányítva a figyelmet, hivatalosan is szemmozgásos deszenzitizáció és újrafeldolgozásnak (EMDR – Eye Movement Deszenzitization and Reprocessing) nevezte el módszerét.

A módszer hasonlít az expozíciós módszerre. A kliens feladata a módszerrel való megismerkedés, és néhány relaxációs technika elsajátítása után, hogy minél intenzívebben képzelje el a traumatikus élményt, lehetőleg minél több modalitást – akár szagokat, testi érzeteket is – érintve. A kliens a felidézéssel párhuzamosan bilaterális (kétoldali) elterelő ingereket kap. Ez lehet vizuális (egy balra-jobbra lengetett toll vagy ujj szemmel követése), akusztikus (a két fülbe adott alternáló hanginger), de akár taktilis is (a páciens bal és jobb kézfejének felváltva történő megérintése). A bilaterális ingerlés lényege a két agyfélteke összehangolása, amely elősegíti a traumatikus élmény integrációját, minél teljesebb kognitív feldolgozását. Ez az integrált feldolgozás úgy érhető el, hogy a bilaterális ingerlés során újabb és újabb élmények kerülnek felszínre, amelyekről a kliens beszámol. Ezek az élmények sokszor a verbalitáson túlmutatva érzések vagy akár testi érzetek formájában jelennek meg. Ezen újonnan felszínre kerülő emlékmарadványok kezdetben nagyon megterhelőek lehetnek, de az ismétlések hatására elvesztik szorongáskiváltó erejüket. A stimulációt a terapeuta egészen addig folytatja, amíg a habituáció meg nem történik. A habituáció ugyanis megteremti annak a lehetőségét, hogy az emlék – elvesztve kifejezett érzelmi töltetét – a személyes élettörténetbe integrálódjon, a feldolgozási folyamat lezáruljon. Így azok a poszttraumás tünetek, amelyek tulajdonképpen a feldolgozás továbbmozdítását sikertelenül szolgálják, funkciójukat veszítik és a kliens mély megnyugvást, megkönnyebbülést él át (Havelka, 2010;

Oren és Solomon, 2012; Shapiro, 2002). Az EMDR hatékonyságát a különböző humanitárius akciók során nyújtott segítség mellett (Maxfield, 2009) tudományos vizsgálatok is igazolják (Perczel Forintos, 2011).

5. Összegzés – stratégiák a trauma pszichoterápiájában

Mivel a fenti bemutatás számos módszer rövid ismertetésére irányult, összegzésnek a módszerek felett álló stratégia bemutatását választottam. Bár a konkrét célok megfogalmazását és a kitűzött célhoz vezető lépéseket meghatározza a módszer, a trauma pszichoterápiájában érvényre jutó stratégia általánosnak tekinthető. Ezt a stratégiát Wheeler (2007) a trauma idegtudományi kutatásaira alapozva mutatja be. Az elképzelés két szakaszra – stabilizációra és feldolgozásra – osztja a trauma terápiákat. Az első szakasz során a biztonság kialakítása, a tünetek stabilizálása és mérséklése, a külső és belső erőforrások növelése jelentik a legfőbb célt. A második szakasz során a traumatikus emlékek feldolgozása történik, amely megnyitja a lehetőséget klienseink előtt, hogy jövőjükéről gondolkodjanak és visszatérjenek az önmegvalósítás útjára.

Irodalom

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Oriold és társai.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy, past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.
- Busuttill, W., Busuttill, A. (1997). Debriefing and crisisintervention. In D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks, G., Mezey (Szerk.), *Psychological trauma – a developmental approach*. London: Gaskell, 238-249.
- Chu, J. A. (1992). The therapeutic roller coaster: Dilemmas in the treatment of childhood abuse survivors. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 1(4), 351-370.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Diamond, M. J. (1997). The unbearable agony of being: Interpreting tormented states of mind in the psychoanalysis of sexually traumatized patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(4), 495-519.
- Difede, J., Hoffman, H. G. (2002). Virtual reality exposure therapy for World Trade Center post-traumatic stress disorder: A case report. *Cyberpsychology & Behavior*, 5(6), 529-535.
- Ferenczi S. (1982/1919). A háborús neurózisok pszichoanalízise. In Linczényi A. (Szerk.), *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. Válogatás Ferenczi Sándor tanulmányaiából*. Budapest: Magvető, 199-225.

- Ferenczi S. (1997/1933). Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve. In Ferenczi S., *Technikai írások. (1921–33)*. Budapest: Animula, 102–112.
- Gelso, C. J., Carter, J. A. (1994). Components of the Psychotherapeutic Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306.
- Gerardi, M., Rothbaum, B. O., Ressler, K., Heekin, M., Rizzo, A. (2008). Virtual reality exposure therapy using a virtual Iraq: case report. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 209–213.
- Hackmann, A. (1993) Behavioural and cognitive psychotherapies: past history, current applications and future registration issues. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 1–75.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501–522.
- Havelka J. (2010). EMDR: A pszichotrauma következményeire kidolgozott protokollizált kezelési módszer. *Psychiatria Hungarica*, 25 (3), 243–250.
- Herman, J. L. (2011). *Trauma és gyógyulás – Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Hesse, E., Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097–1127.
- Jones, E. (1918). Warshock and Freud's theory of the neuroses. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 11(SectPsych), 21–36.
- Maxfield, L. (2009). EMDR milestones: The first 20 years. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 211–216.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 176(6), 589–593.
- Meichenbaum, D. H., Deffenbacher, J. L. (1988). Stress Inoculation Training. *The Counseling Psychologist*, 16(1), 69–90.
- Mitchell, J. T., Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel. Prevention and intervention. In J. P. Wilson, B. Raphael (Szerk.), *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press, 905–914.
- Mórotz K. (2005). A viselkedésterápia főbb módszerei. In Mórotz K., Perczel-Forintos D. (Szerk.), *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina, 135–186.
- Neumann, D. A., Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 32(2), 341–347.
- Oren, E., Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 62(4), 197–203.

- Pearlman, L. A., MacIan, P. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565.
- Perczel Forintos D. (2005a). A kognitív terápia standard módszerei és hatóanyagok. In Mórotz K., Perczel-Forintos D. (Szerk.), *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina, 241–274.
- Perczel Forintos D. (2005b). A poszttraumás stressz-zavar kognitív viselkedésterápiája. In Mórotz K., Perczel-Forintos D. (Szerk.), *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina, 417–440.
- Perczel Forintos D. (2011). A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák elérhetősége. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 3–10.
- Raphael, B., Meldrum, L., McFarlane (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310(6993), 1479–1480.
- Rasmussen, B. (2005). An intersubjective perspective on vicarious trauma and its impact on the clinical process. *Journal of Social Work Practice*, 19(1), 19–30.
- Richards, D., Lovell, K. (1997). Treatment of adults – A. Behavioural and cognitive approaches. In D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks, G. Mezey (Szerk.), *Psychological trauma – a developmental approach*. London: Gaskell, 264–273.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Alarcon, R., Ready, D., Shahar, F., Graap, K., Pair, J., Herbert, P., Goetz, D., Willis, B., Baltzell, D. (1999). Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 263–271.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 1–22.
- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. In B. G. Braun (Szerk.), *Treatment of Multiple Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 61–78.
- Szőnyi G. (2008). A pszichoterápiák specifikuma: a (pszicho)terápiás kapcsolat. In Szőnyi G., Füredi J. (Szerk.), *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina, 3–52.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wheeler, K. (2007). Psychotherapeutic Strategies for Healing Trauma. Perspectives in *Psychiatric Care*, 43(3), 132–141.

A POSZTTRAUMÁS STRESSZ

Amikor 1980-ban a DSM-III-ban megjelent a poszttraumás stressz zavar (PTSD – post traumatic stress disorder) fogalma, jelentős vihart kavart a szakemberek körében. Sokan úgy gondolták, hogy teljesen felesleges bevezetni ezt az új diagnózist, hiszen a traumát átélt emberek „csak” több, már létező mentális problémával küzdenek egyszerre (depresszió, szorongás, személyiségzavar). Mások örömmel üdvözölték az új kategória megjelenését, mivel a tünetegyüttes hátterében és kezelésében a traumatikus krízisek speciális jellemzőinek egységessé tételét látták, és ezt hasznosnak találták.

A DSM-III a diagnózis felállításához speciális körülmények egyértelmű jelenlétét, mint kitévelt határozta meg. Az elméletalkotók kezdetben úgy gondolták, hogy egyrészt monokauzális mentális problémáról van szó, másrészt biztosak voltak benne, hogy egyértelmű, elsősorban katasztrófához köthető stresszor jelenléte szükséges a tünete csoport kialakulásához, amely az emberek többségében szignifikáns tüneteket váltana ki (McNally, 2004).

Hamar világossá vált, hogy traumatikus eseményekkel viszonylag gyakran találkozunk az életben, viszont a PTSD előfordulási gyakorisága nincs ezzel a tapasztalattal arányban. Sőt, mai tudásunk fényében talán megkockáztathatjuk azt a kijelentést, hogy a poszttraumás stressz zavar¹ kialakulása inkább a kivétel, mintsem a szabály (Yehuda és McFarlene, 1995). Epidemiológiai kutatások azt jelzik, hogy a poszttraumás stressz tartós kialakulása kevésbé kötődik magához a traumatikus eseményhez, mintsem úgynevezett pre-, peri-, és poszttraumatikus rizikófaktorok jelenlétéhez (DiGangi és mtsai, 2013; Maercker és Karl, 2005).

A könyv külön fejezetet szentel a poszttraumás növekedésnek, így itt külön nem térünk ki rá, azonban az tény, hogy a poszttraumás stressz pozitív kimenetele, mint minden kritikus életesemény megoldása és élettörténetbe való integrálása, segíti a személyiség fejlődését. Így annak külön hangsúlyozása ellenére is, az itt leírt minden információ, mely a traumatikus eseményekhez kapcsolódik, hosszú távon annak a megértését szolgálja, hogy a traumatikus stressz miként dolgozható fel, és a személyt ért extrém megterhelések hogyan fordíthatóak pozitív irányba, az esetleges radikális hatások és változások ellenére is.

¹ Az új DSM-5 2013. május 18-án került kibocsátásra, így a jelenlegi szakirodalom nagy része, a publikált kutatások szinte teljes spektruma jelenleg még a DSM-IV-R (2001) diagnosztikai kritériumrendszerére épül. Írásunkban igyekszünk tisztázni a különbségeket, és a releváns információkat összefoglalni. Ugyanakkor a téma szerteágazósága miatt nem tudunk kitérni minden olyan tényezőre, amely szerepet játszik a poszttraumás stressz és az arra adott pszichés zavarok kialakulásában.

1. Distressz és stresszreakció

A traumás stressz megértését, a szervezetre, érzelmekre és viselkedésre gyakorolt hatását az általános stresszelméletből tudjuk levezetni, így annak ismeretét kulcsfontosságúnak tartjuk.

Stresszor lehet bármi olyan külső vagy belső, emocionális, tudatos vagy tudattalan inger, amely zavarja a szervezet fiziológiai és pszichológiai egyensúlyát. Ha az egyén kihívásként éli meg az adott ingert, akkor pozitív érzelmeket kiváltó eustresszről beszélünk; ha fenyegetésként, akkor negatív, károsodást előidéző distresszről van szó.

A distresszt okozó ingerek általában olyan események, melyek befolyásolhatatlanok, és/vagy bejósolhatatlanok (Atkinson, Atkinson, Smith és Bem, 2003), minél befolyásolhatatlanabbak, hevesebbek, minél eltérőbbek a megszokottól, annál nagyobb mértékű reakciót indukálnak és annál nagyobb eséllyel váltanak ki traumát a szervezetben. Az ingerek észlelése és kiértékelése azonban szubjektív. Ugyanaz a distresszkeltő élmény, különböző személyeknél más módon befolyásolhatja mind a pszichés, mind a biológiai funkciókat, és természetesen, különféle distresszkeltő eseményeknek lehet hasonló a kimenetele².

A stresszreakció, Cannon (1927, id. Atkinson és mtsai, 2003) szerint, a szervezet pszichofiziológiai válasza a veszélyre, a homeosztázist megzavaró ingerekre, amely adaptív és a túlélést segíti. Célja az alkalmazkodás, védekezés, a veszély elkerülése vagy a megküzdés (fight or flight). A végbemenő folyamatok jellegzetes neurológiai és viselkedéses válaszokként jelentkeznek, védik a személyt, és segítik a megzavart egyensúly helyreállítását.

A stresszre adott pszichológiai reakció egyénenként változik az adaptív megküzdéstől a depressziós-, szorongásos, traumával és stresszonnal kapcsolatos zavarokon át, a különféle szomatikus tünetzavarokon át a disszociatív zavarokig. Ezen felül a pszichés tényezők az események láncolatában összekötő elemek lehetnek, pl. a stressz anticipációja, a kontroll észlelt hiánya, melyek erősítik a stresszreakciót, végül a biológiai stressz kialakulásához vezethetnek.

A stresszre adott megdermedés, lefagyás (freeze) mint reakció szintén univerzális válasz, amely csak látszólag passzív viselkedés, mert valójában a fiziológiai és kognitív folyamatok oldaláról aktív és sokszínű válasz. Bár korábbi elméletekben felmerült a kognitív funkciók bénultsága is a megdermedés helyzetében, ma már tudjuk, hogy a megterhelésre adott reakció olyan módjáról beszélünk, amely részben a belső gondolatvilágba való menekülés egyik útja, csökkenti a fájdalomérzékelést és leválasztja az érzelmeket az események folyamáról. A védekezés ezen módja disszociatív folyamatokon alapul (ld. 2.1.), melynek célja a személy megóvása, a normál életvezetés megőrzésének megpróbálása mellett, amely általában törekeny egyensúlyi illúziót jelent³.

² Az inger minősítését több tényező együttesen határozza meg, melyek részletesen a pre- és peritraumás tényezőknél kerülnek ismertetésre.

³ Ilyenkor számolnak be a megterhelést átélők olyan élményekről, mintha a distresszt kiváltó esemény csak egy rossz álom lett volna, vagy mintha csak képzelték volna, illetve ha meg is maradnak az emlékek, valószínűtlenné vagy érzelmektől mentesnek tűnnek.

2. Trauma

Az eu- és distressz fogalmi meghatározásából már látható, hogy a szervezetet ért ingerek minősítése bár számos tényező által meghatározott, mégis szubjektív és egyéni módon történik meg. A megterhelő inger minősége és szubjektív minősítése, illetve a személy megküzdési repertoárja és tapasztalatai alapján kialakított „eredményessége dönti el”, hogy kinek jelent ugyanaz az inger pozitív kihívást, vagy növekedési, fejlődési lehetőséget, kinek jelent nehézséget vagy zavart okozó negatív megterhelést, vagy kinek okoz olyan heves sokkhatást, amely pszichés szempontból traumatikus következményeket eredményez.

A trauma általános és szomatikus értelemben külső behatásra keletkezett sérülést jelent. Freud (1917/2011) meghatározása szerint a trauma pszichológiai szempontból egy olyan heves, sokkszerű, váratlan, intruzív élmény, amely a szervezet egészét érinti, meghaladja a személy pillanatnyi védekező, szokásos megoldási képességét, és ez életére nézve következményekkel jár. A traumatikus események általában nem kerülnek adekvát leereagálásra, és ezért mintegy idegen test lesz jelen a pszichés működésekben.

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (1980) szerint traumatikus az olyan „esemény, mely az átlagos emberi tapasztaláson kívül esik, mely egyértelmű szenvedéshez vezet majdnem mindenkinél...” Ez a meghatározás megtévesztő, mert a tapasztalat, élmény, emlékezet aktív és folyamatosan konstruálódó folyamat, rendkívül sok tényező kölcsönhatásában. Ezért a tapasztalatok egyediek, szubjektívek és nem feltétlenül összehasonlíthatóak ebben a leírt formában.

A trauma fogalma⁴ összegyűjti az identitást kívülről-belülről fenyegető és veszélyeztető élményeket. Ilyen esemény lehet egy erőszakos történés, katasztrófa, baleset, bántalmazás, szembekerülés a halállal, akár szemtanúként, akár áldozatként, akár közeli családtagként. Statisztikai adatok szerint életünk során 50-70%-os eséllyel találkozhatunk traumatikus eseménnyel.⁵

Kulcsár (2005) a trauma fogalmát olyan „földrengésszerű”, a személy világát alapjaiban megrengető intrapszichikus történésként kezeli, amely az egyén addigi világképét és korábban használt, ismert, felépített kognitív sémáit semmissé teszi.

Herman (2003) is kiemeli a trauma kapcsán, hogy a korábban jól működő kognitív sémák, amelyek addig értelmet, irányt, védettséget nyújtottak a személynek,

⁴ Ha megnézzük a trauma definícióját és a traumatikus események tartalmát, akkor láthatjuk, hogy tulajdonképpen az akcidentális krízis Caplan (1964, id. Dass-Brailsford, 2007) által leírt fogalmával egyezik. A felsorolt traumameghatározások éppúgy említik az elkerülhetetlenek és megoldhatatlannak érzett fenyegetettséget, a pszichés egyensúly felborulását, a korábbi problémamegoldási módok kudarcát, az esemény váratlan voltát és azt, hogy a megélt feszültséget okozó állapot a figyelmi kapacitás teljes spektrumát kitéríti. Később láthatjuk majd, hogy az akcidentális krízis tünetei szintén átfedést mutatnak a poszttraumás stressz zavar tüneti képével, és ahogy az akcidentális krízisek is vezethetnek a személyiség érésehez, úgy a poszttraumás növekedés is reális kimenetel a trauma megélése kapcsán.

⁵ Évente több száz millió ember él át természeti katasztrófát, munkahelyi és egyéb baleseteket, több tucat ország áll háborús viszonyban más országokkal, érintett terrorcselekményekben, és a különféle bántalmazások gyakoriságát ekkor még nem is említettük.

összeomlanak. Az érzések szintjén a tehetetlenség, kiszolgáltatottság megélését tartja még lényegesnek. Szerinte az APA (1980) definíciója is arra mutat rá, amikor az emberi tapasztaláson kívül esőnek írja le a traumát, hogy az átélt esemény az alkalmazkodásra vonatkozó tapasztalatainkat haladja meg, és az említett meghatározás nem egy számszerűsíthető gyakoriságról beszél, amikor az „átlagos” szó fogalmát ebbe a kontextusba helyezi. Szerinte a trauma egyik kulcseleme az a tény, hogy a személy nincs rá felkészülve, ezért nem valósul meg a szervezet által biológiailag előkészített stresszreakció megszokott forgatókönyve, és sem a megküzdésre (fight), sem a menekülésre (flight) nincs mód. Így, adekvát stresszreakció hiányában a szervezet pszichofiziológiai válasza nem valósul meg, a rendszer túlterhelődik, a személy védelem nélkül marad, az egyensúly nem állítható helyre, a fenyegető helyzet bejósolhatatlanná és elkerülhetetlenné válik. A túlterhelt, „nyomás alatt” lévő rendszer nem tud adaptívan reagálni a veszélyre, traumatikus élményre, így elindulhat a stresszreakcióknál említett megdermedés (freeze) átmeneti vagy tartós működése, amely dezintegrálhatja az érzelmek és kognitív funkciók összehangolt működését. A megváltozott viselkedés a trauma intenzív élményére adott megküzdési kísérlet egyik lehetséges módja, mely a disszociáció segítségével átmenetileg védi a személyt, hosszú távon azonban fenntartja és megerősíti a trauma hatásait.

2.1. Trauma és disszociáció

A disszociáció pontos meghatározása is számos kihívást rejt, hiszen jelent folyamatot és állapotot is, és jelenti azt az elhárítási mechanizmust is, amelyet a fenyegettség, traumának való kitettség vált ki.

Mindannyian megélünk hétköznapi disszociatív folyamatokat, mint pl. az álmodozás, figyelem elkalandozása, álm, meditáció. A disszociáció segít minket a mindennapokban, hogy kiléphessünk a tapasztalatok megszokott szerveződéseinek határai közül; segíthet új nézőpontok megtalálásában, kreatív gondolkodásban; vagy racionális döntések meghozatalakor az érzelmek befolyásoló hatásának felmérésében.

Az akut traumák kapcsán, ahogy már említettük, a disszociáció elsődleges funkciója a pszichológiai kontrolléret szubjektív megtartása, a helyzettől való eltávolodás segítése. A kilépés, mint védekezés jelenik meg, és többek között szerepet játszhat az aktív megküzdés megghiúsulásában és az érzések tudatosulásának megakadályozásában, amely legtöbbször az intenzív félelem és szorongás érzésének elkerülését, és az arra való emlékezés megakadályozását is jelenti. Előfordul, hogy ez a működésmód abban segíti az egyént, hogy az érzésektől mentesített kognitív funkciók hatékonysága, ha törekeny módon is, de megtartható legyen. Azaz, bizonyos esetekben a helyzetből való kilépés érzelmileg megtörténik, de a viselkedés nem fagy meg, nem dermed le, a cselekvés megvalósulhat. Trauma túlélői gyakran elmondják, hogy fogalmuk sincs, hogyan voltak képesek cselekedni, döntéseket

hozni, reagálni,⁶ a saját viselkedésük – visszaemlékezve – valószerűtlennek tűnik, mintha nem ők tették volna, hanem tőlük függetlenül „történtek” volna az események. Ez a beszámolókból megjelenő idegenség és valószerűtlenség érzés a disszociációs folyamatok következménye, mely rövid távon hasznos lehet.

Trauma átélése megnöveli a disszociációs folyamatok esélyét, vagy az elidegenedés⁷ érzését, megtöri az élményszerveződés és értelemképződés folyamatát. Ekkor a percepció, memória, tudat illetve az addig felépített szubjektív valóság és önmeghatározás dezintegrálódik, megjelenik a disszociáció. Hosszú távon a disszociáció folyamatában a tudat egy része akaratlagos kontroll nélkül kezd működni, a tudat tartalmainak összefüggésrendszere sérül, és már nem segíti az egyént a pszichológiai kontroll illúziójának fenntartásával és a traumával vagy egyéb megterhelő helyzetekkel szembeni védekezésben. Ekkor a disszociáció az emlékek élettörténeti memóriába való beépülésének akadályává válhat, így, hosszabb távon gátolhatja a realitással való szembenézést, ezáltal a pszichiátriai kórképek rizikófaktorrává válhat. Az emlékezet működésének elkülönülése fenntartja és idővel felerősíti a trauma által okozott hatásokat. A hétköznapi működések egyensúlya egyre törekenyebb illúzióvá válik, melyet tanulási mechanizmusok tartanak fenn. Az illúzió azért egyre sérülékenyebb, mert a normális viselkedés kivitelezéséhez egyre több dolgot kellene kontroll alatt tartania egy olyan rendszernek, amelynek szenzitivitása fokozódik. Végül a különféle ingerek egyre bejósolhatatlanabbnak tűnnek, így az elhárító működések, elkerülések felerősödnek, a hétköznapi funkciók kivitelezése jelentősen romlik⁸.

2.2. A trauma és a krízis

A trauma és a krízis fogalma több ponton is összekapcsolódik. Az akcidentális krízisekkel való összefüggések és hasonlóságok, mint a váratlan és elkerülhetetlen fenyegető eseményekkel való szembenézés, a pszichés egyensúly felborulása, a korábbi problémamegoldási sémák elégedetlensége, könnyebben észrevehető átfedések.

A trauma élménye által kiváltott egyensúlyvesztés krízisét azonban több tényező súlyosbítja. Ilyen krízist indukáló hatás az alapvető bizalomba vetett hit elvesztése, a biztonságérzet megbomlása. Amikor a biztonságérzet megkérdőjeleződik, akkor már nem csak a sémák, hanem az én is sérül. Ez azt jelenti, hogy a

⁶ Ha a trauma helyzetében egy másik, segítségre szoruló személy is jelen van, a viselkedéses ledermedés előfordulása csökken.

⁷ A deperszonalizáció és derealizáció átmeneti megtapasztalása pszichológiailag egészséges emberek-nél leggyakrabban alváshiány, szomatikus betegségek, láz, szerhasználat (gyógyszer, alkohol), monotonitás és szenzoros depriváció kapcsán történik.

⁸ A disszociáció kapcsán a terápiák egyik leglényegesebb kérdése, hogy hogyan integrálhatóak az átélt és érzékelt események, információk olyan egészséges értelemmel bíró folyamattá, amely az egyén biztonságérzetét helyreállítva, megőrizve (újra) lehetővé teszi a pszichológiai és szubjektív kontroll kialakításának és megőrzésének képességét.

trauma akcidentális eseménye mellett a normatív krízisek problémái egyszerre és együttesen nehezdednek az átélőre, nehezítve a megküzdés módjának megtalálását. A trauma megélése miatt a korábban sikeresen megküzdött énefejlődési krízisek megoldásai is éppúgy kérdésessé válnak, mint minden más, hiszen a megrázkódta-tás ezeket az alapokat is eléri. A korábbi lezárt küzdelmek, legyen szó bizalomról, kapcsolatról, alkalmazkodóképességről, autonómiáról, kompetenciáról, intimitás-ról, önmagunk vagy mások értékeléséről, mind újraélednek. Így kerülnek előtérbe olyan érzések, mint kétely, szégyen, büntudat, csökkentértékűség, izoláció, azaz a fejlődési krízisek negatív kimenetelei. A felépüléshez a traumát átélt személynek újra meg kell küzdenie a normál fejlődési krízisek által korábban már elért (po-zitív) megoldásaiért. Ez szükséges ahhoz, hogy a bizalmat újra meg tudja élni, vissza tudja szerezni az önkontroll és autonómia érzetét. Minden egyes szakasz „újra-élése” a pozitív és új, a trauma értelmének megtalálását is magába foglaló identitását alakítja.

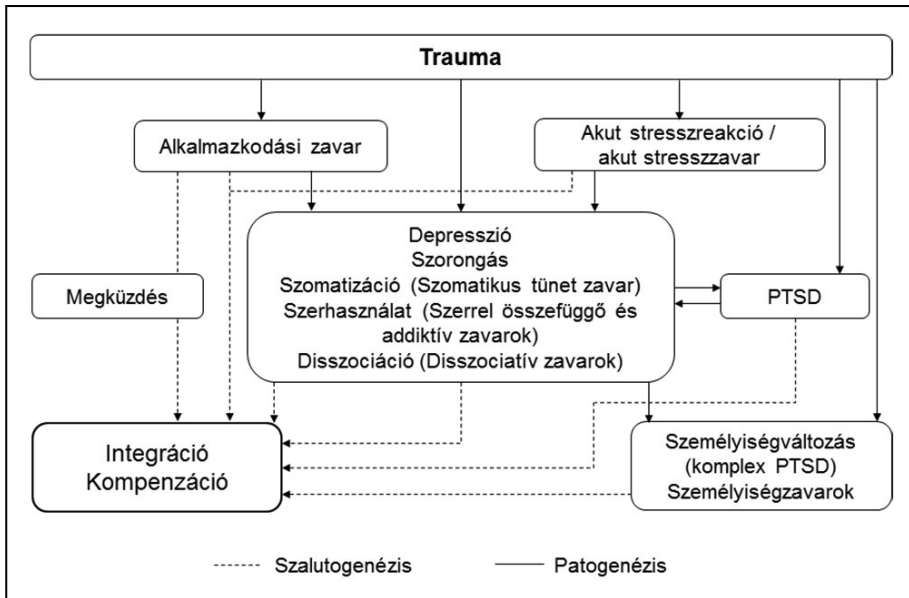
Az élet értelmességének kétségbe vonása, a bizalomvesztés által nagy az esélye annak, hogy szuicid krízisig sodródjon az egyén. A traumát elszenvedettek kö-zött nagyobb arányban fordul elő öngyilkosság, mint az egyéb pszichés zavarokkal küzdő személyek esetében.

Mindezen tények ismerete segíthet mind az akut krízisintervenció, mind a ké-sőbbi másodlagos prevenciót célzó, illetve terápiás kezelések tervezése kapcsán.

2.3. A traumatikus események által kiváltott reakciók

A traumatikus események által kiváltott reakciókat három nagyobb kategóriába soroljuk. Az 1. ábra (Flatten, 2005, 302.) sematikus szemléleti a patológiához, illetve a traumatikus esemény utáni egyensúly megborulása során, az integráció-hoz és kompenzációhoz vezető utakat.

1. Akut stresszreakció. Normál jelenség, azonnali, rövid ideig tart, pszicho-fiziológiai változásokkal jár, melyek készenléti állapotot eredményeznek, felkészítve az egyént a menekülésre vagy küzdelemre. Mértékét az egyéni sérülékenység szabja meg. Rövid időtartama miatt már a krízisintervenció folyamatában lecseng.
2. A traumás distressz hosszú távú hatásai – poszttraumás stresszreakciók. Eb-ben a hosszabb fázisban a stresszválaszt meghatározó tényezők együttesen alakítják ki a traumához való egyedi viszonyt, mely akár a szorongás és de-presszió tüneteitől, a poszttraumás stressz zavarig terjedhet.
3. Megjelenik a trauma nem reális történés-ként való értékelése, kialakul a poszt-traumás stressz zavar.



1. ábra. A traumatikus események kimeneteli lehetőségei.
(Forrás: Flatten, 2005, 302.)

2.3.1. Akut stresszreakció

A traumatikus események közvetlen átélése kapcsán az akut stresszreakció megjelenése természetes. Ez az azonnali, rövid ideig tartó készenléti állapot teszi lehetővé az adekvát megküzdési módok megjelenését és megvalósulását. A készenléti állapot a traumát követően azonnal megjelenik, és a trauma utáni három naptól egy hónapig tartó időtartamot ölelheti fel. A jelenség, ahogy már említettük, többnyire a krízisintervenció folyamatában helyreáll, melyre jó példa Freehill (1992, id. Barram, 1997) vizsgálata, aki sürgősségi ellátásban résztvevő szakemberek (mentősök, rendőrök, tűzoltók, katasztrófaelhárítók) adatait elemezte. Azt tapasztalta, hogy a vizsgált személyek 85%-ánál diagnosztizálható akut stressz zavar traumatikus események átélése után, és ezekben a foglalkozásokban tulajdonképpen rutinszerűen megélik az emberek ezt az állapotot, de többségüknél ez néhány nap alatt spontán rendeződik, minden egyéb következmény nélkül.

Azok a személyek, akik nem tudnak megküzdeni az akut stressz intenzív jelenlétével a traumatikus esemény bekövetkezése után három naptól egy hónapig tartó időszakban, akut stressz zavarral diagnosztizálhatóak.

2.4. Traumás distressz és poszttraumás stressz

A traumás distressz olyan akut stresszor vagy kritikus esemény, amely jelentős veszélyt jelent vagy okoz az adott, illetve a vele kapcsolatban álló másik személy éle-

tére, fizikai integritására nézve. A váratlan veszteség vulnerábilissá teszi a személyt, szembesíti a halál fenyegető jelenlétével és jelentős szorongást eredményez.

A poszttraumás stressz megélése a traumára adott hosszabb távú pszichológiai reakciók közé tartozik, középpontjában a traumatikus esemény intruzív emlékei állnak, melyek folyamatosan betörnek a tudatba, és így nem engedik, hogy a fiziológiai készenléti állapot lecsengjen, negatívan befolyásolva az emlékezetet, és összességében veszélyeztetve a tudat integrált működését (Herman, 2003).

A tudat folyamatos működése az önazonosságunk háttere, ez adja a létezés folytonosságának élményét, szervezi az emlékeinket. A traumatikus élmények krízise abban áll, hogy ezt a folyamatot megtörik, a korábbi kognitív sémákat semmissé teszik, és a helyzet feletti kontrolltörekvések általában diszfunkcionális vagy nem reális sémákra épülnek. A traumatikus esemény egyik jellemzője a bejósolhatatlanság, a személy mégis fokozott készenléttel igyekszik valamilyen módon előre jelezni, ami eleve kudarcra ítélt kísérlet.

A poszttraumás stressz megélésének folyamatában viszont a megterhelő ingerek a valós veszély és megterhelő esemény elmúltja után is fennmaradnak, viszszatérnek. Az emléketörések, a fenyegetettség érzése és egyéb tünetek kapcsán a fenyegetőnek tartott ingerek jelenléte állandósul. A poszttraumás stressz tünetei által kiváltott állapot készenlétdben tartja a szervezetet úgy, hogy az emlékekre, érzésekre adott stresszreakció, mint adekvát válasz állandósul.

Az akut stresszreakció, ahogy az előző pontban láttuk, először akut stressz zavarra válik, és ha a folyamatba nem kerül be valamilyen protektív tényező, akkor az állandó fiziológiai és pszichológiai készenlét miatt a poszttraumás stressz további zavart okoz. Ekkor megjelenhetnek egyéb distressz tünetek, komorbid problémák⁹ is (ld. 1. ábra). A poszttraumás stressz akut stressz zavaron túlmutató fennállása önmagában is, de a komorbid zavarokkal együttesen is utat nyithatnak a poszttraumás stressz szindrómának. A traumatikus élmény kontrollálására és elkerülésére tett irreális erőfeszítések eredményeként a személy nem tud elszakadni a traumával való foglalkozástól, az emléketörések, alváshiány, elkerülő magatartás stb. miatt a tudat folytonosságának élménye megszakad, a trauma időtlen élménnyé, állandó fenyegetettséggé válik. Így a trauma többé már nem tekinthető időben és főleg múlt időben¹⁰ behatárolt eseménynek, hanem a tünetek jelenléte miatt, a kiszolgáltatottság és tehetetlenség újra megjelenésétől való félelem és ellentmondásos reprezentációk (a trauma tapasztalata ellentmond a világról és énről alkotott képnek) miatt a trauma és annak minden következménye állandó és jelen idejű tapasztalattá válik (Ehlers és Clark, 2000).

⁹ A komorbid zavarokra, mint depresszió, szorongás, szerrel összefüggő zavarok, nem térünk ki részletesen, de a poszttraumás stressz tünetei szinte minden pszichés zavarhoz kapcsolódhatnak.

¹⁰ Southwick és mtsai (1997, id. DiGanghi és mtsai, 2013) is dokumentálták, hogy a háborús veteránok traumatikus élményekre vonatkozó emlékei nem konzisztensek, idővel az emlékek is felülíródtak és egyre súlyosbodtak, és ezzel együtt a kiváltott poszttraumatikus stresszre adott tünetek is.

Ursano és mtsai (2009) a traumás stresszoroknak való kitettséget mérgezőnek tartják, és nem csak metaforikus értelemben. Azt mondják, hogy az élet fenyegettségének érzése, mint élmény, toxikus hatással van az azt megelőzőre¹¹. A halállal való szembenézés tényét a PTSD kognitív rizikófaktoraként határozzák meg, amely elindít az idegrendszerben egy olyan „autoimmun” folyamatot, amely a növekedést, fejlődést, integrálást vagy a megfelelő azonosulást megakadályozza.

2.4.1. A halállal kapcsolatos szorongás szerepe

A halállal kapcsolatos szorongást¹² valamilyen formában és mértékben mindannyian átéljük, és evolúciós szempontból ennek az érzésnek az adaptív értéke abban rejlik, hogy segít bennünket a veszélyes, sérülést vagy halált okozó helyzetek elkerülésében, ezáltal életünk és egészségünk megőrzésében (Tomer, 1992, id. Sliter, Sinclair, Yuan és Mohr, 2014). Kutatási eredmények alapján (Brown, 2011, id. Sliter, és mtsai, 2014) a generalizált szorongás és a halállal kapcsolatos szorongás közti átfedés 13-20% között mozog, és a jelenség inkább vonás (trait), mintsem pusztán egy jellemző érzelmi állapot (state). Ezt a stabilitást támasztja alá, hogy az általánosságban hatékony szorongás- és stresszkezelő technikák, intervenciók nem okoznak változást a személyre jellemző halállal kapcsolatos szorongásszintben.

A traumás emlékeket Lifton (1995, id. Herman, 2003) olyan kitörölhetetlen „halál-bevésődéseknek” nevezi, melyek képek és érzetek formájában maradnak élő részei a traumát elszenvedett egyének mindennapjainak. Az azonban tény, hogy a traumás események alapvető félelmet hívnak elő az emberben, amely nem más, mint a legszükségesebb erőforrás-vesztés, amit megtapasztalhatunk, azaz a haláltól való félelmet és a halandósággal való szembenézés tényét.

2.4.1.1. Az Erőforrás Biztosítási Modell (Conservation Resources Theory; COR) és az élet, mint erőforrás

Hobfoll (2002) modelljét a hagyományos stresszelméletek hiányzó elemeire adott alternatív lehetőségként fogalmazta meg, és mára a pozitív pszichológia meghatározó elméletévé vált. Központi gondolata, hogy az emberek közös igénye a számukra jelentőséggel bíró értékek megfogalmazása, megszerzése, fenntartása, szükség esetén védelmezése. Jelen esetben az élet védelméről beszélünk a traumatikus

¹¹ Ursano és mtsai (2009) szerint az a különbség a traumás stressz és a poszttraumás stressz között, hogy utóbbi esetében kénytelen akarva-akaratlan emlékezni. Mivel az emlékbetörések és egyéb tünetek miatt a személy nem „tud” felejtani, az idegrendszer olyan súlyosan leterhelődik a traumás distresszhez tartozó információkkal, hogy a kognitív funkciók hatékonysága csorból szenved. A patológia azáltal alakul ki, hogy az állandó feszültség miatt a szervezet, mint rendszer összeomlik. Szerintük a PTSD ezért nem más, mint az összeomlásból való felépülés képtelenségének végterméke.

¹² A halálfélelem és a halállal kapcsolatos szorongás (death anxiety) nem egyazon jelenség a szakirodalom szerint. Jelen fejezet Nyatanga és de Vocht (2006, id. Sliter, Sinclair, Yuan és Mohr, 2014) definícióját veszi alapul, mely szerint egy olyan kellemetlen émoációról van szó, amelyet a saját illetve mások halála miatt érzett egzisztenciális aggodalmaink váltanak ki.

események kapcsán. A COR modell figyelembe veszi mind a környezeti tényezők és feltételek természetét, mind az objektív helyzeti feltételeket, mind a társadalmilag adott tényezőket (pl. erőforrások elérhetőségét).

Két alapszabályt fogalmaz meg: az egyik, hogy az erőforrások elvesztése előreláthatólag nagyobb nehézséget jelent, mint annak fenntartása, gyarapítása. Ebből következik a második alapfeltevés, miszerint az erőforrásokba való folyamatos befektetés szükséges lépés a meglévők fenntartására, az esetlegesen bekövetkező és azokat érintő veszteségek elkerülésére, vagy a bekövetkezett hiányok fedezésére. Az egyén számára azonban jelentős pszichés megterhelést jelent, ha erőforrásai veszélybe kerülnek, vagy valóban elveszíti azokat. Az erőforrások általánosságban, tartalmukat tekintve jelentős pszichológiai értéket képviselnek. Amikor az életről, mint erőforrásról beszélünk, az említett feltételek igazságtartalma egyértelmű, mivel ez a legértékesebb erőforrásunk, és melynek fenntartásáért és védelméért képesek vagyunk nagy áldozatot hozni. A traumával kapcsolatos helyzetek¹³ fenyegetik az életet, így diszfunkcionális szindrómák előidézőivé válhatnak. A COR modell szerint a különféle erőforrások feladatukat tekintve védelmi erődrendszert alkotnak a fenyegető veszélyekkel szemben, biztosítékot jelentenek a megterhelésekkel való sikeres megküzdéshez, a pozitív önértékelés kialakításához, ezáltal az erőforrások megőrzéséhez és újratermeléséhez. Ez esetünkben azt jelenti, hogy az élet fenyegetettsége, mint erőforrások elvesztése, és emellett az elvesztés folyamatának „sebessége, gyorsasága” is stresszforrás a személy számára, melyben sérül a személy védelmet és erőt teremtő kapacitása. Ebben a keretben gondolkozva érthetővé válik az az érzékenyítődé, amely védekező stratégiát alakít ki a jövőbeni fenyegetettség elkerülésére, igyekszik időben alarmizálni a túlélést segítő viselkedést. A modell alapján logikus lépés, „megtérülő kockázattal járó befektetés” a halállal kapcsolatos szorongás viszonylag állandó szinten tartása. Logikus lépés annak ellenére, hogy a halállal kapcsolatos magasabb szorongásszint a személy jóllétét alapvetően befolyásolja és megváltoztatja. A mortalitási jelzők észlelése elkerülő, elhárító viselkedésre motivál, mivel az élet, mint legjelentősebb erőforrás megővését szolgálja. A fenyegetettség elkerülésének érdekében átcsoportosításra kerül minden más erőforrás. Ezáltal az élet többi területét érintő teljesítmény, funkcionálási szint teljesen megváltozik és alárendelődik a védelmet jelentő célok elérésének, illetve fenntartásának. Minél érzékenyebb a személy, annál könnyebben kerül az erőforrások elvesztésének körforgásába.

A halállal kapcsolatos szorongás jelentőségének megértése segíthet logikussá és racionálissá tenni egy olyan érzelmi spirálfolyamatot, amely a szenvedő sze-

¹³ Sliter és mtsai (2014) a halállal kapcsolatos szorongás jelensége kapcsán a mortalitási jelzők fogalmát is definiálják. Szerintük mortalitási jelzőfaktor minden olyan külső inger, amely a halálra emlékezteti a személyt, beleértve a veszélyt jelentő helyzeteket, ahol a személy vagy a másik ember sérülne, halálnak van kitéve, illetve ezekre az eseményekre emlékeztető jelzések, az arról való beszélgetés. A mortalitási jelzők jelentős átfedést mutatnak a traumatikus eseményekkel, de nem egyeznek teljes mértékben, mivel az előbbi tágabb fogalom (lehet egy temető látványa, vagy filmélmény is). Azonban fordított esetben már azt kell mondanunk, hogy minden traumatikus esemény egyben mortalitási jelzés is.

mélynek addig megfoghatatlan és támpontok nélküli volt. A megértés gyakran a gyógyulás folyamatának első lépése, mely megadhatja azt a biztonságteremtő fogódzópontot, melybe kapaszkodva újra lehet strukturálni az erőforrások védelmi rendszerét. Mindaz, ami a trauma átélése kapcsán történik, nem hiba vagy a gyengeség jele, hanem a szervezet biológiailag és evolúciósan megalapozott logikus védelmező lépése, amely azonban poszttraumás stressz esetében reális, külső fenyegető inger hiányában már nem adekvát.

2.5. Pre-, peri- és poszttraumás rizikófaktorok

A poszttraumás stressz megjelenéséhez, fennmaradásához és mentális problémává válásához több tényező jelenléte és összjátéka szükséges, a traumatikus hatást kiváltó eseményen kívül. Ebben az alfejezetben a legfontosabb tényezőket vesszük számba, azzal a céllal, hogy látható legyen a bevezetőben említett azon mondat igazsága, hogy a PTSD kialakulása inkább a kivétel, mint szabály, hiszen komplex az út addig, amíg a megterhelések zavarhoz vezetnek.

2.5.1. Pretraumás rizikófaktorok

A pretraumatikus tényezők a traumától függetlenül jellemzik az egyént. Ide soroljuk a genetikai-, demográfiai-, személyiség-tényezőket és a szociális/kulturális közeget.

A distresszel járó és traumatikus események számos biológiai mechanizmus által hatnak az egyénre. Most a gének expressziója által kiemelten befolyásolt biológiai rendszereket emeljük csak ki, mint pretraumatikus genetikai faktorokat¹⁴, a teljes összefüggésrendszer kifejtése nélkül,

- A stresszhormonok, mint a kortizol, a génexpresszió befolyásolásán keresztül modulálják az agyi funkciókat. Így az élet során folyamatosan érő hippocampust a stresszkeltő események és ezáltal a kortizol hormon működése megváltoztathatja.
- A poszttraumás stresszre érzékeny személyek hippocampusuk kisebb volumenű, mely csökkenti az affektív és kognitív folyamatok színvonalát és integrációját. A hippocampust érintő változások az érzelmi emlékek előhívására általánosságban is hatással vannak, illetve arra, hogy a félelmetes helyzetekben milyen emlékek kerülnek előtérbe, és ezek együttesen az ijesztő ingerekre milyen választ hoznak létre.

¹⁴ Hamer és Copeland (2005) a génkörnyezet interakcióit úgy összegzi, hogy a gének az idegrendszer kémiai mechanizmusait képesek befolyásolni, ez alakítja, hogy hogyan érzékeljük és tapasztaljuk meg a világot, illetve hogyan tudunk reagálni rá. Ezáltal olyan környezet és ingerek irányába befolyásolják a személyt, amely megfelel a genetikailag meghatározott alkatának. Az esetek többségében nem egyetlen eseményről van szó, hanem események ismétlődése által kialakult mintázatról, ugyanakkor a traumatikus életesemények intenzív élménye ez alól kivételt képezhet. Tulajdonképpen ez a felfogás azt mondja, hogy hiányzó környezeti feltételek esetén a genotípusban létező különbségek nem jelennek meg.

- A distressz-szel járó tapasztalatok a veleszületett limbikus rendszer, a hipotalamusz¹⁵-hipofízis (LHH)-tengely válaszkészségén¹⁶ keresztül hatnak más fiziológiai rendszerekre, metabolikus folyamatokra, immunrendszerre, a cirkadián ritmusra és memóriafunkciókra is, és hosszú távú strukturális és funkcionális változásokat idéznek elő az agyban.
- A genetikai összefüggések kapcsán még fontos megemlíteni a szerotoninrendszer¹⁷ működését, mely modulálja az amygdala működését. Stressz hatására a szerotoninerg diszreguláció abnormális érzelmi válaszokra sarkallja az amygdalát, amely szorongás, depresszió és PTSD irányába hat. Ezenkívül a szerotonintranszporter gén polimorfizmusával született egyének (a lakosság 68%-a) esetében veleszületett szorongásra való érzékenység is jellemzi az egyént, amely kiemelten hat a fizikai aggodalmakra és ezáltal az interoceptív érzékelésre, együttesen növelve a vulnerabilitást a traumatikus eseményekre adott reakciók kapcsán. Ezek az egyéni érzékenységbeli különbségek, azonban csak a trauma megjelenése esetén, mint kiváltó környezeti inger kapcsán jelentkeznek (Hamer és Copeland, 2005; Maercker és Karl, 2005).

További pretraumatikus tényezőnek tartják az etnikai hovatartozást, bár a különbségek okainak feltárását célzó kutatások eredményei metodológiailag kifogásolhatóak, így az eltérést nem tudjuk pontosan megmagyarázni. Az azonban biztosnak látszik, mind a klinikai tapasztalatok, mind a vizsgálati eredmények alapján, hogy a PTSD prevalenciája etnikai és kontinentális különbségeket¹⁸ mutat (Maercker és Karl, 2005; Berger és mtsai, 2012; Perkonig, Kessler, Storz és Wittchen, 2000).

A DSM-5 (2013) pretraumatikus tényezőként említi:

- az alacsony szocioökonomiai státuszt;
- az alacsony iskolázottságot;
- olyan kulturális tényezőket, melyek sorsszerű vagy önhibáztató magatartásokat erősítenek;
- az alacsony intellektust;

¹⁵ Ezen kívül, a hipotalamusz olyan integráló szerepet is betölt a szervezet működésében, amely a vegetatív, szomatikus és hormonális funkciókat is érinti, és részt vesz az alvás és ébrenlét szabályozásában is, hogy csak a témánk szempontjából egyik legrelevánsabb működését emeljük ki.

¹⁶ A veleszületett LHH-válaszkészségre a későbbi distresszélmények is hatással vannak, így szerepel a poszttraumatikus rizikófaktorok között is, ezzel még bonyolultabbá téve a képet.

¹⁷ A szerotoninrendszer az egyik legkiterjedtebb hormonrendszer, befolyásolja az alvás mintázatát, az arousalt és a hangulatot is, csökkenti a dopamin aktivitást, és szerepet játszik a PTSD kialakulásában is. Az agyra kifejtett hatása jelentős, éppúgy behálózza a limbikus rendszert, mint az agykérget, a homloklebensnyet, a hippocampust, hipotalamuszt, agyalapi mirigyét.

¹⁸ Berger és mtsai (2012) szerint a sürgősségi ellátást végző személyeknél a PTSD prevalenciája az alábbiak szerint változik: Európában: 7,4%; Észak-Amerikában: 11,8%; Ázsiában: 17,9%; Óceánia területén: 5,7%; Dél-Afrikában: 6,7%; Afrikában: 6%. Egészséges populációt nézve a várható prevalencia az Egyesült államokban 7,8% (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes és Nelson, 1995) míg Németországban fiatal felnőttek esetében 2,05%, serdülőknél és fiatal felnőtteknél 1,3% (Perkonig és mtsai, 2000).

- az adott környezetben megélt kisebbségi helyzetet;
- a családban előforduló pszichiátriai betegségeket, vagy korábbi pszichés betegségtörténetet (szorongásos vagy depresszív zavarok előfordulása a leggyakoribb);
- a hátrányos családi helyzetet (szülő halála, válás, diszfunkcionális családszerkezet, vagy gazdasági kiszolgáltatottság);
- korábbi traumatikus élmények jelenlétét;
- a nemi hovatarozást¹⁹;
- és az életkort (kora gyermekkor, serdülőkor és időskor jelent kiemelt rizikót).

Pretraumatikus személyiségtényezőkről a vizsgálatok alapján jelenleg nem tudunk egyértelműen állást foglalni, bár a magas neuroticizmus, önkritikusság²⁰ (Cox, MacPherson, Enns és McWilliams, 2004), extravertió, hosztilitás értékek, illetve alacsony én-hatékonyság (Heinrichs és mtsai, 2005) érzékenyítő tényezők lehetnek traumatikus események átélésekor (Maercker és Karl, 2005).

Maercker és Karl (2005) még egy jelentős befolyással bíró hatást említ, ez pedig a történelmi kontextus szerepe, amely a traumának való kitettség lehetőségét, illetve a traumatikus esemény intenzitását határozhatja meg, mint például háborúk meg- és átélése (világháborúk, vietnámi vagy délszláv háborúk stb.).

A pretraumatikus rizikótényezők áttekintését lezárva, felsorolunk néhány fontos pretraumatikus védőfaktort, mint a testi-lelki egészség, nagy stressztűrő képesség, adekvát kontrollérzet és énhatékonyság, családi stabilitás és biztos kötődés. A koherenciérzés szintén jelentős pretraumatikus protektív tényező.

2.5.2. Peritraumatikus rizikófaktorok

A peritraumatikus tényezőket a trauma időpontjában jelenlevő és szerepet játszó hatások jelentik. Ide tartoznak a biológiai stressz-szabályozó folyamatok, melyek aktiválják az autonóm idegrendszert, lehetővé téve azokat a szimpatikus reakciókat, melyek által a harcolj vagy menekülj stratégia megvalósulhat. Mobilizálják a szervezetet, felkészítik az izmokat a nagyobb igénybevételre, fokozzák a vérkeringést, légzést, elindítják a szükséges hormonális változásokat (az adrenalin, noradrenalin és a kortizol szerepe kitüntetett). A traumatikus esemény alatt a szervezet védelméhez szükséges a katekolaminok illetve glükokortikoidok jelenléte, de ha akár

¹⁹ A nők érzékenyebbek a poszttraumás stressz kapcsán, mint a férfiak, de ennek oka éppúgy lehet biológiai, szociális, kulturális, illetve fakadhat a traumatizáló tényezőből is (gyakran a lánygyermek, fiatal nők esnek szexuális bántalmazások áldozatául, különösen olyan országokban, ahol a nők szociálisan kiszolgáltatottabbak, kevesebb erőforrással rendelkeznek, nincs lehetőségük képezniük magukat, így halmozottan fordul elő esetükben több rizikót növelő tényező). Az is elképzelhető, hogy a nemi hovatarozás csak egy közvetítő változó a soktényezős folyamatban, amely végül nagyobb prevalenciához vezet.

²⁰ Stabil személyiségvonásként kezelik, melyre az értéktelenség érzése, büntudat és az elvárásoknak való megfelelés sikertelensége jellemző.

a traumatikus esemény ismétlődő volta, akár más (pl. korábbi pszichés zavarok) miatt jelenlétük érzékenyíti a személyt vagy a hormonszabályozás zavart szenved, akkor a PTSD kialakulásának valószínűsége megnövekszik.

A trauma intenzitása, minősége is hatással van a megjelenő tünetekre, minél súlyosabb, szélsőségesebb vagy hosszabban fennálló a trauma, annál nagyobb zavart okoz a pszichés működésben.

A kezdeti érzelmi reakciók (félelem, undor), disszociatív reakciók, az észlelt kontroll vagy kontrollvesztés, önfeladás identitást megváltoztató élménye („tárggyá váltam”, „az az ember, aki voltam, már nem létezik”) szintén hatnak a megjelenő tünetekre²¹.

2.5.3. Poszttraumatikus rizikófaktorok

Poszttraumatikus tényezők közé tartoznak a trauma következtében létrejövő biológiai változások. A neuroendokrin változások közül a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely megváltozott működését kell újra kiemelni, amely a distresszélményekre adott fokozott reaktivitásért felelős. Ezenkívül ide tartoznak a már említett katekolamin és szerotoninerg rendszerben a traumára adott reakcióként bekövetkező, és az eddig még nem tárgyalt endogén opiátok működét is érintő változások. Azonos agyterületet érint mind a stresszre adott szorongásos, mind a fájdalommal kapcsolatos válasz, illetve az alkohol és droghasználat is. Az addikció és a stresszreakció endogén opiátrendszerének azonossága magyarázza a két zavar együttjárásának erősségét, és ez a kapcsolat úgy tűnik, hogy nők esetében még kifejezettebb (Maercker és Karl, 2005; Ursano és mtsai, 2009)

Az EEG-vel mérhető potenciálváltozások közül a P300 megjelenésének eltérését kell megemlítenünk. Ez a potenciálváltozás a hiperarousal kialakulását demonstrálja. A PTSD-t megélt személy egyrészt elveszíti azt a képességét, hogy a releváns és irreleváns ingereket egymástól meg tudja különböztetni, így intenzíven reagál a semleges jelzésekre is, másrészt pedig csökkent/átalakult információfeldolgozási erőforrásokkal rendelkezik.

A hippocampus működése, ahogy már korábban említettük, az érzelmi emlékek kapcsán jelentős, és mivel emellett egyaránt feldolgozza a szenzoros és motoros információkat, így az explicit memória működésében is döntő szerepet játszik. Az, hogy alapállapotban az események és érzéletek összekapcsolódhatnak, valószínűleg a hippocampus hozzájárulásával történik, így sérülése az új emlékek kialakítására is hatással van. A hippocampus-szal szoros összeköttetésben álló amygdala a külső történések érzelmi jelentésének felismerésében fontos, így sérülése csökkenti vagy megakadályozza az érzelmek és fiziológiai reakciók összekapcsolódását, mely szintén releváns változásokat okoz a PTSD tünetei kapcsán.

²¹ Ennek köszönhető, hogy például a traumatikus események kapcsán az előzetes felkészülés, az észlelt kontroll megtartása védőfaktor lehet katonák, rendőrök, tűzoltók, mentősök kiképzése és munkavégzése során.

Végül, de nem utolsó sorban a traumát elszenvedő személyek esetében csökkent aktivitást észleltek a Broca-mezőben, amely valószínűleg az emléketörések kapcsán a verbális emléknymok háttérbe szorulásáért felelős, és ennek köszönhető, hogy a visszatérő élmények inkább vizuálisak.

A pszichológiai következmények közül a félelem kondicionálásában bekövetkező változások jelentenek rizikót. Foa és Kozak (1986, id. Maercker és Karl, 2005) leírták a félelem struktúrájában bekövetkező változásokat, amelyek az autobiografikus emlékek kialakulásában játszanak szerepet. A poszttraumás félelemstruktúra úgy jön létre, hogy az érzelmileg extrém és jelentős inger számos kognitív elemmel és fiziológiai reakcióval egyidejűleg kap megerősítést, amely az emlékezeti folyamatok tartós aktivitásával jön létre. Ha a kulcsingerek újra aktiválják a még teljesen meg nem szilárdult félelemhez kapcsolódó emlékeket, akkor a különféle modalitások közti kapcsolat egyre erősebbé válik, minél több elem érintett vagy minél gyakrabban, intenzívebben történik a megerősítés, annál intenzívebb lesz a poszttraumás tünetek megjelenése. Foa és Kozak (1986, id. Maercker és Karl, 2005) elmélete szerint ez a félelememlékekhez kapcsolódó strukturális változás természetesen és normálisan végbemegy traumatikus események megélése kapcsán – ez eddig tekinthető akut stresszreakciónak – és ideális esetben spontán rendeződik a trauma utáni néhány hétben, melynek elmaradása esetén beszélhetünk a poszttraumás stressz jelenlétéről. Ez az elmélet a trauma jellemzőit, egyéni különbségeit is integrálni tudja és megmutatja, hogy az érzelmi és kognitív folyamatok működése idegrendszeri folyamatok által valósul meg. Az intenzitás, illetve a korábbi pszichofiziológiai reaktibilitás pozitív és negatív módosító hatását is kiemeli. Ezenkívül megmutatja, hogy a terápiás folyamatnak is egyszerre kell figyelembe vennie a traumára vonatkozó kognitív, érzelmi és fiziológiai információkat, illetve azok egymásra hatását. Végül ez az elmélet arra is rámutat, hogy az akut stresszreakciót követő krízisintervenciók (ld. később: CISM) az érzelemszabályozás minden szintjén érvényesülni tudnak, és az érzelmi és/vagy kognitív feldolgozás kölcsönös hatással van nem csak egymásra, hanem a fiziológiai stresszreakció lecsengésére, szabályozására is.

Amit nem magyaráz meg ez a modell, az az élmények fragmentáltsága és a trauma állandó jelenidejűsége. Brewin (2001, id. Maercker és Karl, 2005) a trauma kettős reprezentációjának elméletével azt mondja, hogy a verbálisan (az érzések és testi reakciók értelmezése) és szituációhoz kötöten hozzáférhető emlékek (szenzoros benyomások, érzések) között különbséget kell tennünk. Ez utóbbiak nem tudatosak, akaratlagosan nem előhívhatóak, ugyanakkor mégis ez dominálja a traumára való emlékezés módját (ld. az említett Broca-mező aktivitáscsökkenése). A két reprezentációs rendszer összehangolása fontos a terápiás folyamatokban. Ehlers és Clark (2000) a PTSD kognitív modelljét dolgozták ki, amely a tünetek megjelenését, fennmaradását viszonylag egységes keretbe helyezte. Elméletük szerint a poszttraumás kognitív változások, mint a gondolatok elnyomása vagy a sérülésnek tulajdonított jelentés és meggyőződés, megjelennek a PTSD-ben szenvedő személyek többségénél.

Még néhány fontos szempontot emelnénk ki a poszttraumás hatások fennmaradásában. A nem megfelelő, elégtelen megküzdési stratégiák (elsősorban a ruminatív-megküzdési módok illetve az érzelemfókuszú megküzdés ignorálása) és az akut stressz zavar kialakulása is lényeges poszttraumatikus rizikótényező. A traumának, traumás eseménnyel kapcsolatos ingereknek való ismételt kitettség, az arra való emlékeztetés, a trauma kapcsán kialakult járulékos veszteségek (funkcióvesztés, személy-, tárgyak-, lakás-, munkahely-, anyagi biztonság elvesztése) is mind fenntarthatják a trauma hatásait.

2.6. A társas támogatás és a trauma

Az észlelt társas támogatás PTSD-vel való kapcsolata rendkívül szoros, és hangsúlyos. Ez a legerősebb interperszonális tényező, amely hatással van a jelenségre, lényeges eleme a büntudat enyhítésének, a reális emlékek kialakításának, az izolálódás-veszély elkerülésének. Ugyanakkor, pont a PTSD tünetei és a bizalom sérülése miatt nagyon nehéz elérni a társas támogatás forrásait, észlelni annak jelenlétét. A traumatikus események társadalmi megítélése sem egyértelműen pozitív, például vitatott háborús konfliktusok esetében, vagy amikor bántalmazásoknál az áldozatot hibáztatja a közvélemény, melynek következtében gyakran a stigmatizáltság, elutasítás, meg nem értés tényével is szembesül a traumát átélt egyén. Ennek kapcsán lényeges kiemelnünk, hogy a negatív társas támogatás nagyobb rizikó, mint amennyire a pozitív társas támogatás protektív faktor. Herman (2003) éppen ezért egyértelműen kiemeli, hogy a támogató közeg két legfontosabb feladatának a trauma elismerését és kimondhatóságának megvalósítását; illetve a jóvátételért végzett közös cselekvést tartja – minden esetben.

A különféle vizsgálatok és tapasztalatok egyértelműen azt mutatják, hogy azok a személyek vannak leginkább kitéve a poszttraumatikus stressz hatásainak, akiknek a társas támogatási rendszere minőségileg szegényebb, vagy bármilyen ok miatt kötődési problémákkal küzdenek. Mivel a trauma a bizalom és biztonság élményét törli meg a személy életében, így ez az érzés jelentős akadályát képezi a korábban még jól működő családi vagy baráti kapcsolatrendszerek esetén is a társas támogatás elfogadásának. A traumában, általánosan, az emberekre nézve sérül az ősbizalom, és ezért a segítséget nyújtó társba vetett hit is megkérdőjeleződik. Az intim kapcsolatok sérülnek, ezáltal az izoláció esélye rendkívül nagy. Emellett a traumát átélő nagyon gyakran a „végletek csapdájában vergődik: vagy amnéziában szenved, vagy állandóan újraéli a traumát... , vagy impulzív, vagy teljes egészében legátlódik” (Herman 2003, 66.), ezért a környezet felé kommunikált ellentétes érzései (elfelejteni a traumát és visszatérni a normális élethez, illetve impulzivitás és dühkitörések kettőssége) a közelálló személyekben is bizalmatlanságot ébreszthetnek, amelyek eredményeként a traumát szenvedett személy könnyen magára maradhat, mert a körülötte élők nem tudják megfelelően kezelni, amit tapasztalnak.

A normál fejlődési krízisek által felvetett kérdésekre, ahogy említettük, újra válaszokat és megoldásokat kell találnia a traumát átélt egyénnek, hogy a poszttra-

umás stressz hatásai helyreállíthatóak legyenek. Az önkontroll, a düh és agresszió kezelése, az autonómia és az intimitás kérdéskörének megválaszolása, a bizalom mellett, talán a legnagyobb kihívások a társas támogatás kapcsán. A támogató személynek is meg kell találnia az egyensúlyt abban, hogy mely pontokon érdemes toleránsnak és türelmesnek lennie, és melyek azok a pontok, ahol hosszú távon pont a toleráns viselkedés növelheti a személy szégyénérzetét.

3. PTSD

Az eddig áttekintett tényezők hozzájárulnak létre az érzelmszabályozás diszfunkcionális módját mind kognitív, mind fiziológiai, viselkedéses és emocionális szinten. Jelenlegi tudásunk nem magyarázza meg, hogy ez oka, vagy következménye a poszttraumás stressz zavarrá válásának. A trauma átélésekor jelenlévő emóciók intenzitása lényeges eleme annak a folyamatnak, amely a traumatikus élmények mély idegrendszeri bevéődését okozza, és ezáltal az agy nem képes a traumát „elfelejteni”, illetve az ingerek kioltását segítő folyamatok nem tudnak megvalósulni. A félelem érzésével összekapcsolódó tanulás jelentősége evolúciós fejlődésünk során szó szerint életbevágó volt, azonban patológiás esetben szorongást, depressziót, PTSD tüneteket hoz létre.

A DSM-IV-és IV-R (2000) a poszttraumás stressz zavart a szorongásos zavarok csoportjába sorolta, melynek oka részben a distresszt jelentő események etiológiai szerepe, részben a klinikai képben megjelenő elkerülő viselkedés és hiperarousal tünetek. Az elkerülő viselkedést és magas arousalt, mint distresszre adott reakciót értelmezték (Maercker és Karl, 2005).

A poszttraumás stressz zavart a DSM-5 (2013) a traumás és stresszrel kapcsolatos zavarok újonnan bevezetett fejezetébe sorolja²², és a PTSD diagnózisa abban

²² A DSM-5 (2013) lényeges változtatásait itt ismertetjük a DSM-IV-R (2000) manuálhoz képest: A DSM-5 (2013) igyekszik világosabban meghatározni a kiváltó eseményeket, illetve a szexuális erőszak konkrétan is bekerült a definícióba. Az új diagnosztikus rendszer figyelembe veszi azokat a magas kockázattal járó foglalkozásokat is, ahol a személyek többször és ismételt tapasztalják mások traumatikus életeseményeit, mint például a katasztrófa elhárítás szakemberei, akik halottak után kutatnak, emberi maradványokat keresnek, vagy azok a rendőrök, akik ismételt szembesülnek a gyermekbántalmazás következményeivel, és természetesen még lehet folytatni a felsorolást a kiemelt példákon túl is.

A traumára adott szubjektív reakciók a PTSD diagnosztizálásban nem játszanak többé szerepet, és a korábbi három fő tünetcsoport (újraélés (B), elkerülés/bénultság (C), készenlét (D)) helyett négy tünetcsoport kerül felsorolásra. Az elkerülés/bénultság tünetei kerültek szétválasztásra, így az elkerülés (C) és a kognitív funkciókban illetve hangulatban bekövetkező tartós változások (D) kategóriái külön szerepelnek a kitériumrendszerben. A tartós negatív érzelmi állapot fogalmának kihangsúlyozása ebben a formában szintén konceptuális újítás. A fokozott készenlét (E) kapcsán a korábbi tüneteken kívül a vakmerő, gondatlan és öndesztuktív viselkedés is felsorolásra került; illetve az irritabilitás és dühkitörés helyett az irritabilitás és agresszív viselkedés formái kerültek részletezésre (mely viselkedés leginkább a „küzdj-fight” stresszreakciónak felel meg, a DSM-IV-R inkább a menekülj azaz a flight reakcióra koncentrált a korábbi meghatározásban). Hat évnél fiatalabb gyermekek esetén a PTSD diagnózisának felállítását külön kitériumrendszer segíti. Végül az utolsó lényeges változás, hogy a disszociációval (depersonalizáció és/vagy derealizáció tüneteinek észlelése esetén) járó altípust külön jelölni kell.

A DSM-5 (2013) viszonylagos frissessége miatt a PTSD diagnosztikus kitériumait ismertetjük ebben az alfejezetben.

az esetben állítható fel, ha (A) a személy halál vagy halállal fenyegető eseményt él meg, súlyos sérülésnek vagy szexuális erőszaknak van kitéve. Az életet veszélyeztető vagy súlyosnak ítélt betegség nem feltétlenül minősül traumatikus tényezőnek, bár egyéni reaktibilitási különbségnek hagy lehetőséget a manuál. Traumatikus eseményként a hirtelen bekövetkező, katasztrófális események, mint műtét alatti ébredés, vagy anafilaktikus sokk definiálható. (1) Az élmény lehet személyes, direkt tapasztalaton alapuló vagy a (2) személy lehet az esemény tanúja is. (3) Ha a személy közeli barátjával vagy hozzátartozójával történt a traumatikus esemény, akkor lényeges kitétel az esemény erőszakos, vagy akcidentális volta. (4) Extrém vagy iszonyatos részletekkel terhelt traumatikus események ismételt tapasztalata is vezethet PTSD megjelenéséhez, például katasztrófaelhárítók, rendőrök esetében. Média, televízió, fényképek általi tapasztalás csak akkor vehető figyelembe, ha ez munkához kapcsolódóan történik, ahogy azt a (4) pont is jelzi.

(B) Az alábbi tünetek közül egy vagy több betolakodó tünet is fennáll legalább egy hónapig, amely a traumához kapcsolható és annak bekövetkezése után jelentkezik: (1) a traumához kapcsolódó visszatérő, kényszerű és betolakodó emlékek, melyek distresszel járnak; (2) visszatérő, szenvedést okozó álmok, melyek tartalma, és/vagy érzelmei a traumához kapcsolódnak; (3) disszociatív reakciók, mint flashback élmények, melyek kapcsán a személy úgy érzi, vagy reagál, mintha a traumatikus esemény visszatért volna; (4) intenzív vagy hosszan tartó szenvedés, amely olyan külső vagy belső ingerekből fakad, amely a traumatikus eseményt, annak egy aspektusát szimbolizálják, vagy arra emlékeztetnek; (5) észrevehető fiziológiai reakciók, melyek a traumatikus eseményre vagy annak részletére emlékeztető vagy azt szimbolizáló külső vagy belső ingerekre jelennek meg.

(C) A traumával összefüggő ingerek tartós kerülése, amelyből legalább egy vagy mindkettő fennáll a trauma bekövetkezése után legalább egy hónapig: (1) elkerülés vagy elkerülésre tett törekvés a szenvedést okozó emlékek, gondolatok vagy érzések, mint belső emlékeztetők kapcsán, amelyek a traumával kapcsolatban vannak; (2) elkerülés vagy elkerülésre tett törekvés az olyan traumával kapcsolatos külső emlékeztetők kapcsán, mint az emberek, helyek, beszélgetések, aktivitások, tárgyak, helyzetek, amelyek kiválthatják a szenvedést okozó emlékek, gondolatok, érzések megjelenését.

(D) A kognitív funkciókban és a hangulatban tartós változások következnek be az eddig felsoroltak mellett. A személynek legalább két tünetet kell egy hónapig az alábbiak közül megtapasztalnia a traumatikus események kapcsán (vagy a trauma után ezek a tünetek rosszabbodnak): (1) a traumával kapcsolatos fontos részletekre való visszaemlékezés képtelensége, amely elsősorban a disszociatív amnézia miatt alakul ki, és nem pedig fejsérülés, drog vagy alkohol hatásának következménye; (2) állandó és túlzó negatív hiedelmek és elvárások önmagával, a másikkal és a világgal kapcsolatban – negatív énkép; (3) állandó és torz kogníciók a traumatikus esemény okai és következményei kapcsán, amelyek mások vagy saját maga hibáztatásához vezetnek; (4) állandósult/folyamatos negatív emocionális állapot; (5) észrevehetően csökkent érdeklődés vagy részvétel a személy számára szignifikáns

tevékenységekben; (6) másoktól való eltávolodás vagy elidegenedés érzése; (7) pozitív érzelmi állapotok (boldogság, elégedettség stb.) átélésének és megtapasztalásának tartós képtelensége.

(E) A készenlét és reaktivitás észrevehető változása a traumatikus események miatt. A személynek legalább két tünetet kell egy hónapig az alábbiak közül megtapasztalnia a traumatikus események kapcsán (vagy a trauma után ezek a tünetek rosszabbodnak): (1) ingerlékeny viselkedés, dühkitörés (provokáció nélkül, vagy csekély provokációval), melyek verbális vagy fizikai agresszióban nyilvánulnak meg emberek vagy tárgyak felé; (2) vakmerő, gondatlan vagy öndesztuktív viselkedés; (3) hipervigilancia; (4) túlzott ijedősség; (5) koncentrációs probléma; (6) alvászavar.

(G) A felsorolt tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy szociális, munkahelyi vagy más fontos területet érintő funkcióromlást okoznak.

(H) A zavar nem tulajdonítható más, pl.: gyógyszer, alkohol, vagy egészségi állapot közvetlen fiziológiai hatásának.

A traumatikus események megtapasztalása több terület működését változtatja meg:

- érzelemszabályozását (pl. robbanékonyság vagy lehangoltság),
- a tudat működését (disszociációs élmények, emlékezetvesztés vagy hiperamnézia),
- az önészlelését (szégyen, bűntudat, önvád, tehetetlenség, magányosság, megváltozott identitás),
- az elkövető észlelését (bosszúvágy, irreális hatalomtulajdonítás, paradox érzések),
- az emberi kapcsolatokat (elszigetelődés, bizalmatlanság),
- és a jelentésrendszerek módosulását (reménytelenség, kétségbeesés).

4. Trauma és gyász

A poszttraumás stressz alakulásának komplexitásába nyerhettünk az eddigiekben betekintést. Utolsó szempontként, a kezelési lehetőségek vázolása előtt, a traumatikus eseményre adott reakciók mindhárom szintjét érintő veszteségfeldolgozás, gyász szerepét emelnék még ki.

A traumatikus történések, az életút során bekövetkező krízisek és különféle események kapcsán bekövetkező veszteségek feldolgozása szoros összefüggésben van egymással. Traumatikus veszteségnek – és ezáltal a trauma és veszteségfeldolgozás egyértelműen közös metszetének – tekintjük az olyan példákat, mint amikor öngyilkosság, gyilkosság, természeti katasztrófa következtében, más erőszakos történet miatt veszíti el valaki hozzátartozóját, esetlegesen tanúja is a bekövetkező halálesetnek. A felsoroltak egyértelműen traumatikus veszteségek, melyek gyászhoz és krízishez vezetnek.

Azonban, ahogy a traumatikus és poszttraumás stressz hatásainak pszichés zavarrá alakulása, úgy a szövődményes vagy krónikus gyász megjelenése sem elsősorban vagy kizárólag a veszteség természetétől illetve tartalmától függ, hanem ehhez számos tényező összjátéka szükséges. A korábbi hatékony sémák elvesztésével az életünk ismert és értelmesnek tartott mozzanatai is semmissé válnak, és ez gátolja a megértést. A bekövetkezett veszteségek azonban egyedi tapasztalatot és jelentést hordoznak minden személy számára, így az újonnan kialakult helyzethez való adaptációs lehetőségek is egyediek.

Fenomenológiailag megkülönböztethető a normál (trauma nélküli veszteség) és traumatikus veszteség, illetve a szövődményes²³ és/vagy traumatikus gyász²⁴ (trauma átélése és elsősorban halálesetből fakadó gyászfolyamat együttese), illetve a PTSD jelensége.

4.1. A normál gyász

A gyász folyamata lecsupaszítva tulajdonképpen egy olyan mentális erőfeszítés, melynek célja az elvesztett tárgyról való megemlékezés képességének kialakítása lépésről lépésre. A veszteség az egyénben is visszafordíthatatlanul tükröződik, melyhez alkalmazkodnia kell. A bekövetkező változás és hiány tudatosításával létrejön a múlttal való megbékélés, mely utat nyit és megélhetővé, értékelhetővé, értelmessé teszi a jövőt. Így tulajdonképpen a gyázmunka lezárásával képessé válnunk önmagunk visszanyerésére, olyan módon, amelyben az emlékezés és a veszteség értelmet nyer, és előre vivő tényezővé válik. Ez a normális gyász folyamata annak minden fájdalomával, nehézségével együtt.

4.2. A traumatikus veszteség, traumatikus gyász és PTSD

Lifton (1995, id. Herman, 2003) katasztrófák túlélőit megfigyelve, szintén arra a következtetésre jutott, hogy a trauma, mely az átélő személyes világát lerombolja, elindítja a halál, veszteség megértésének igényét, melyben nem csak a veszteséggel, hanem többek között a trauma okozta integritásvesztéssel, az önnön halandóság tényével, az ebből fakadó félelmekkel, az önhibáztatás kérdésének tisztázásával is szembesül (v.ö. 3.4.1.), és melynek megvalósítása nélkül az élet nem folytatható. A veszteség feldolgozásának folyamata akkor zárul le, ha a világ újrakonstruálhatóvá válik, a megélt csapás értelmet nyer az egyén életében, és a halál illetve veszteség-élmény valamilyen módon jelentést kap és beépül a személyiségfejlődésbe.

Neria és Litz (2003) szerint a veszteség traumatikus voltát nem tudjuk általános feltételekhez kötni. Traumatikus veszteségek többnyire erőszakos vagy előre

²³ A normál veszteséget megélik kb. 5-15%-ában jelenik meg szövődményes gyász (Rosner és Wagner, 2011).

²⁴ Traumatikus gyász eseteinek kb. 15%-ában jelennek meg a PTSD és a szövődményes gyász tünetei is, melyek a gyázmunka elakadásához vezetnek (Rosner és Wagner, 2011).

nem látható, váratlan események következtében fordulnak elő, és a legfőbb elakadási pontot az érzelmek elnyomása jelenti a feldolgozás folyamatában. A másik végpont: az elárasztó és kontrollálhatatlan érzelmek is problémaforrások. Az eseményekhez kapcsolható, kognitív információktól leválasztott érzelmek növelik mind a poszttraumás stressz megjelenésének, mind a gyászfolyamat elakadásának valószínűségét. Vizsgálati eredmények szerint a traumatikus veszteségek kapcsán súlyosabb intruzív tünetek és súlyosabb funkcionális károsodás figyelhető meg, mint „csak” trauma előfordulásakor (pl. bántalmazás).

A PTSD tünetek megjelenésének valószínűsége traumatikus veszteségek esetén elsősorban a trauma erőszakosságához, durvaságához és korábbi traumás események átéléséhez, mint rizikófaktorokhoz köthetőek. Ugyanakkor a traumatikus veszteségek és a traumatikus élmények kapcsán is, az adott eseménynek tulajdonított jelentőség egyéni mintázata befolyásolja erőteljesen a megélt stresszreakció minőségét és hatását.

A traumatikus gyász két markáns jellemzője a szeparációs distressz, amely a kötődési személy elvesztéséből fakad, és a traumás distressz, amely a helyzethez való alkalmazkodás megterheléseiből és a veszteség erőszakos, akcidentális voltából fakad. A poszttraumatikus megterhelések és a gyász interferálnak egymással, amely további nehézségek forrását képezi²⁵.

4.3. A szövődményes gyász és poszttraumás stressz

A gyásznak nincs normál forгатókönyve, egyénileg más és más, hiszen számtalan tényező hatással van rá. A gyász megjelenését befolyásolja például a betegség lefolyása, a haláleset váratlansága, a kapcsolat minősége és jellege, a gyászoló és az elhunyt életkora, a gyászoló személyisége, a korábbi tapasztalatok, a szociális és egyéb támogatási lehetőségek.

A patológiás vagy szövődményes gyászt is alapvetően a fent leírt tényezők alakítják. Ha egy veszteség váratlan, a korábbi veszteségélmények feldolgozatlanok, a gyással egy időben jelentős megterhelés nehezedik a gyászolóra (fizikai, lelki, egzisztenciális), korábbi pszichiátriai betegségek előfordultak a veszteséget megelőző személy életében, akkor ezek mind rizikótényezők a gyázmunkával kapcsolatban (Pilling, 2010). A szövődményes gyász és a poszttraumatikus stressz által kiváltott tünetek számos ponton mutatnak átfedést, mint például az emlékbetörések (flashback) megjelenése; deperszonalizáció, derealizáció élménye; a veszteséggel összefüggő ingerek elkerülése; önhibáztatás; tehetetlenség érzése; negatív emocionális állapot dominanciája; érzelmi gátoltság; vagy heves, inadekvát érzelmi reakciók, mint dühkitörés; a veszteség elfogadásának nehézsége; a társadalomba való

²⁵ Traumás veszteségeknél gyakori, hogy az elhunyt személyt nem lehet eltemetni, mert a maradványokat nem lehet megtalálni. Ilyenkor a megküzdést és bizonyosságot segítő rítusok hiánya miatt, illetve az elképzelt, fantáziában megjelenő lehetőségek miatt még nehezebb lezárni a gyázmunkát.

visszailleszkedés problémája. Ugyanakkor a szövődményes gyász esetében inkább a sokkélmény, a jövő jelentéktelenségének érzése és a világkép széttöredezettsége a jellemző.

Összességében a poszttraumás stressz és a gyász munka interferenciái a poszttraumás stressz kezelésének második szakaszában feloldódnak és a helyükre kerülnek. Bármilyen terápiás folyamatban is vesz részt az egyén, mind a trauma, mind a gyász kérdésköre releváns, és ezért a kezelés menetében, bár eltérő és egyéni hangsúllyal, de mindkettő szerepet játszik.

5. A PTSD kezelése

A trauma, a fiziológiai szinttől kezdve az érzelmfeldolgozási folyamatokon át, a viselkedésen keresztül, az élet minden területére hatással van. Ahogy az eddigi információkból láthattuk, a személy számos területen megváltozott reakciómóddal él tovább, ezért szükséges, hogy a kezelés is ehhez alkalmazkodóan átfogó és mégis egyéni legyen. Az eddig áttekintett szempontok a poszttraumás stresszhez kapcsolódó szubjektív viszony feltérképezését hivatottak segíteni, melyben az egyén szerepe, kontrolltörekvései, negatív sémái, felelősség- és kapcsolati rendszerből fakadó személyes története érthetővé válik, és ezáltal nem csak oka, hanem célja is lesz az élettörténetében.

Herman (2003) modelljét mint vezérfonalat követve tekintjük át a trauma kezelésének folyamatát. A trauma feldolgozásában az első feladat a biztonság megteremtése²⁶; majd a történetek rekonstrukciója, mely elsősorban az emlékezéstről és a gyászról szól; és végül a kapcsolatok helyreállítása történik meg, amely a mindennapi élet ritmusának újrafelvételével zárul le. Az egyén a trauma értelmének megtalálásával, integrálni tudja tapasztalatait, egyrészt a személyiségébe, másrészt a világgal kapcsolatban helyreállt tapasztalataiba.

Mindaz, ami a terápiában történik, tulajdonképpen a trauma által széttöredett részletek integrációját célozza, a disszociáció biztonságos környezetben történő egységesítését. Ha az ember kimondhatatlannak érzi a traumát és annak súlyát, akkor a megküzdési próbálkozások a nem verbális csatornákon próbálnak utat találni maguknak. A verbalizálható élmények már feldolgozhatóak, kontextusba és időbe helyezhetőek, el lehet kezdeni keresni azt a folyamatot, ahogy a trauma az identitásba beilleszhetővé válik.

A megélt tapasztalatok kontextusba helyezése, verbalizálása – a Brewin (2001, id. Maercker és Karl, 2005) szerinti kettős reprezentáció feloldása –, a trauma elismerése tehát csökkenti a traumás stressz okozta nyomást, fontos tényezője mind a krízisintervenciónak, mind a poszttraumás tünetek kezelésének. Ez a biztonság megteremtésének lényeges lépése.

²⁶ Más megközelítések a biztonság megteremtését és a bizalom helyreállítását külön kezelik (Eckardt, 2005).

A test feletti kontroll visszaállítása (hiperarousal, alvás stb.) éppen olyan fontos, mint az érzelmi, lelki kontrollé. Az ellentmondásos érzések és viselkedés feloldása a tények kimondásával és elismerésével kezdődik, és lépésenként építi fel az önkontroll és autonómia érzetét. Az alapvető biztonságérzet megteremtése nélkül, a feltáró célú terápiás ülések növelik a poszttraumás stressz tüneteit.

A történetek rekonstrukciója minél több modalitás²⁷ mentén tud megtörténni, annál nagyobb eséllyel tudjuk a disszociáció okozta hatásokat leküzdeni. A kétely érzése és a bizonytalanság elviselésének érzése kulcsfontosságú ebben a szakaszban. Érdemes elkerülni azt az irreális elvárást, hogy a traumát száműzzük, elfelejtsük a terápia folyamatában. A cél nem a megterhelő esemény izolálása, tudatból való ki-söpörése, hanem éppen ellenkezőleg, az élettörténetbe való integrálása. Ez az egyik kulcsmomentuma az alább említett tanúságtétel terápiáknak is. A traumás veszteségek szintén akkor gyászolhatóak el, ha a trauma már nem láthatatlan, elkerülendő árnyként, tabuként vagy fenyegetésként van jelen a személy életében. A veszteségek gyásza akkor valósulhat meg, ha az eddig ismertetett folyamatok valamely terápiás módszer segítségével egységessé válnak, és ezáltal a trauma élményével szembe lehet nézni. A gyász fájdalom rendkívül megterhelő, ám elengedhetetlenül szükséges érzés. A tehetetlenség és/vagy düh érzését az igazságérzet reális módjainak megtalálási törekvése, vagy a megbocsátás illetve az esetleges felelősség megélése váltja fel az elvégzett gyászmunka által. Ennek a szakasznak a végén általában helyreáll a személy időérzékelése is, kikerül a trauma időtlenségéből. Azonban a trauma feldolgozása sosem teljes, pont az életút normális folyamába való visszakapcsolódás miatt. A minőségi változás azonban azon a ponton ragadható meg, hogy a személy életének középpontjában már nem a trauma áll, és a felmerülő kérdésekkel kapcsolatban megvan a tapasztalata arról, hogy meg tudja oldani, kezelni tudja őket, így a kíséző reakciók sem borítják már fel alapjaiban az életének ritmusát.

²⁷ Blaney (2009) tűzoltók kritikus esemény stresszkezelése kapcsán leírja, hogy a történetek azonnali rekonstrukciójának milyen pozitív hatásai vannak a PTSD megelőzése kapcsán. A tűzoltók olyan magas rizikójú csoportot alkotnak, akik átlagon felül vannak kitéve a traumatikus tapasztalatok hatásainak. A bajtársiasság erős köteléke segíti a társas támogatás megvalósulását, míg az erős maszkulin értékek képviselője vagy a hierarchia gátolják azt. Ugyanakkor, főleg a halálos kimenetelű eseményeknél, sikertelen mentéseknél az önhibáztatás miatt nagy a poszttraumás stressz megjelenésének az esélye. A stressz tüneteit csírájában el tudja fojtani a bajtársak és a felettesek visszajelzése az események részletes átbeszélése révén, amelyben a rekonstrukció célja annak a közös konszenzusnak a hiteles kialakítása, hogy az érintett személy mindent megtett, ami emberileg lehetséges volt a katasztrófa elkerülése érdekében. Azonban az érzések és események ilyen céllal való direkt kiemlése nem lehetséges, hiszen ebben a közegben az ellentmondana a férfiaság, az erő és az önbizalom nyílt és rejtett értékeinek. Azonban a technikai részletekről való diskurzus észrevétlenül utat nyit a személyes megjegyzéseknek, kérdéseknek, melyek az érzésekhez vezetnek. Ezen indirekt mód azért is rendkívül eredményes, mert a konkrét eseményeken kívül a különféle modalitásokból származó ingereket is számításba veszi, hiszen a döntések meghozatalában a hőérzet, füst érzete, a látvány, szagok, hangok egyaránt szerepet játszanak. Ezáltal a bizalom és biztonság helyreállítása és a történetek rekonstrukciója a traumás esemény után rövid idővel, az akut stresszreakció szakaszában, többnyire hitelesen meg tud valósulni, csökkentve a PTSD megjelenésének lehetőségét. Ehhez a hitelességhez hozzátartozik a felelősségvállalás igénye, azaz, ha valóban hibát követett el valaki, annak visszajelzése és vállalása nem csak az adott egyénnek, de az együtt dolgozó csapatnak is biztonságérzetet ad.

A gyász megélése után az utolsó lényeges elem a személy önmagával való megbékélése (ez elkezdődött a felelősségvállalás és megbocsátás folyamatában, itt azonban önmagának is meg kell bocsátania), a kompetencia és teljesítmény élménye, a társas életbe való visszakapcsolódás, a jövő perspektívájának és az új sémának a kialakítása, azok alkalmazása. A társas integráció a bizalom helyreállítását jelzi az intim kapcsolatok szintjén is, melyhez az identitás újraalakítása is szükséges lépés. A trauma értelmessé tétele az életútban sokszor utat nyit a transzcendencia valamilyen formájának megélésére is.

Azt azonban szintén egyértelműen ki kell mondani, hogy a trauma nem tűnik el a személy életéből nyomtalanul és/vagy visszavonhatatlanul. A különféle életeseemények distresszt jelentő hatását senki nem tudja kiküszöbölni az élete során. A poszttraumás stressz tünetei, mivel a distresszre adott reakcióból erednek, könnyen előbukkanhatnak megterhelések idején. Ez nem a személy „készülékében lévő hiba”, hanem normális pszichofiziológiai reakció. A trauma intenzitása által kiváltott és kialakított szenzitivitás nem tűnik el nyomtalanul, sem az idegrendszerben, sem a lelki mechanizmusokban. Ennek a ténynek az említése a terápiás kapcsolatnak a része, amely segíti a személyt, hogy szervezete reakcióit megfelelően értelmezze, és ne tehetetlenséggel, félelemmel, hanem azzal a bizalommal vegye tudomásul, hogy a teste és a lelke mindent megtesz annak érdekében, hogy „vigyázzon rá”, azaz szükség esetén a menekülést, de még inkább az aktív megküzdést tudja megvalósítani. Éppen ezért az sem kudarc, ha a traumát átélőnek időről időre megerősítésre, vagy a terápiás kapcsolatra van szüksége, sőt ennek elfogadása a bizalom egyik megvalósulása.

A legfontosabb és leggyakrabban alkalmazott terápiákat az alábbiakban soroljuk fel:

1. Trauma debriefing – közvetlenül a traumás esemény utáni, azonnali beavatkozási forma, leginkább másodlagos prevencióként fogalmazható meg, amelynek célja a traumás stresszhatás enyhítése, a poszttraumás tünetek kialakulásának elkerülése.

Kritikus esemény stresszkezelés (Critical Incident Stress Management, CISM) strukturált kríziskezelési módszer, amely célirányosan foglalkozik a PTSD tüneteinek csökkentésével 2-3 nappal a trauma eseményei után, az esemény teljes rekonstrukciójára alapozva (Blaney, 2009).

2. Kognitív viselkedésterápia, az érzelmek, gondolatok, a viselkedés és a fiziológiai folyamatok kedvező irányú befolyásolására, elsősorban expozíciós technikát alkalmazva a szorongás, az elkerülő reakció megszüntetésére. Lényeges ezekben a terápiás formákban a kognitív átstrukturálás is.
3. Gyógyszeres kezelés, mellyel csökkenthetők a szorongásos tünetek, az álmatlanság.
4. Csoportterápia, melynek során a betegek más hasonló gondokkal küzdő emberekkel együtt néznek szembe a trauma által okozott nehézségekkel.
5. A pszichoedukáció, azaz a család és a barátok informálása, bevonása szintén lényeges eleme a környezettel való kapcsolatnak, a társas támogatás kialakításának.

6. Szupportív belátás-orientált terápia.
7. Pszichodinamikus trauma-terápia – a trauma intrapszichikus feldolgozása és integrációja van előtérben, majd a self-identitás újraalkotása a cél, a módszer épít a terápiás kapcsolatban létrejövő áttétel és viszontáttétel szerepére.
8. Narratív tanúságtétel terápia, narratív expozíciós terápia – segítik a koherens önéletrajzi emlékezet létrehozását, tanúságtétel (testimony)²⁸ és viselkedésterápiás eszközök segítségével.
9. EMDR – Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (Szemmozgásos Deszenzitizálás és Élmény Átstrukturálás) – amely a jobb és bal félteke működésének stimulációjával teremt kapcsolatot emlékek és információk között, segítve a trauma feldolgozását (Herman, 2003; Maercker, 2005).

6. Összegzés

Zárásként azt szeretnénk kihangsúlyozni, hogy a traumás események hatása- it alapvetően a stressz, a krízisek és a veszteségfeldolgozás elméletein keresztül tudjuk megérteni. A fejezetben áttekintett ismeretanyag a poszttraumás stressz kialakulásának biológiai, érzelmi, kognitív és viselkedéses hátterét igyekezett vázolni annak fényében, hogy minden rizikófaktor egy-egy felderítésre váró tényező a traumatikus esemény által kiváltott reakcióban. Az említett szempontok egy-egy részletét adják annak az egyéni értelmezési keretnek, amelyet a személy életútjában a traumatikus élmény betölt. A trauma szerepe, következményei eltérőek, és még genetikai érzékenység esetén sem vezetnek direkt módon a traumás distressz tartóssá válásához. Ahogy a fiziológiai folyamatok hatással vannak az érzelmekre és kognícióra, éppúgy igaz ez visszafelé is, azaz a megértés és az érzések összehangolása által még a túlérzékenyített idegrendszer is képes feldolgozni és átalakítani a negatív megterhelésekre adott reakcióit.

A tanulási folyamatok, a támogató környezet kiemelt szerepet tölt be abban, hogy a traumás stressz ne váljon poszttraumás szindróma, majd zavar forrásává. Ahogy a PTSD szempontjából kiemelt rizikót jelentő szakmáknál utaltunk is rá, az informáltság, a megfelelő kérdésekre (pl. felelősség) adott válaszok az elsődleges és másodlagos prevenció szintjén is hatékonyak; a társas támogatás már az akut stresszreakciót is jelentősen csökkenti; illetve a verbalizálás a trauma átélését követően, szintén jelentős segítség.

²⁸ A tanúságtétel a 12 lépéses programok gyakorlatából származik, amikor is a személy a vele történ- tekről létrehozza, megkonstruálja saját történetét, megfogalmazza saját identitását és a közösséghez és a közösség történetéhez való személyes kapcsolatát. A terápiában megtörténik a traumatörténet és identitás viszonyának kidolgozása és a végső tanúvallomás dokumentálása, aláírása és átadása. Ez segíti a tehetetlenség érzésének feloldását, a személy aktivitásának visszanyerését és a trauma élettörténetbe ágyazható értelmének megtalálását. Emellett a történetek ilyen módon megvalósuló autobiografikus memóriába való integrálása a disszociáció megszűnését célozza, az eseményeket újra térhez és időhöz köti, amely szintén lényeges hatásmechanizmus.

A krízisek, traumák, veszteségek megtörik a tudat folytonosságának, az önazonosságának az élményét, létrehozva a poszttraumás tüneti képet. A kezelési terv vázolásakor igyekeztünk olyan általános, összegző és az ismertett tudásanyagra épülő képet adni, amely megmutatja, hogy a megterhelő vagy túlterhelést jelentő folyamat bármely pontján van lehetőség olyan hatékony beavatkozásra és támogatásra, amely a traumatikus élmény integrálásával a fejlődés irányába segítheti az egyént.

Irodalom

- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. (2003). *Pszichológia*. Budapest: Osiris – Századvég Kiadó, 160-193.
- Barram, R. A. (1997). *Coping style and perceived social support among firefighter*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 5145.
- Berger, W., Freire Couthio, E. S., Figueira, I., Marques-Portella, C., Pires Luz, M., Neylan, T. C., Marmar, C. R., Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 47, 1001-1011.
- Blaney, L. S. (2009). Beyond 'knee jerk' reaction: CISM as a health promotion construct. *The Irish Journal of Psychology*, 30(1-4), 37-57.
- Cox, B. J., MacPherson, P. S. R., Enns, M. W., McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 105-114.
- Dass-Brailsford, P. (2007). *A Practical Approach to Trauma*. SAGE Publ. Georgetown.
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728-744.
- DSM –III (1980). Washington. APA.
- DSM-IV-R. (2001). Budapest: Animula Kiadó.
- DSM – 5 (2013). New School Library: Washington, APA.
- Eckardt, J. (2005). *Kinder und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Ehlers, A., Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Flatten, G. (2005). Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Szerk.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Stuttgart: Schattauer GmbH. 297-315.
- Freud, S. (2011). *Tanulmányok a hisztériáról*. Budapest: Anumila Kiadó.

- Hamer, D., Copeland, P. (2005). *Génjeink. Miért fontosabbak, mint hinnénk?* Budapest: Osiris Kiadó.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H., Ehlert, U. (2005). Predicting Posttraumatic Stress Symptoms From Pretraumatic Risk Factors: A 2-year Prospective Follow-Up Study in Firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2276-2286.
- Herman, J. L. (2003). *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Budapest: Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület.
- Hobfoll, S. (2002). „Social and Psychological Resources and Adaptation”. *Review of General Psychology*. 6, 307-324.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kulcsár Zs. (2005). Bevezető. Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In Kulcsár Zs. (Szerk.), *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest: Trefort Kiadó, 9-33.
- Maercker, A., Karl, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In M. Perrez, U. Baumann (Szerk.), *Lehrbuch. Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hogrefe, 977-994.
- Maercker, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung: Intervention. In M. Perrez, U. Baumann (Szerk.), *Lehrbuch. Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hogrefe, 995-1010.
- McNally, R. (2004). Conceptual Problems with the DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. In G. M. Rosen (Szerk.), *Posttraumatic Stress Disorder – Issues and Controversies*. San Francisco: Wiley and Sons, Ltd., 1-15.
- Neria, Y.; Litz, B. T. (2003). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 73-87.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Pilling J. (2010). A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In Pilling J. (Szerk.) *A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája. Szöveggyűjtemény*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 177-188.
- Rosner, R., Wagner, B. (2011). Komplizierte Trauer. In Siedler G H.; Freyberger H. J.; Maercker, A. (Szerk.), *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta Kiadó, 220-230.
- Sliter, M. T., Sinclair, R. R., Yuan, Z., Mohr, C. D. (2014). Don't Fear the Reaper: Trait Death Anxiety, Mortality Salience, and Occupational Health. *Journal of Applied Psychology*, Advance online publication. Letöltés helye: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035729>. Letöltés dátuma: 2014. 05. 22.

-
- Ursano, R. J., Zhang, L., Li, H., Johnson, L., Carlton, J., Fullerton, C. S., Benedek, D. M. (2009). PTSD and traumatic stress – From gene to community and bench to bedside. *Brain Research*, 2-12.
- Yehuda, R., McFarlene, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705-1713.

RÉVÉSZ GYÖRGY

A ROSSZ GYERMEKKORI BÁNÁSMÓD KÖVETKEZMÉNYEI¹

A gyermekekkel szembeni rossz bánásmód (bántalmazás, elhanyagolás) gyakorisága és következményei a felnőtt világ folyamatos problémái világszerte. Az erőszak súlyos következményekkel jár a gyermekek fejlődésére akkor is, ha az nem vezet a nyilvánvaló fizikai sérüléshez. Fontos szempont a rossz bánásmód időpontja, súlyossága, időtartama a gyermek életében, mert a kockázati és kompenzációs faktorok együttes ismerete nyújt lehetőséget a prevenció számára.

A szocializáció elsődleges színtere a család, feladata „megtanítani” a gyermeket emberi módon élni: érezni, gondolkodni, viselkedni. Szülők, nevelők és más modellek viselkedési módok széles skáláját nyújtják azonosulási mintaként a gyermekek számára. E folyamatban a túlzott kontroll – így pl. fizikai bántalmazás – éppúgy romboló hatású, mint a modellszemélyek pszichés elérhetetlensége – pl. az érzelmi elhanyagolás –, a kontroll hiánya (az angolban az utóbbi időben erre az omission-commission szópárt is használják).

„...Én azt látom a legnagyobb bajnak, hogy sok gyerek elvesztette azt a családi biztonságot, amely szükséges minden ember egészséges lelki fejlődéséhez. Egyre nehezebben él mindenki, mégis úgy tűnik, mintha a létért való küzdelemben éppen az egymásért való törődést felejtenénk el. Egyre gyakoribban találkozunk alulszocializált, viselkedészavaros, egyáltalán „elszabadult” gyerekekkel, akikre talán még soha senki nem tudott igazán odafigyelni” - nyilatkozta Gádoros Júlia gyermekpszichiáter a közelmúltban (MN, 2011. november 10.).

Tény, hogy a család lehet egyike a legveszélyesebb helyeknek a gyermekek életében. Az UNICEF hazánkat a világ legveszélyesebb helyei közé sorolja: a 0-14 éves gyerekek 5,7%-a súlyosan veszélyeztetett, elhanyagolt és/vagy bántalmazott (ISPCAN, 2006).

Az, hogy hol van a fizikai bántalmazás küszöbe, mi fogadható el a fegyelmezésben és mi nem, ma is vitatott kérdés. Egy 1980-as felmérés szerint az amerikai szülők több, mint 90%-a egyetértett a kisgyermekek testi fenyítésével. Határozott különbséget tettek a fizikai bántalmazás és a testi fenyítés között: a testi fenyítés a szülő vagy gondozó korrekciós vagy kontrolláló aktuusa, amely sérülést nem, de fájdalmat okoz (Straus, 1994). De nem kell ilyen messzire mennünk: a közelmúlt nagy vihart kavaró történetében egy Clean Hands Hungary nevű fiktív szervezet szolgáltatásként gyermekek testi fenyítését kínálta „szakszerűen, megfelelő

¹ Jelen tanulmány részleteket tartalmaz az alábbi munkából: Révész Gy. (2013). A gyerekek alkalmazkodási stratégiái a rossz bánásmódhoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68, 1. 89-105.

engedélyek birtokában” az Interneten, s nem egy szülő – talán saját tehetetlensége okán(?) – élt is volna a lehetőséggel. (Az eredeti szöveg már nem található; <http://www.tisztakezek.info>)

A korán elszenvedett rossz bánásmód komplex károsodást okoz a gyermek életében: (el)rontja társas kapcsolatait, kognitív képességeit, testi-, lelki egészségét. A rossz bánásmód generációról-generációra „öröklődik”, olyan problémáról van szó tehát, amely elterjedtsége és következményei miatt feltétlen figyelmet érdemel.

1. A kötődés: az anya-gyermek kapcsolat

Az anya-gyermek interakció neuronok ezreit aktiválja, új agyi pályákat alakítva. Oxytocin hormon szabadul fel ilyenkor a kommunikációs helyzetben – kiváltva nyugalom, biztonság és elégedettség érzését, csökkentve a szorongást, egyedülállóan megerősítve az anya-gyermek kapcsolatot, a kötődést. (A szeretet- vagy szerelem hormonként is ismert oxytocin a későbbi érzelmi kapcsolatokban is szerepet kap, de tudunk transzgenerációs hatásokról is: az anyai gondoskodás minősége hatással van az utód stressz-reaktivására, ld. később). A kötődés másfelől *interaktív, kölcsönös társas aktus*, amely megfelelő keretnek tűnik számos későbbi viselkedési probléma, így az elhanyagolás, bántalmazás elemzésére és megértésére is. A kötődés elmélet szerint a belső munkamodell a másokkal való kapcsolat során megélt tapasztalatok és kölcsönhatások nyomán alakul ki, mely kezdetleges fogalmi reprezentációk alapja önmagunk és mások elkülönítésének és döntő szerepet játszik a későbbi pszicho-szociális működésben. A belső munkamodell általában stabil, részben azért, mert szociális háttere ugyanaz, másrészt azért, mert szelektív módon értelmezi az újabb élményeket, tapasztalatokat, hogy azok megfelelnek-e a korábbi képviseleteknek. Ugyanakkor dinamikus rendszer is, mely „frissíthető”: a csecsemő és kisgyermekkor egyre összetettebb és kifinomultabb absztrakt kognitív képességei az interakciók szélesebb körére reflektál, mint a szülő-gyermek kapcsolat. Számos kutatás kimutatta, hogy a munkamodell módosulhat, ahogyan az életkörülmények változnak. Bowlby (1969/1982) szerint a belső munkamodell, mint a szelf másokkal való kapcsolatának reprezentációja minden későbbi társas kapcsolat prototípusa: igaz ez a gyermek társas kapcsolataira, más felnőttekkel, így tanáraival való kapcsolataira, majd pedig romantikus kapcsolataira is. Prospektív longitudinális vizsgálatok szerint a biztonságos kötődésű gyermek sokkal függetlenebb, rugalmasabb, nagyobb az önbizalma, szociális érdeklődésű, mély kapcsolatokkal rendelkezik (Fonagy, 1999).

Kötődési stílus	Szülői gondoskodás	Ahogy a kapcsolatokat észleli	Fejlődési implikációk
Biztonságos	Megbízható válasz-készség és ráhangolódás; az esetleges hibák hatékonyan javíthatók	Értékesek; a másik figyelmét érdemes keresni és meg is lehet szerezni	Képes kompetensen, önállóan működni és a kapcsolataiban tanulni
Szorongó	Váltakozó válasz-készség és ráhangolódás; az esetleges hibák javítása nem kiszámítható	Értékesek, de nem megbízhatóak; érdemes keresni a másik figyelmét, de nem biztos, hogy megszerezhető. Attól függ, mennyire tartja magát elismerésre, figyelemre méltónak.	A figyelemfelkeltő viselkedés ronthatja, míg a szorongásszint csökkenése javíthatja a tanulási képességet.
Ambivalens	Válaszkészség és ellenségesség váltakozik; az esetleges hibák javítása nem kiszámítható	Zavarba ejtők: értékesek, ijesztők, kiszámíthatatlanok. Vágyik a kapcsolatra, de fél a közelségtől.	Sokszor jobban tanul az iskolában, mint személyes kapcsolatokon keresztül. Az elismerés és a figyelem iránti vágya ronthatja és javíthatja is a tanulási képességet.
Elkerülő	Következetesen nem válasz-kész, vagy gyakran agresszív.	Múlándó vagy ijesztő. A figyelmet vagy nem érdemes vagy nem biztonságos keresni.	A szociális tanulás képessége károsodott. A kognitív fejlődés is érintett, amíg önálló tanulásra nem képes a gyerek. Személyes kapcsolatokat nem igénylő absztrakt készségek (pl. számítógépezés) fejlődhetnek ki szelektív módon.
Dezorganizált	Bántalmazó	Zavarba ejtő, múltandó, haszontalan	Sem önállóan, sem kapcsolatokban nem tud hatékony lenni; nem képes beilleszkedni az iskolába.

1. táblázat. Kötődési stílus és fejlődési implikációk (Forrás: Rees, 2008, 529.)

A kötődő nevelés előnyei: a gyerekek kevesebbet sírnak, jobban bíznak szüleikben és magukban, jobban fejlődnek testileg, érzelmileg, intellektuálisan, függetlenebbek, felfedezőbbek, őszintén érdeklődnek mások iránt, képesek intimitásra, emberekhez kötődnek, megtanulnak adni és kapni, könnyebben fegyelmezhetőek, nyelvfeladásuk gyorsabb. Könnyű belátni, hogy a kötődő nevelés speciális igényű, koraszülött vagy „nehezen kezelhető” gyerekeknél különösen hasznos. A bántalmazott gyerekek reprezentációi szüleikről és magukról nagyobb valószínűséggel negatívak, mint általában a gyerekéké. Elhanyagolt gyermekek esetében magasabb a negatív önreprezentáció mértéke. Ez összefügg a pozitív szülői figyelem hiányával, mely jellemző az elhanyagolt gyerekekre. Még szexuálisan bántalmazott gyerekeknél is több pozitív szelf-reprezentációt találtak, mint az elhanyagolt gyerekeknél. A bántalmazott gyerekek 80-90%-a bizonytalan kötődésű (Cicchetti és Valentino, 2006). Azt azonban fontos protektív tényezőnek kell tekintenünk, hogy a bántalmazott gyermek miközben bizonytalanul kötődik a bántalmazó szülőhöz, ugyanakkor biztonságosan kötődhet a nem bántalmazó szülőhöz vagy gondozóhoz.

2. Az apa-gyermek kapcsolat

Amikor Bowlby és mások megfogalmazták az anya-gyermek kapcsolat lényeges szerepét a mentális egészség kialakulásában, nem sok figyelmet szenteltek az apáknak. Az apai hatások azonban igen fontosak.

Ezek: az *apai elkötelezettség* – közvetlen személyes interakció a gyermekkel, mely magában foglalja a gondviselés, játék, kikapcsolódás és tanítás tevékenységeit; az *elérhetőség/hozzáférhetőség* – az apa olyan pozíciója, mely lehetővé teszi a gyermek számára az apával való interakció létrehozását, ha arra aktuálisan szüksége lenne; végül a *felelősségvállalás* – a gyermek gondozásáért, valamint tervek kialakítása és cselekvések végrehajtása a gyermek ellátása érdekében (Lamb, 2010).

Ha az apa fokozottabb mértékben részt vesz a nevelésében, az ilyen apák gyermeke (Allen, 2002):

- az apa saját végzettségétől függetlenül jobb esélye van a felsőfokú végzettség elérésére;
- kevésbé hajlamos erőszakra, bűnözésre és bármiféle összetűzésre a törvénnyel;
- több olyan pozitív tulajdonsággal rendelkezik, mint empátia, önbizalom, szociális kompetenciák;
- rugalmas, alkalmazkodó és kevésbé élnek benne nemekkel kapcsolatos sztereotípiák;
- nagy valószínűséggel aktív és pozitív szerepet fognak betölteni majd a saját gyerekeik nevelésében.

Pollack (1998) találóan fogalmaz: az apa nem férfianya (“Fathers are not male mothers”, 113.), az apa-fiú kapcsolat különleges feladata hozzájárulni a fiúgyermek fejlődésének maskulin útjához. Az apák bevonódása pozitív hatással van a

gyermek (elsősorban a fiúk) kognitív fejlődésére is. Gyermek iskolai karrierjét elősegíti az apai jelenlét: a magasan involválódó apák gyermekei nagyobb mértékű belső kontrollt tulajdonítanak maguknak, magasabb az önbecsülésük. A gyermekek édesapjukkal folytatott kommunikációjuk során többet beszélnek, változatosabb szókészletet használnak, többször szolgálnak magyarázattal az apák kezdeményezésére és hosszabban fejezik ki magukat. Mindez bizonyíték lehet arra a hipotézisre, hogy az apák egyfajta *nyelvi hidat* képeznek a gyermek és a külvilág között (Fluori, 2005). Az apák viselkedése erőteljes hatással van a gyermekek problémamegoldó képességére is. S hogy végül az anyai és apai hatások összefüggéséről is ejtsünk szót: az anyák viselkedése jobban befolyásolja a babák kötődését, az apai bevonódás pedig abban segít, hogy ez a kötődés biztonságos legyen. Lamb, Pleck, Charnov és Levine (1987) szerint az ilyen családokban mindkét szülő igényei kielégülnek: az apának a közelség iránti vágya, az anyának pedig az, hogy karriert csináljon. Ezek a kapcsolatok alapvetően gazdagabbak, mert mindkét fél pozitívan éli meg mind a házasságot, mind a gyereknevelést. Erős pozitív kapcsolat anyával, apával a gyermekkor egészén át jó hatással van a későbbi partnerkapcsolatok minőségére is (Moeller, 2001).

Ma az apák „eltűnése”, kivonódása a családból, a nemi szerepek változása igen meghatározó hatással van jelen generáció lelki fejlődésére, mert pont az általuk létező dinamikus egyensúlyra épülő rendszer bomlik fel. Az iskolából kimaradt gyerekek közel 70%-a apa nélkül nevelődött, szignifikánsan több pszichoszomatikus és mentális problémájuk van. Az apa nélkül felnövő gyerekek további jellemzője lehet az érési folyamatok felgyorsulása, a szabályszegő viselkedés gyakoribbá válása és a párkapcsolatok fellazulása (Kruk, 2010).

4. Rossz bánásmód, kötődés és a kognitív készségek közötti kapcsolat

Információfeldolgozás szempontjából kiemelkedően fontosak a figyelmi folyamatok, melyek fejlődésében három figyelmi rendszert különítenek el: első a születéskor kezdődik, a figyelem alap-aspektusát foglalja magába, ez az *éberség*, az alvási szakaszok és az arousal szabályozása. Második szint szintén a születéstől figyelhető meg, ez az *orientáció* képessége. Ez utóbbi az első hat hónap alatt nagyon gyorsan fejlődik, ez a feltétele a szenzoros ingerek szelekciójának. Jelentősége abban áll, hogy a csecsemő a környezetre orientálódik és ezzel „bejáródnak” a szenzoros pályák. A harmadik figyelmi rendszer a második év vége felé fejlődik ki, a *figyelmi kontroll*, az egyén azon képessége, hogy fenntartsa összpontosítását egy adott ingerre. Evidens, hogy az anyai viselkedés, a gyermek érzelemregulációja és a tartós figyelmi teljesítmény szoros összefüggést mutat: szignifikáns összefüggés van a magas anyai melegség/érzékenység és a tartós figyelmi teljesítmény között 2 és 4,5 év között (Graziano, Calkins és Keane, 2011). Igaz ez a gyerekek és tanáraik közötti kapcsolatra is. A pozitív kötelék gyermekek és tanáraik között valószínűleg bátorítja a nyelvi kommunikációt, így segít megszerezni a nyelvi képessége-

ket. A biztonságosan kötődő gyerekek figyelmi, nyelvi, pszichomotoros, továbbá metakognitív készségei jobbak, mint a bizonytalan kötődésű gyerekéké. A kötődés és a kognitív/társas készségek közötti kapcsolat kétirányú: a felnőttekkel és a kortársakkal való kapcsolatban megnyilvánuló nyelvi és társas készség megkönnyíti a társas helyzetek kezelését, ezért a tanárok is könnyebben és érzékenyebben reagálnak a gyerekekre, ami ismét növeli az interakciók számát. Ezzel szemben a bizonytalanul kötődő gyerekek kevésbé vizsgálják környezetüket, (ehhez már korábban is alacsonyabb szintű anyai útbaigazítás társult!), kevésbé támogató a társas környezet, szegényesebb a helyzetkezelő készségük, mint a biztonságosan kötődő gyerekeknek. Más szóval a bizonytalan gyerekek – akár egyedül, akár társas helyzetben – híján vannak számos, a kognitív fejlődést segítő viselkedésnek, egyszerűen azért, mert kevésbé tudnak élni a társas és fizikai környezet által kínált spontán tanulási lehetőségekkel. Ambivalens kötődésű gyerekek alacsonyabb szintű kommunikációs készséget mutatnak, tartós figyelmük szegényesebb a struktúrált és feszültségekkel telt feladathelyzetekben.

E példák nyomán könnyű belátni, hogy a rossz bánásmódnak nincs direkt kapcsolata az iskolai teljesítménnyel, pl. az elhanyagolás inkább jár alacsonyabb teljesítménnyel, mint a fizikai bántalmazás, de itt is fontos szempont a gyermek életkora, a rossz bánásmód időtartama és súlyossága (Johnson-Reid, Drake, Kim, Porterfield és Han, 2004).

5. Érzelemszabályozás

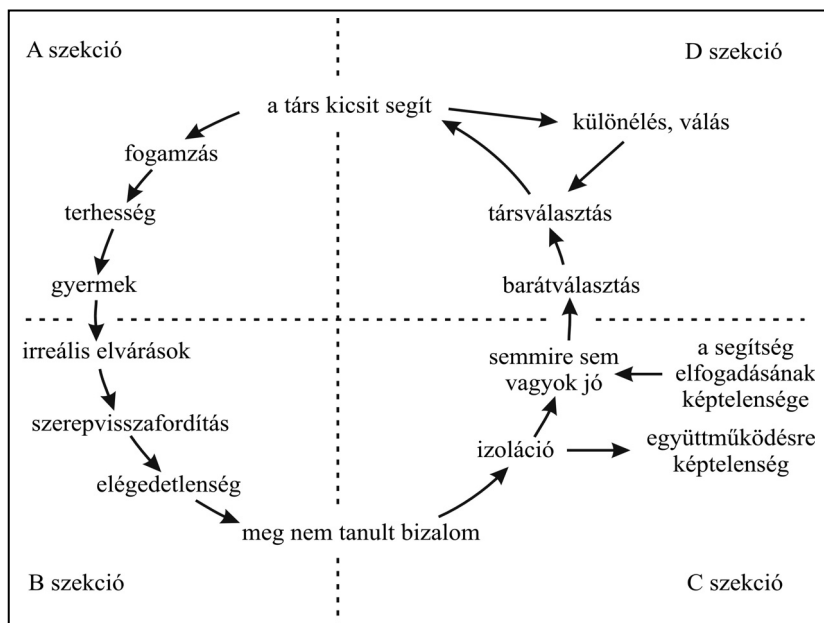
Az érzelemszabályozás az a folyamat, amely során az egyén befolyásolja milyen érzelmei legyenek, milyen helyzetekben „legyenek” azok, hogyan tapasztalja meg és fejezze ki azokat. Az érzelemszabályozási folyamatok tudatostól tudattalanig tartó spektrumon helyezhetőek el. A tudattalan belső munkamodellek – saját magunk és jelentős más személyek kapcsolati reprezentációja (melyek fontosak a személyközi kapcsolatok és az érzelmeik, indulatok kezelésében) – mellett a tudattalan stratégiák szerepet kapnak az emlékek szerveződésében is. A folyamat másfelől interperszonális eredetű, az anya-gyermek kapcsolatban a kötődésemélet (ld. ott) is hangsúlyozza. Könnyű belátni, hogy a csecsemő teljes mértékben függő helyzetben van, túlélésében gondozójának reakciói kulcsfontosságúak. A sírás – ami leggyakoribb kiváltó oka a bántalmazásnak és elhanyagolásnak (!) – normál helyzetben a közelség keresését, gondozói viselkedést vált ki, mely mind a baba, mind az anya feszültségét csökkenti (Soltis, 2004). A bántalmazó család azonban „toxikus” környezet, amely számottevő kockázatot jelent a gyermek számára a társas alkalmazkodás és a fejlődés legkülönbözőbb területein (Cicchetti és Toth, 2005). A rossz bánásmód különösen kritikus az érzelemszabályozás, a kezdeményező, motiváló, valamint a szervező adaptív viselkedés területein, a stresszteli életesemények megelőzésében és kezelésében. Gyerekek a rossz szülői bánásmód *feltételei* mentén alakítják ki viselkedési stratégiáikat, melyeket adaptívnek tekintünk abban a környezetben való alkalmaz-

kodási folyamatban. Ezek az adaptív erőfeszítések azonban maladaptívvá válnak, hosszú távon gyengítik a szabályozási és alkalmazkodási módokat. Megfigyelték, hogy fizikailag súlyosan bántalmazott 3 hónapos csecsemő fokozott félelmi reakciókat, dühöt és szomorúságot mutat az anya-gyerek kapcsolatban (Gaensbauer, Mrazek és Harmon, 1981). Ez az eredmény különösen figyelemreméltó, mert ezek az érzelmi reakciók tipikus fejlődés esetén 7-9 hónapos korban alakulnak ki, másfelől jelzik az imént említett toxikus környezetre való adaptív (!) választ. Bántalmazott gyerekek kevésbé pontosak különféle érzelmi állapotok felismerésében, ugyanakkor fizikailag bántalmazott gyerekek fokozott érzékenységet mutattak haraggal kapcsolatos jelzésekre, más érzelmi jelzésekkel szemben. Nagyon pontosak a dühös arc észlelésében, valamint sokkal tágabb perceptuális kategóriájuk van a düh észlelésére nem bántalmazott gyerekekkel szemben. Feltételezik (Cicchetti és Valentino, 2006), hogy a 3 hónapos korban megélt súlyos fizikai bántalmazás azokat az idegi kapcsolatokat (szinapszisokat) erősíti meg, melyek a félelmet közvetítik, míg a pozitív érzelmi állapotokat kódoló szinapszisokat visszametszi. Ez magyarázhatja meg sérülékenységüket, biztonságostól eltérő kötődési mintáikat, nehézségeiket későbbi társas kapcsolataikban. A korai tapasztalatok hatásai iskoláskorban is jellemzőek: fizikailag bántalmazott gyerekek videón bemutatott felnőtt dühös interakcióra intenzívebb félelmi reakciót mutattak a kontroll csoporthoz képest. Ezzel konzisztens az a megfigyelés is, hogy bántalmazott gyerekek a kísérleti düh-helyzetekre kontroll társaikhoz képest vagy alul- vagy túlkontrollált vagy ambivalens reakciókat adtak. Fontos megjegyezni, hogy a bántalmazás súlyossága, időpontja és időtartama éppúgy jelent rizikó-, mint kompenzáló hatást a társas viselkedésben is. Így átlag 29 éves, 11 éves koruk előtt bántalmazott gyerekek 30%-a mutatta a rugalmas alkalmazkodás 6-8 területét, bántalmazott vagy elhanyagolt fiatal nők sikeresebbek ebben (Masten és mtsai, 2004). Mindezek törvényszerűen teszik érintetté ezeket a gyerekeket a kortársi bántalmazásban (bullying), akár agresszor, akár áldozat, vagy mindkettő pozíciójában. Ennek hátterében pedig a megélt negatív társas tapasztalatok lenyomataként funkcionáló „rosszindulatú és veszélyes” munkamodell áll.

6. Társas kapcsolatok

A korai kötődési tapasztalatok nyomán kialakuló reprezentációs minták az én és másik elkülönítésének, a társas helyzetek megértésének, minősítésének ősmintái. A rossz bánásmód és a társas helyzetek ebből következő riasztó/fenyegető interpretációja gátolja a szociális beilleszkedés sikerességét. A fizikailag bántalmazott gyerekek kevésbé pontosan kódolják a társas helyzetek érzelmi üzeneteit: arányaiban több agresszív elemet vélnek egy problémás társas helyzetben, előnyben részesítik az agressziót e helyzetekben és ellenségesebbek. Azon túl, hogy ennek hátterében könnyű felismernünk a megelőző szülői mintákat, az így kialakult társas viselkedés maladaptív jellegét erősítheti, hogy társas helyzetek téves értelmezése nyomán megnyilvánuló agressziója provokálhatja a viszont agressziót, ami tovább ronthatja

társas pozícióját. A legtöbb gyermek társas és értelmi képességeinek fejlődésével párhuzamosan felhagy társai bántalmazásával, míg számosan válnak krónikus bántalmazóvá és/vagy áldozattá (erről részletesen ld. Révész, 2013). A bántalmazó gyerekek családi háttere gyakran rendezetlen, gyakori az érzelmi elhanyagolttság. Megfelelő szülői minták hiányában kevésbé hatékonyak szociális képességeik, de nehézségeik vannak konfliktuskezelési készségeik terén is. Bántalmazott gyerekek szociális hatékonysága alacsonyabb szintű, gyakoribb náluk a kontrollálatlan agresszió. Kevesebb interakciót kezdeményeznek társaikkal, viselkedésükben kevesebb a proszociális elem, általában nagyobb zavart mutatnak a társas helyzetekben, mely tényezők együttesen vezethetnek fokozottabb izolációhoz. Fizikailag bántalmazott gyerekek kevésbé népszerűek társaik körében. Későbbi életkorban – serdülőkor, fiatal adolescencia – kevesebb intimitást mutatnak társas kapcsolataikban, mint nem bántalmazott társaik. A barátkozás fizikailag bántalmazott gyerekeknél sokkal konfliktusosabb, különösen versengő helyzetekben, illetve olyan helyzetekben, melyek kritikusak lehetnek számukra az érzelmi kontroll, szabályozás nehézségei miatt. A társas helyzetek alakulásában két út ismert: egy agresszívebb és egy passzív, inkább visszahúzódó kimenetel. Az előző a fizikailag bántalmazott gyerekeknél, utóbbi az elhanyagolt gyerekeknél valószínűbb. A negatív tapasztalatok a gyermeknek saját magáról, másokról, az egyén és mások kapcsolatáról, gyenge megküzdő stratégiákat eredményeznek, ezzel olyan ördögi kört hoznak létre, amely gátolja a másokba vetett bizalom érzésének kialakítását, az érzelmi biztonságot, a meleg, támogató kapcsolat kialakításának képességét. Ezt mutatja az alábbi, máig jól használható, gyermekbántalmazással kapcsolatos ábra.



1. ábra. Helfer (1975) W.A.R. modellje

Ebben kulcsfogalom a dinamikus pszichológiában korábban feltárt jelenség, a *szerepvisszafordítás* mint olyan viselkedési stratégia, melynek célja a bántalmazó személy érzelmi igényeinek kiszolgálása, ezzel mintegy a bántalmazás ismétlődésének megelőzése. Helfer modelljében, „*az abnormalis nevelés világa*” (World of Abnormal Rearing - W.A.R. - háború) négy szektorban értelmezi az ismétlődő bántalmazás egy lehetséges oki hátterét. Mint az 1. ábrán láthatjuk, a kapcsolat egyik motívuma a társ *segítségének* reménye. A kapcsolatból születő gyermekkel szemben saját múltjuk és igényeik szerint gyakran jelentkeznek *irreális elvárások*. Gyakori, hogy a gyermekben a szülő saját gyermekkorra felnőtt szereplőit látja (hogy a gyermek nyugtassa meg őt, vigasztalja meg, vigyázzon rá stb.) s ez a szerepvisszafordítás háttere. Így ördögi kör alakul ki, amiből csak külső segítséggel lehet kilépni.

A gyermekkorukban bántalmazott, gyermekükkel elutasítóként viselkedő, múltbeli tapasztalataikat feldolgozni nem tudó anyák között gyakoribb a rossz bánásmód ismétlődése. Ezzel szemben azoknál az anyáknál, akik képesek voltak feldolgozni korai bántalmazási tapasztalataikat, a bántalmazás valószínűsége lecsökkent.

7. A rossz bánásmód okozta tartós stressz és sérülékenység

Felmerülhet a kérdés, hogy a rossz bánásmód imént tárgyalt következményeit – kötődés, társas kapcsolatok, kognitív folyamatok, érzelmi szabályozás deficitje – mi közvetíti? Gyerekek számára a családi környezet, szociális háttér és a rossz bánásmód - elhanyagolás, bántalmazás feszültségforrások, melyek lehetnek ugyan átmenetiek vagy tartósak, de stressz források a gyermek számára. Az pedig Selye (1978) felfedezése óta ismert, hogy a stressz, mint a szervezeti egyensúlyi állapot észlelt veszélyhelyzete kiváltja az autonóm idegrendszer fokozott működését vagy a hormonszекреciókat. A HPA (limbikus-hypotalamikus-hipofízis-adrenalin) tengely a stresszre adott biológiai válasz legfontosabb biológiai mechanizmusa. Ahogy a szervezet az anya-gyermek kapcsolatban (kötődés) oxytocin, úgy stresszre a kortizol kiválasztásával reagál. Ez a szervezet adaptív válasza, de ismert a stressz-reakció *krónikus* mobilizációjának neuron károsító hatása is (Bremner, Southwick és Charney, 1999; Sapolsky, 1996; De Bellis, 2001). Vizsgálatok azt is igazolták, hogy a glükokortikoid lebomlása (hypokortikolizmus) szintúgy neuron károsító hatással bír. A szervezet „érdeke” tehát elkerülni a glükokortikoid hiperszекреcióját éppúgy, mint annak hiposzекреcióját (Sapolsky, 1996). A stressz biológiai következményei, a glükokortikoid hiper- és hiposzекреciója oka az idegsejtek atrofíájának. A neuron veszélyeztetés („neuroendangerment”) mértéke – vagyis az, hogy a szteroidok sérülékennyé teszik az idegsejteket, mivel csökkentik annak egy később bekövetkező neurológiai inzultussal szembeni „túlélő” kapacitását – ezáltal folyamatosan növekszik. Állatkísérletek igazolták, hogy a glükokortikoidok direkt hatásai, a dendritek számának csökkentése, megváltoztatja a sejtek anyagcseréjét (celluláris

metabolizmus), sejtvesztést eredményez, megváltoztatja a szinaptikus struktúrát, gátolja a neuronális regenerációt a hippokampuszban (Sapolsky, 2000). Ebből következik, hogy a glükokortikoid kiválasztás redukciója megvédi a hippokampuszt a krónikus stressz sejtvesztő hatásaitól. Ez különösen fontos, hiszen akár a gyermekkorban, akár a felnőttkorban elszenvedett trauma következménye lehet a hippokampusz volumen csökkenése. Érdekes ugyanakkor, hogy akár a pre-, akár a postpubertáskori traumatikus esemény kevésbé káros, mint a fejlődési szakaszban (peripubertás) elszenvedett trauma következménye. A velőhüvelyesedés „sérülékenységi ablaka” a fiúknál korábban, a lányoknál egy kicsit később következik be. A korai szexuális bántalmazás a hippokampusz, a későbbi gyermekkorban elszenvedett szexuális bántalmazás pedig a prefrontális kéreg térfogatcsökkenését idézheti elő. Ezek a megfigyelések a rossz bánásmód kognitív teljesítményekre gyakorolt károsító hatása miatt fontosak, ugyanis a hippokampusznak kitüntetett szerepe van a tanulásban, konkrétan a hosszútávú vagy deklaratív (tények, adatok) memória funkciókban. Másfelől ismert, hogy a hippokampusz kitüntetett szerepet tölt be az idegrendszer kapacitásában, neuronok regenerálásában, így az idegrendszer plaszticitásában. Az agyféltekéket összekötő kérges test (corpus callosum) fontos szerepet tölt be az integratív kognitív funkciókban. A rossz bánásmódra való érzékenység eltérő a nemek között, és a rossz bánásmód típusa szerint: az elhanyagolás nagyobb redukciót vált ki fiúknál, míg lányok esetében a szexuális bántalmazás vált ki nagyobb sejtvesztő hatást (Teicher és mtsai, 2004). Közismert a prefrontális kéreg rossz bánásmóddal kapcsolatos sérülékenysége, különösen a korai gyermekkorban, amikor a fejlődés üteme eleve nagyobb. Egyértelmű összefüggéseket találtak személyközi trauma és a prefrontális kéreg szürkeállományának volumencsökkenése között, ami hosszú távon gyengébb végrehajtó és kontrollfunkciókkal jár. A prefrontális kéreg fejlődésében kritikus periódus a korai gyermekkor mellett a serdülőkor is.

A stressz biológiai és pszichológiai hatásai közötti kapcsolat megértésében tehát értékesek azok az információk, amelyek a kortizol anyagcsere *aktuális és hosszú távú hatásaival* foglalkoznak. Az bizonyos, hogy az akut és a krónikusan magas kortizol szint rontja a kognitív teljesítményt, amely a hippokampusz működéséhez kötött.

Fontos tapasztalat azonban, hogy a gazdag ingerkörnyezet képes csökkenteni az anyai szeparáció káros hatásait és a stressz reaktivitást is. Egy kísérletben 9 hónapos gyermek kortizol szintje nem emelkedett a bébiszitter 30 perces szeparációja után, ha a gondozót arra kérték, hogy érzékenyen reagáljon a gyermek jelzéseire, míg jelentősen nőtt, amikor azt az utasítást kapta, hogy hideg, távolságtartó módon viselkedjen. Idősebb, iskolai előkészítő gyerekek kortizol szintje alacsony érzékenységgű környezetben nőtt, míg magas érzékenységgű gondozási feltételek esetében nem (Dettling, Parker, Lane, Sebanc és Gunnar, 2000). A gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód növeli a stressz-érzékenységet, tartós, a felnőttkorban is fennmaradó válaszreakciókat rögzíthet. Heim és mtsai (2000) laboratóriumi stresszhelyzetben, a kontrollcsoporthoz képest szignifikánsan ma-

gasabb ACTH választ kaptak gyermekkorukban bántalmazott nők esetében. Ez a gyermekkori bántalmazás tartós következménye, ami jelentősen hozzájárul a későbbi pszichopatológiai kórképek kialakulásához: a biológia stressz-rendszer vulnerabilitása emelkedik.

8. A rossz bánásmód és a gén-környezet interakció: epigenetikus hatások

Az anyai (gondozói) viselkedés utódokra gyakorolt hatásainak vizsgálata és eredményei hosszú évtizedek óta preferált területe a pszichológiának. A rossz bánásmód transzgenerációs ismétlődésének elméletei (annak ellenére, hogy az ismétlődések arányai jelentősen eltérnek a retrospektív és prospektív kutatásokban – ez utóbbiakban alacsonyabb az ismétlődések aránya), masszív hatótényezőket gyanítottak. Az azonban csak az utóbbi években vált ismertté, hogy a környezeti – így az anyai gondozás – tényezői hatást gyakorolhatnak a genetikai program kibontakozásában (Kosztolányi, 2012; Varga, 2011). Állatkísérletek sokasága igazolja az anyai gondoskodás hatásait pl. a gondoskodás-goromba bánásmód- elhanyagolás dimenzióiban, hogy az utód egyébként genetikailag programozott idegrendszeri strukturális – és ami témánk szempontjából fontosabb – funkcionális fejlődésére alapvető hatást gyakorol: vagy elősegíti e program kibontakozását vagy ellenkezőleg „elnémítja” (metiláció). Ez tehát nem a DNS-t változtatja meg, hanem a DNS-ben rögzített genetikai program megvalósulását.

A humán megfigyelések közül ismert, hogy pl. a gyermekkori bántalmazás és szerotonin transzporter gén interakciója jó prediktora a későbbi depresszióknak (Caspi és mtsai, 2002, id. Lakatos, 2011). Egy vizsgálatban a szülői bánásmód (Parental Bonding) alacsony pontszáma és túlvédés kockázati tényezője a depresszióknak, a felnőttkori antiszociális viselkedésnek, kábítószer használatnak, különféle szorongásos zavaroknak stb. Összefüggéseket találtak továbbá az alacsony anyai gondoskodás és a cerebroszpinális folyadék CRH szintje között. Nem klinikai mintán, az anyai gondoskodás magasabb szintje, az önbecsülés magasabb szintje, valamint csökkent vonásszorongás mellett, alacsonyabb nyál kortizol szintet találtak (Champagne és Curley, 2012). Saját korábbi vizsgálatunkban (Révész, 2004), a bántalmazó szülői csoport esetében PBI skálákon ugyancsak alacsony szeretet, magas kontroll és túlvédés pontszámokat találtunk.

9. A prevenció lehetőségei

A rossz bánásmód következményei eltérnek aszerint, hogy az egyedfejlődés melyik periódusában történt, mennyi ideig tartott és mennyire volt súlyos, károsító hatású. Így a korán elszenvedett bántalmazás biztosan megnehezíti egy későbbi fejlődési periódus kihívásaival való megbirkózást, növeli a rossz bánásmód gene-

rációs átvitelének valószínűségét (Rutter, 1989a, 1989b). A krónikus bántalmazás iskoláskorra növeli az externalizáló problémákat, a fiatalkori bűnelkövetést, alacsony szintű rezilienciát, csökkent társas és megküzdő hatékonyságot eredményez, szemben azzal, ha a rossz bánásmód átmeneti periódusra korlátozódott (Jaffee és Maikovich-Fong, 2011). A statisztikai elemzés szerint gyerekek erőszakos viselkedése szinte előre megjósolható volt különösen azokban az esetekben, ahol az anya-apa irányú volt a bántalmazás, és ez erősebb faktornak bizonyult, mint a kor, a nem vagy az apa irányából gyerekre irányuló bántalmazás szerepe. A szülők egymás közötti erőszakos viselkedése még a közvetlenül gyerek felé irányuló bántalmazásnál is fontosabb pl. a kortárs bántalmazás oki hátterében, és mindez kedvezőtlen hatást gyakorol a későbbi társadalmi beilleszkedésre is.

Tartós potencionáló faktorok:

Ha a szülők maguk is bántalmazottak voltak; pszichológiai és szociológiai okok.

Átmeneti potenciáló faktorok:

Stressz, veszteségek, fizikális károsodások, betegségek, jogi nehézségek, házassági vagy családi problémák. A gyermek fegyelmezésének problémái, vagy a gyermek fejlődési kríziseinek időszakai alatt bekövetkezett események.

Tartós védőfaktorok:

A szülők saját életében jó szülő-modelljeik voltak, a szülők közötti jó kapcsolat.

Átmeneti védőfaktorok:

A szociális, anyagi helyzet javulása, házassági harmónia helyreállása, a gyermek kilép egy nehéz fejlődési periódusból.

A tranzakcionális modellben (Bronfenbrenner, 1979, id. Cicchetti és Valentino, 2006) megkülönböztetünk gyermeki, szülői, környezeti rizikófaktorokat, továbbá facilitáló és kompenzáló faktorokat. Ez utóbbiak is lehetnek átmenetiek és tartósak. A rendszer minden szintjén vannak rizikófaktorok és kompenzáló tényezők, melyek amellet, hogy befolyásolják a bántalmazás megjelenését a modell adott szintjén, hatnak a többi szintre is. Például, ha egy felnőtt családot alapít (mikrorendszer) és előtörténetében szerepel, hogy bántalmazott volt, ez predesztinálhatja arra, hogy ő is bántalmazó, vagy elhanyagoló legyen. Családjában (mikrorendszer) és a közvetlen társadalmi-gazdasági környezetében (exoszisztéma) lehetnek olyan további tényezők, amelyek növelik a rossz bánásmód valószínűségét, de az is lehetséges, hogy ez utóbbi szintek – inkább kompenzációs faktorokként működve – csökkentik a bántalmazás megjelenésének valószínűségét.

A rossz bánásmód olyan ösztársadalmi probléma, melynek megelőzésében, kezelésében elengedhetetlen a különböző professziójú szakemberek együttműködése. Arra kell törekednünk, hogy csökkentjük a veszélyeztető faktorok és növeljük a védő faktorok szerepét!

Irodalom

- Allen, S. (2002). The Effects of Father Involvement: a Summary of the research evidence. *The fi-on news*, 10, 1-11.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Charney, D. S. (1999). The neurobiology of posttraumatic stress disorder: An integration of animal and human research. In Saigh, P., Bremner, J. D. (szerk.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Comprehensive Text*, New York: Allyn & Bacon, 103-143.
- Champagne, F. A., Curley, J. P. (2012). Parental Behavior and the Perinatal Programming of Infant Development. G. Fink, D. Pfaff, J. Levine (szerk.), *Handbook of Neuroendocrinology*, London: Academic Press Elsevier, 619-633.
- Cicchetti, D., Valentino, K. (2006). An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. In Cicchetti, D., Cohen, D. J. (szerk.) *Developmental Psychopathology. Second Edition, Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation.*, Chapter 4. New York: John Wiley, 129-201.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental Traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development & Psychopathology*, 13, 537-561.
- Detting, A., Parker, S. W., Lane, S., Sebanc, A., Gunnar, M. R. (2000). Quality of care and temperament determine whether cortisol levels rise over the day for children in full-day childcare. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 819-836.
- Fonagy, P. (1999). *Transgenerational Consistence of Attachment: A New Theory*. Paper to the Developmental and Psychoanalytic Discussion Group, American Psychoanalytic Association Meeting, Washington 13 May. Letöltés helye: <http://www.psychematters.com/papers/fonagy2.htm>. Letöltés dátuma: 2014. 06. 04.
- Flouri, E. (2005). *Fathering and Child Outcomes.*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Gaensbauer, T. J., Mrazek, D., Harmon, R. (1981). Emotional expression in abused and/or neglected infants. In N. Frude (szerk.), *Psychological approaches to child abuse*. Totowa, NJ: Rowman & Littlefield, 120-135.
- Graziano, P. A., Calkins, S. D., Keane, S. P. (2011). Sustained Attention Development during the Toddlerhood to Preschool Period: Associations with Toddlers' Emotion Regulation Strategies and Maternal Behavior. *Infant Child Development*, 20 (6), 389-408.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 592-597.

- Helfer, R. E. (1975). *The Diagnosis Process and Treatment Programs*. Washington: NCJRS.
- ISPCAN, (2006). Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Letöltés helye: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf. Letöltés dátuma: 2012. augusztus 13.
- Jaffee, S. J., Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184–194.
- Johnson-Reid, M., Drake, B., Kim, J., Porterfield, S., Han, L. (2004). A prospective analysis of the relationship between reported child maltreatment and special education eligibility among poor children. *Child Maltreatment*, 9, 382–394.
- Kosztolányi Gy. (2012). A genetika és a környezet közötti összefüggés új értelmezése. *Magyar Tudomány*, 08. Letöltés helye: <http://www.matud.iif.hu/2012/08/03.htm>. Letöltés dátuma: 2012. 08. 15.
- Kruk, E. (2010). Parental and Social Institutional Responsibilities to Children's Needs in the Divorce Transition: Fathers' Perspectives. *The Journal of Men's Studies*, 18(2), 159-178.
- Lakatos K. (2011). A gének és a környezet szerepe az emberi viselkedésben. In Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási L. (Szerk.), *A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Budapest. 126-165. Letöltés helye: http://www.biztoskezdet.hu/uploads/attachments/Biztos_Kezdet_Kotet_I_beliv_ek_kis_felbontas.pdf. Letöltés dátuma: 2012. 08.15.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., Levine, J. A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In Lancaster, J., Altmann, J., Rossi, A. Sherrod, L. (Szerk.), *Parenting across the lifespan: Biosocial dimensions*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter, 11-142.
- Lamb, M. E. (2010). How do fathers influence children's development? Let me count the ways. I: LAMB, M. (Szerk.), *The role of the father in child development* (5th ed.) Hoboken, NJ: Wiley, 1-26.
- Masten, A. S., Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradovic, J., Long, J. D., Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 16, 1071–1094.
- Moeller, K. (2001). Are close relationships in adolescence linked with partner relationship in midlife? A longitudinal, prospective study. *International Journal of Behavior Development*, 25, 69–77.
- Pollack, W. (1998). *Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York, NY: Henry Holt.
- Rees, C. (2008). The influence of emotional neglect on development. *Paediatrics and Child Health*, 18, 527-534.
- Révész Gy. (2004). *Szülői bánásmód – gyermekbántalmazás*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.

- Révész Gy. (2013). Gyermekkel szemben elkövetett erőszak. Kortárs erőszak. In Kiss E., Sz. Makó H. (Szerk.), *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, 86-103.
- Rutter, M. (1989/a). Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties. In D. Cicchetti, V. Carlson (Szerk.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press, 317-348.
- Rutter, M. (1998/b). Some Research Considerations on Intergenerational Continuities and Discontinuities: Comment on the Special Section. *Developmental Psychology*, 34 (6), 1269-1273.
- Sapolsky, R. M. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, 273, 749-750.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and Hippocampal Atrophy in Neuropsychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57, 925-935.
- Selye J. (1978). *Életünk és a stress*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Soltis, J. (2004). The signal functions of early infant crying. *Behavior and Brain Science*, 27, 443-490.
- Strauss, W., Howe, N. (1997). *The Fourth Turning: The American Prophecy*. New York: Broadway Books.
- Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., Andersen, S. L. (2004). Child neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56, 80-85.
- Varga K. (2011). A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(3), 507-532.

A SZOMATIKUS BETEGSÉG MINT TRAUMA

1. Testi betegség mint trauma

1.1. Lehet-e trauma a testi betegség?

Ha pszichiátriai szempontból közelítjük a kérdést – vajon tekinthető-e traumának egy testi betegség? –, érdemes rátekinteni az osztályozó rendszerek „állásfoglalására”.

A DSM-III a traumát úgy definiálta, mint olyan stresszes eseményt, amely kívül esik a szokásos mindennapi élményeken, és szinte mindenkiben igen súlyos visszahatást vált(hat) ki.

A DSM-III TR hozzáteszi, hogy ilyen lehet az élet, vagy a testi épség súlyos veszélybe kerülése; ugyanakkor kiköti (legalábbis a magyar változatban), hogy nem tartozik ide pl. az elhúzódó betegség, akkor sem, ha a személy azt szubjektíve igen jelentősnek tartja. A DSM-IV és -TR már megengedőbb; olyan eseményről beszél, amely valós, vagy szubjektív megélésben az életet vagy testi épséget veszélyeztető; azonban nem nevesíti a szomatikus betegségeket. A DSM-V-ben újdonság, hogy a PTSD nem a szorongásos zavarok égisze alatt helyezkedik el, hanem önálló csoportot kapnak a traumával és stresszszorral összefüggő zavarok (reaktív kötődési zavar, gátolatlan társas kapcsolati zavar, posztraumás stressz zavar, akut stressz zavar, alkalmazkodási zavar, nem meghatározott traumával és stresszszorral kapcsolatos zavar). Ez jelentős változásnak tekinthető, hiszen rávilágít arra, hogy a traumatizálódás következményei mennyire különbözőek lehetnek, ugyanakkor még kevesebb teret ad annak, hogy a testi betegségek (vagy bizonyos változatai) beleférhessenek a trauma definíciójába. A traumatizálódással oly gyakran együttjáró szomatikus egészségproblémákra sem történik semmi utalás (az alvászavar megemlítésén kívül).

Annak ellenére, hogy a krónikus szomatikus betegségeket a diagnosztikai rendszerek alapján nem tekinthetjük egyértelműen traumának, a szakirodalomban már évtizedekkel ezelőtt elkezdtek megjelenni azok a kutatások, amelyek a traumatizálódással kapcsolatos jellemzőket írták le ezekben a betegségekben.

1.2. A szomatikus betegség mint 'trauma' jellegzetességei

Ha elfogadjuk, hogy a szomatikus betegség lehet traumatikus hatású, érdemes szemügyre venni, hogy mely jellemzői illenek bele a trauma hagyományosabb fo-

galmi keretébe, s melyek azok, amelyek potenciálisan módosítják/kitágítják a szűk definíciót, s arra utalnak, hogy egy-egy testi betegség (diagnózisa, jelentése, megítélése, a vele járó kezelés) speciális kihívásokat jelenthet.

Klasszikusan kétféle alaptraumát különböztethetünk meg: a természeti katasztrófák, balesetek által okozott traumákat (földrengés, cunami, árvíz, bizonyos balesetek); illetve a szociális, „mások” által okozott traumákat (közele kapcsolatokban a fizikai, szexuális, érzelmi abúzusok; „távolabbi kapcsolatokban” a háborúk, merényletek, politikai és vallási traumatizáló események).

Egy fenyegető testi betegség mindkettőtől különbözik abban, hogy belülről fakad, belülről „támad”, ami egy különleges pszichológiai helyzetet teremt. Nehezebb a szociális másikat, másokat vagy a természetet okolni; és mivel nem egyszerre, egy helyen érint tömegeket (mint pl. a természeti katasztrófák), nehezebb az élményben osztozni, a szociális háló védőszerpét igénybe venni. Mindezekből következik, hogy a szomatikus betegség mint trauma kedvezhet az önvádolás fel erősödésének, illetve az elszigetelődésnek. (Ehhez hozzájárulhat az is, hogy számos elképzelés erősen hangsúlyozza a személy felelősségét egészségének/betegségének alakulásában.)

A szomatikus betegség mint trauma abban is jellegzetes, hogy nem egyszeri (pl. mint egy természeti katasztrófa, vagy az életet veszélyeztető baleset), s nem is abban az értelemben krónikus, hogy ugyanaz az élmény ismétlődik hosszú időn keresztül (pl. hosszú távú szexuális visszaélések, fogvartatás). Egy krónikus betegséggel való szembesülés folyamán számos traumatikus élmény megjelenhet: a diagnózis megélése (főleg, ha az adott betegséghez erősen fenyegető reprezentációk társulnak), a kezeléssel járó élmények (elsősorban a testkép sérülése), a társadalmi stigmatizációval kapcsolatos élmények (pl. HIV fertőzés), a megismétlődés/kiújulás fenyegetettsége, az akut fizikai történésekben (infarktus, sztrók, légzési elégtelenség, szívelégtelenség) pedig például a megélt kontrollvesztés élménye. Ebben az értelemben a szomatikus betegség akár különböző traumatikus élmények sorozatát is jelentheti az érintetteknek. A súlyosabb szomatikus betegség hosszabb időre (hetekre, hónapokra, akár évekre vagy véglegesen) felboríthatja a személy korábbi szerepeit, s az ehhez való alkalmazkodás külön megterhelést jelent; hiszen egyszerre érintheti az énkép különböző aspektusait (testi, párkapcsolati, családi, munkahelyi, gazdasági, stb.).

Ugyanakkor a szomatikus betegség (és a személyre kifejtett hatása) a „klasszikus” traumákkal számos alapjellemben megegyezhet, s gyakran meg is egyezik:

- megrendülhet a személy világba, önmagába vetett hite (jellemzően az egészség, sérthetetlenség, halhatatlanság területein),
- erős lehet a kiszolgáltatottság, tehetetlenség, kontrollvesztés élménye (mind a tünetek, mind a kezelés területén);
- az eseményt (betegséget, kezeléssel és szerepekkel járó változásokat) szükséges integrálni az élettörténetbe;
- a megküzdésben – a szakirodalmi adatok szerint is – nagyon hasonló mechanizmusok segíthetnek, mint más traumák esetén.

A különböző testi betegségek, állapotok jelentősen eltérhetnek abban, hogy a traumatizálódás mely aspektusait hordozzák elsősorban, vagy milyen mértékben hordozzák azokat. Így nagyobb eséllyel jelenthetnek traumatikus élményt azok a betegségek, amelyekről a személyben (adott kultúrkörben) az a reprezentáció él, hogy gyógyíthatatlan, „halálos”; azok, amelyek erős stigmatizációval, kirekesztéssel járnak (pl. erősen fertőző vagy erkölcsileg elítélendő viselkedéshez kötődnek); amelyeket a testi én integritásának látható sérülése kísér (külső elváltozások, műtétek); s amelyek hirtelen életveszélyes állapotok megélésével járnak (sztrók, infarktus, erős fiziológiai egyensúlyborulás).

1.3. A testi betegség mint trauma - történeti vonatkozásban

A trauma és szomatikus tünetek, illetve testi betegség kérdésköre nem új keletű a szakirodalomban, ugyanakkor az látható, hogy a téma (kapcsolat) egy-egy szelete, kérdésköre jelenik meg; átfogó tanulmány nem igazán található. Számos publikáció azt mutatja be, hogy traumatizált személyeknél (és poszttraumás stressz zavarban /PTSD/ szenvedőknél) kiemelten gyakoriak a szomatikus tünetek, betegségek. Annak ellenére, hogy a mai napig is kérdéses, hogy a szomatikus betegség mennyire fogható fel traumaként, szinte az összes testi betegségben publikáltak adatokat arra vonatkozóan, hogy megemelkedett a poszttraumás stressz tünetek mennyisége. Egy újabb, erőteljes irányvonal pedig a poszttraumás növekedés (PTN) jelenségét vizsgálja különböző szomatikus betegségek esetén.

Jelen tanulmányban – a történeti szálnak megfelelően – ízelítőt olvashatunk abból, hogy a traumatikus események átélőinél mennyire gyakoriak a testi panaszok; majd a PTSD és PTN irodalmát tekintjük át. A leíró ismeretek mellett fókuszálunk a „komorbiditás” lehetséges háttérmechanizmusaira, külön fejezetben tárgyaljuk a PTSD és PTN viszonyát, s azt, hogy milyen tényezőkön múlhat, hogy egy traumatikus élmény hatására inkább patologizálódás vagy fejlődés indul-e el.

2. Trauma és fizikai egészség – szomatikus tünetek és betegségek PTSD-ben

Számos vizsgálat megerősítette, hogy a PTSD a szomatikus tünetek megemelkedett mennyiségével jár együtt mind a klinikai, mind pedig az átlagpopulációban.

Az elsődleges egészségügyi rendszert igénybevevő személyek esetében Gillock, Zayfert, Hegel és Ferguson (2005) térképezték fel a PTSD és fizikai tünetek arányát és kapcsolatát. Azt találták, hogy a PTSD-s csoport kedvezőtlenebb fizikai egészséggel –rosszabb általános egészség mutatókkal, több fájdalomtünettel, gyengébb fizikai funkcionálással – volt jellemezhető.

Háborús veteránok mintáján több vizsgálat is született. Ausztrál vietnámi veteránok között az átlagpopulációhoz viszonyítva magasabb volt a szomatikus orvoslás igénybevételének az aránya, és számos betegség gyakoribbnak bizonyult

(gyomorproblémák, asztma, ekcéma, ízületi gyulladás, mozgásszervi betegségek, magas vérnyomás) (O'Toole és Catts, 2008). Ezek a problémák a PTSD diagnózissal mutattak kapcsolatot, nem pedig a háborús trauma „mértékével” (gyakoriság, időtartam), vagy a trauma körüli disszociációkkal. Így a szerzők amellett érvelnek, hogy a PTSD és a trauma hatására kialakuló mechanizmusok (jellegzetes hosszú távú működésmódok) felelősek a szomatikus sérülékenyséért, nem pedig maga az akut esemény. A szerzők a háttérben immunológiai mechanizmusokat feltételeznek.

Vaccarino és mtsai (2013) vietnámi veteránok körében (307 ikerpár) vizsgálták, hogy a PTSD tünetek megléte hosszú távon milyen hatást fejt ki a szívre; s hogy jelent-e magasabb kockázatot koronáriabetegség irányába. Több mint 10 éves longitudinális vizsgálatuk rámutatott, hogy a koronáriabetegség gyakoribb a PTSD-vel diagnosztizáltak körében (22,6% vs 8,9%; OR: 2,2) az egyéb változók kontrollja mellett is. Háttérben a hormonális változásokat, ezen belül is a szimpatikus hiperreaktivitás szerepét emelik ki a szerzők, amelynek hatására a mindennapok szintjén nagyobb hemodinamikai terhelés éri a szívet. A szerzők taglalják, hogy a PTSD-vel együttjáró működésbeli jellemzők nem csak a koronária-betegség kockázatát, hanem az egyéb szív-eredetű problémák (pl. infarktus) kockázatát is megemelik. A szimpatikus hiperaktivitáson túl az alacsony szívritmus-variancia (alacsony paraszimpatikus működéslehetőség), a HPA-alterációkkal kapcsolatos metabolikus változások, valamint az egészségmagatartás is háttérmechanizmusként jelenhet meg a PTSD-szív-érrendszeri betegségek kapcsolatában. Veteránok körében gyakori a szomatikus betegségek halmozódása; Avdibegov, Delic, Hadzibeganovic és Selimbasic (2010) a PTSD-s veteránok 40%-ánál több mint 3 szomatikus betegség meglétét írták le, ezek között leggyakoribbnak a magas vérnyomás, angina pectoris, derékfájás, degeneratív csontbetegségek és agyi érbetegségek bizonyultak.

Pacella, Hruska és Delahanty (2013) metaanalízis alá vontak korábbi 62 tanulmányt, amely a PTSD és szomatikus tünetek együttjárását vizsgálta. A legerősebb kapcsolatot a poszttraumás és „általános szomatikus” tünetek között találták (amely magában foglalta a potenciális szomatizációs eredetű tüneteket is), majd gyakoriságban ezt a fájdalmak követték. Ezen kívül több szomatikus betegség együttes fennállása, rosszabb fizikai életminőség, szív- és légzőrendszeri tünetek és gyomor, bélrendszeri tünetek voltak jelentősen gyakoribbak, mint a nem-PTSD-s populációban.

3. PTSD a különböző testi betegségekben

Az elmúlt évtizedekben szinte minden súlyosabb szomatikus betegséggel vagy állapottal kapcsolatban végeztek olyan vizsgálatokat, amelyek a poszttraumás tünetek, vagy stressz-betegség gyakoriságát próbálták feltérképezni. A kutatási eredmények többsége azt mutatja, hogy a szomatikus betegség diagnózisával rendelke-

zó pácienseknél magasabb a PTSD előfordulása mint az egészséges populációban; ugyanakkor a gyakoriság számos tényezőnek – többek között a betegség típusának – a függvénye. A magas komorbiditás potenciális okát taglalva mind pszichológiai, mind neuroendokrin és immunmechanizmusok terítékre kerülnek a szakirodalomban. A következőkben oly módon válogatunk a tanulmányok között, hogy a szomatikus betegségek minél szélesebb tárházát érintsük, s kitekintsünk a bejósoló tényezőkre, s néhány háttérmechanizmus irányába is.

3.1. A PTSD gyakorisága, bejósoló tényezők, lehetséges mechanizmusok pszichoszomatikus betegségekben

Chung, Rudd és Wall (2012) vizsgálatában az asztmás betegek 3%-a felelt meg a PTSD diagnózisának, ugyanakkor több mint 40%-a mutatott részleges PTSD-t (tüneteket). A PTSD-s jellemzők nem voltak összefüggésben a megküzdéssel, egyedül a betegség súlyossága bizonyult szignifikáns előrejelzőnek, vagyis azoknál voltak gyakoribbak a PTSD tünetei, akik betegségüket súlyosabbnak érezték. Sztrók-túlélőket vizsgálva Goldfinger és mtsai (2014) a PTSD bejósólójának a fiatalabb életkort, a visszatérő átmeneti agyi keringészavart, a nagyobb fokú sztrókkal kapcsolatos korlátozottságot és az orvosi tünetek magas számát találták; a legfőbb protektív faktornak pedig a szociális támasz bizonyult.

Einsle, Kraft és Köllner (2012) kardiológiai és onkológiai betegek körében különböző mérőeszközök segítségével igyekeztek feltárni a traumához köthető tünetek mennyiségét. Az eltérő módszerek eltérő gyakoriságot hoztak, és a szerzők rámutattak arra, hogy a különböző testi betegségek/események a traumatikus spektrum élményének és következményeinek különböző kombinációját adják, s hogy fontos lenne a szomatikus betegséget/történést mint traumát pontosabban definiálni. Az eltérő módszertan által okozott bizonytalanságra mutat rá Schaaf és mtsai (2013) szívinfarktuson átesett személyek PTSD-s publikációinak metaanalízise is (a használt kérdőívek függvényében depressziót 14-45%-ban, szorongást 13-61%-ban, PTSD-t pedig 19-27%-ban tudtak azonosítani a különböző vizsgálatok). Gyermekkori rákos betegséget túlélők 88%-nál még 5 év elteltével is magasnak találták a szomatikus és traumával kapcsolatos tüneteket (Erickson és Steiner, 2010). A szerzők úgy vélik, hogy a gyermekkori daganattal kezelt személyek igen gyakran fejlesztenek ki represszív megküzdési stílust, ami rövid távon adaptív lehet, hosszú távon azonban gátolja az érzelmi feldolgozást, és tünetképzéshez vezethet.

Krónikus idiopátiás urtikáriában a PTSD gyakorisága jelentősen meghaladta az átlagpopuláció értékeit, s a kontroll-csoportként használt allergiás betegek értékeit is (34% vs 18%) (Chung, Symons, Gilliam és Kaminski, 2010). A szerzők úgy vélik, a korábbi traumatikus események miatt kialakult PTSD alapot teremt arra, hogy az érintett személyek sérülékennyé váljanak a bőrbetegség irányába (mint számos más szomatikus betegség irányába is). Mechanizmusként a stressz hatására módosult lokális neuroimmun körök változását valószínűsítik, amelyek

a bőrben megnyilvánuló gyulladáshoz vezethetnek. Hasonló konklúzióra jutnak Gupta A. és Gupta K. (2012) is, akik esettanulmányokon keresztül példázzák a traumatikus életesemények miatt kialakult stresszreakciók és a krónikus idiopátiás urtikária közötti kapcsolatot. Öt olyan esettanulmányt mutatnak be, ahol a csalánkiütés mellett PTSD diagnózist is kapott a beteg, s ahol egyértelmű kapcsolat volt látható a trauma (még ha sokkal korábban is érte a személyt, de valamilyen okból „aktiválódott”) és a bőrtünetek között. A PTSD pszichoterápiás kezelésével párhuzamosan az urtikária is jelentősen javult vagy megszűnt. Mechanizmusként a szerzők is neuroendokrin-immun utakat valószínűsítene. A krónikus hiperarousal a stresszhormonok mennyiségének (és arányainak) megváltozása által ingerelheti a bőr hízósejtjeit, amelyek nagy mennyiségű hisztamint termelnek, ez vezethet a kellemetlen tünetekhez.

3.2. A PTSD jelensége súlyos beavatkozásokban

A PTSD gyakoriságát taglaló vizsgálatok a súlyosabb beavatkozással – pl. dialízis, transzplantáció – járó állapotokban is megjelentek. Tagay, Kribben, Hohenstein, Mewes és Senf (2007) vese dializált személyek esetében mérték fel a traumatikus események és a PTSD gyakoriságát. A vesebetegek 77%-a jelzett traumatikus eseményt az elmúlt hónapokban, ami megfelel az átlagpopuláció adatainak; ugyanakkor 17%-nál lehetett diagnosztizálni PTSD-t, ami meghaladja mind az átlagpopuláció, mind pedig a szomatikus betegségekben leírt (10-15%) értékeket. Magát a dialízist a betegek 10%-a vélte traumatikus eseménynek. Máj transzplantáción átesett személyek 3,7%-ánál volt diagnosztizálható PTSD, részleges típusa pedig 5,4%-ánál (Jin és mtsai, 2012). A poszttraumatikus tünetek rosszabb életminőséggel jártak együtt. Bejósító tényezőnek a komplikációk mennyisége bizonyult, protektív faktornak pedig a nagyobb mértékű edukáció. Szív transzplantáció esetében a recipiensek 10,5%-a kapott PTSD diagnózist; további 5% pedig „valószínű PTSD” diagnózist (Stukas és mtsai, 1999). Az eredmény azért fontos, mert korábbi elemzések azt mutatták, hogy a PTSD prediktora (negatív bejósítója) a transzplantáció utáni túlélési időnek. A kutatók feltételezték, hogy a recipienseknek leginkább az jelenthet traumatikus élményt, ha tudják, hogy valakinek meg kell ahhoz halnia, hogy ők szívet kaphassanak. Elemzéseik szerint azonban a PTSD bejósítója a korábbi pszichiátriai zavar és a gyenge családi kohézió voltak. A vizsgálat arra is rámutatott, hogy a beavatkozást nem csak a recipiensek élhetik meg traumatikusnak, hanem a családtagok is, akiknél a PTSD és a „valószínűsíthető PTSD” gyakorisága nem maradt el a recipienseknél mért értékektől (rendre 7,7 % és 11%). A családtagok „érintettségére” – vagyis arra, hogy egy-egy súlyosabb szomatikus betegség/esemény a tágabb szociális környezetnek is traumatikus lehet – más tanulmányok is utalnak. Rosszindulatú daganattal rendelkező gyermekek szüleinél – főleg az édesanyáknál – ugyanannyi, vagy akár több poszttraumás stressz-tünet vagy zavar jelenhet meg, mint a betegeknél (Yalug, I., Tufan, Doksat, Yalug, K., 2011).

3.3. PTSD funkcionális (szomatizációs) kórképekben

A PTSD tünetek vagy diagnózis előfordulása különösen gyakorinak tűnik fájdalombetegségekben, vagy komoly fájdalommal járó kórképekben (Palacio, Krikorian, Saldarriaga, Vargas, 2012; Morasko és mtsai, 2013; Andersen, T., Andersen, P., Vakkala és Elklit, 2012). Hauser és mtsai (2013) fibromyalgiában szenvedő német betegek 45,3%-nál tudtak PTSD-t diagnosztizálni. A magas komorbiditás háttere után kutatva a szerzők megállapították, hogy az érintettek túlnyomó többségénél (66,5%-ánál) a traumatikus esemény, illetve a PTSD tüneteinek kialakulása megelőzte a fibromyalgia (illetve a krónikus szétterjedő fájdalom) jelentkezését az időpontját; 29,5%-nál viszont fordítva: a krónikus fájdalom jelentkezése után jelentek meg a PTSD tünetek (a maradék 4%-nál ugyanabban az évben). A szerzők feltételezik, hogy a PTSD a stressz-vulnerabilitás egy markere lehet, s az ilyen típusú személyek stresszes életesemény hatására nagyobb eséllyel mutatnak szomatikus egészségügyi problémákat. Ugyanakkor a magas komorbiditás háttérben közös genetikai háttér-sérülékenységet is valószínűsítene.

Andersen és mtsai (2012) krónikus fájdalom-szindrómás személyek 23%-nál találtak PTSD-t, s a diagnózis nem függött a fájdalom-betegség fajtájától. A jelen szerzők a magas komorbiditás háttérben a fájdalomérzékenységet emelik ki, mint a PTSD prediktor tényezőjét. Vizsgálatukban mind a fájdalom iránti hipó és hiperérzékenységet leírták (hideg tesztel mérve), ami összességében a CNS fájdalom-szabályozási mechanizmusainak zavarára utal. Defrin és mtsai (2008) korábbi tanulmányokat szemlélve hasonló rendellenességeket találtak; a PTSD-ben szenvedő személyek fájdalomküszöbe szignifikánsan magasabb volt mint a normál vagy szorongásos személyeké (vagyis veszélyes ingerekre alulreagáltak), ugyanakkor küszöb alatti fájdalomingereket jelentősen erősebbnek érzelték. Az előző szerzőkkel összhangban Defrinék is lehetséges magyarázatnak tartják a megváltozott szenzoros feldolgozást a PTSD-s fájdalom-szindrómások között, ugyanakkor azt is elképzelhetőnek vélik, hogy a fájdalmas, vagy potenciálisan fájdalmas ingerekre adott érzelmi interpretációban különböznek a betegek. Az enyhe ingerek iránti hiperreakciókat a katasztrófizálás mechanizmusaival, a fájdalom iránti hipoválaszkészséget pedig a disszociációval hozzák összefüggésbe a szerzők. Mindez rárimel Morasco és mtsai (2013) eredményeire, akik azoknál a veteránoknál, akiknél a fájdalom-szindróma PTSD-vel is társult, maladaptívabb megküzdési mechanizmusokat találtak. A kétféle elképzelés azonban nem egymást kizáró; az idegrendszer fájdalom-szabályozási zavara (amelyet számos, a PTSD-ben regisztrálható agyi változás megerősít) az érzelmi/kognitív feldolgozással interakcióban lehet felelős a hosszan fennálló jellegzetességeikért; a „látszólagos” fájdalomérzékenység mellett az enyhébb fájdalom-ingerekre való hiperreaktivitásért.

3.4. Kiemelt háttérmechanizmusok a PTSD és szomatikus tünetek magas komorbiditásában

A fenti tanulmányok már előrevetítik, hogy PTSD-ben számos olyan változást leírtak vagy valószínűsítettek, amelyek közvetítő kapocsként, lehetséges háttérmechanizmusként jelenhetnek meg a szomatikus tünetek irányába. A leggyakrabban hangoztatott és leginkább feltárt eltérések a stresszválasz szabályozásának módosulása (mind neuroendokrin, mind neuronális szinten), valamint újabban a stresszrendszer alterációival összefüggő immunológiai jellegzetességek. PTSD-s személyek körében a szimpatikus rendszer erősebb aktivitását és reaktivitását találták, ami egy szinte állandósult hiperarousal állapotával jár. A HPA-tengely sajátos módosulása az alacsony alap-kortizolszint, amelynek hátterében a glükokortikoid receptorok túlérzékenysége, s ezzel együtt a megemelkedett negatív feedback található. Ugyanakkor a HPA-tengely a „normálisnál” erősebben reagál stresszteli ingerekre. A stressz-válasz neuroendokrin módosulásait összefüggésbe hozzák a hippokampusz kisebb méretével (Zoladz és Diamond, 2013).

Ugyanakkor a kutatók arra is felhívják a figyelmet, hogy a PTSD-s betegeknek többféle altípusa is lehet, s így eltérő neuroendokrin mintázatok valószínűsíthetők; illetve, hogy nemek közötti különbségek is megfigyelhetők (Freidenberg és mtsai 2010). Auxemery (2012) is amellett érvel, hogy a PTSD egy heterogén betegségecsoport, s a hátterében eltérő neuroendokrin módosulások állhatnak. A szakirodalomban korábban leírt hiposzerotonerg és hipernoradrenerg csoport megléte mellett egy hiperdopaminerg endofenotípus létezését feltételezi; amely elsősorban azoknál valószínűsíthető, akik pszichotikus tüneteket is mutatnak. Az eltérő endofenotípusok létezése magyarázhatja a szerteágazó tünettant; egyúttal azonosításuk segítséget jelenthet a terápia megválasztásában. A metabolikus szindrómával kapcsolatos vizsgálatok továbbá arra mutatnak rá, hogy a PTSD tünetei, mechanizmusai az anyagcsere-módosulásával is együtt járhatnak (Heppner és mtsai, 2012), ami aztán „előszobája” lehet későbbi komolyabb szomatikus rendellenességeknek, betegségeknek.

Az immunológiai eltérések közül a legkiemelkedőbbek a keringő gyulladásoz markerek megemelkedett mennyisége, a bőr antigén-ingerlésére adott fokozott válasz, az alacsonyabb NK-aktivitás, és az alacsonyabb T-sejt szám (Pace és Heim, 2011; Heath és mtsai, 2013). Más szerzők annak a lehetőségét is felvetik, hogy krónikus PTSD-ben a központi idegrendszer gyulladásoz folyamatai is hozzájárulnak az állapot kimeneteléhez, főleg a komorbid depresszió megjelenéséhez (Baker, Nievergelt, O'Connor, 2012).

Bár a vizsgálatok többsége abban a logikai körben gondolkodik, hogy a PTSD (a vele együttjáró pszichológiai és főleg neuroendokrin jellegzetességekkel) vezet a megemelkedett szomatikus sérülékenységhöz, más lehetséges kapcsolatokat sem szabad figyelmen kívül hagyni. Maga a krónikus testi betegség is járhat olyan biológiai változásokkal, amelyek megnövelik a stressz és az azzal összefüggő zavarok valószínűségét. Még kézenfekvőbbnek tűnik feltételezni, hogy a PTSD jellemzői

és bizonyos testi tünetek vagy betegségek háttérében közös sérülékenység húzódik – amely lehet akár biológiai, akár pszichoszociális, illetve ezek kombinációja –, s így mindkettő (s a gyakori együttjárásuk) e közös vulnerabilitás „jelének” tekinthető.

4. Poszttraumás növekedés a különböző szomatikus betegségekben

A traumatikus eseménnyel való szembesülés nem vezet kötelezően patológiás állapothoz, például PTSD-hez. Az elmúlt évtizedekben számos megfigyelés született – a legtöbb talán épp a krónikus szomatikus betegek körében –, amely arra hívta fel a figyelmet, hogy a nehéz élethelyzettel, traumával való küzdelem akár a személyiség fejlődését is magával hozhatja. Az ilyen típusú megfigyelések és kutatások vezettek oda, hogy megjelent a poszttraumás növekedés (PTN) fogalma. Jelen fejezetben e kérdéskört járjuk körül, először általánosan, majd a krónikus szomatikus betegségekkel kapcsolatos poszttraumás növekedés irodalomból csemegézve.

4.1. A poszttraumás növekedés

A traumatikus életesemények szembesítenek saját halandóságunkkal (Hajduska, 2010). A szenvedés pozitív, transzformatív erejéről már Heidegger (1962, id. Yalom, 2003) azt gondolta, hogy a halál tudata az, ami ösztönözhet minket arra, hogy egy magasabb rendű létformába váltsunk át. Tedeschi és Calhoun (2004) a súlyos krízist, mint szeizmikus történést tárgyalja, amely megkérdőjelezi eddigi képünket a világról, és a kognitív sémáink összeomlásával fenyeget. Elméletük szerint a „szeizmikus történést” komoly pszichés distresszel jár, de ezzel együtt a traumával való küzdelem a személyes növekedés lehetőségét is magával hozza. Az új valóság kognitív feldolgozását úgy látják, mint egy földrengés utáni újjáépítést, amely új, nehéz életeseményeknek jobban ellenálló sémák kialakítását feltételezi. Ennek a jelenségnek a megfogására Linley és Joseph (2004) és Tedeschi és Calhoun (2004) összefoglalója alapján számos terminus született: észlelt előnyök, erő átfordítás, pozitív pszichológiai változások, előnytalálás, stresszfüggő növekedés, felvirágzás, pozitív mellékjelenségek, virulás, a jelentés felfedezése, pozitív adaptáció és *poszttraumás növekedés (PTN)*. A poszttraumás növekedés fogalma Tedeschi és Calhoun (1996, 2004) alapján úgy foglалható össze, mint nagyfokú kihívást hozó életeseményekkel való küzdelem talaján megélt pozitív pszichológiai változás. Fontos jellemzője, hogy a személyiség integráltsága, működési szintje meghaladja a traumát megelőző szintet. Vagyis a PTN fejlődéssel, pozitív változás tapasztalatával jár együtt, és javul a trauma előtti alkalmazkodás képessége. A poszttraumás növekedésnek öt alapvető faktorát határozták meg: 1. az élet fokozottabb megbecsülése, 2. szorosabb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok, 3. a személyes erő fokozottabb érzése, 4. új életlehetőségek felfedezése és 5. spiritualitás és egzisztenciális kérdések felé fordulás.

A PTN különbözik a rezilienciától, az optimizmustól és edzettségtől, mert azok a csapással való sikeres megküzdéssel vannak kapcsolatban, míg a PTN a traumával való küzdelem következtében kialakuló transzformációt jelenti (O'Leary és Ickovics, 1995).

Fontos kutatási kérdés, hogy vajon a PTN valóban elkülöníthető-e a megküzdéstől vagy a megküzdés egy formájának tekinthető. Tedeschi és Calhoun (2004) alapján a PTN a traumával való küzdelem eredménye, de Park és Folkman (1997) szerint a trauma feldolgozása úgy tekinthető, mint egy olyan coping stratégia, amely során a szituációs jelentés integrálása történik a globális jelentésbe. Taylor és Armor szerint (1996) a poszttraumás növekedés mint pozitív illúzió funkcionál.

A poszttraumás növekedés jelenségét számos területen vizsgálják – mint például gyász (Calhoun, Tedeschi, Cann és Hanks, 2010), HIV fertőzés (Milam, 2006), nemi erőszak, szexuális abúzus (Lev-Wiesel, Amir, Besser, 2004), háború (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, Calhoun, 2003), stb. – mi azonban jelen fejezetben a szomatikus betegségekkel kapcsolatos irodalmak áttekintésére szűkítjük a kört.

A szomatikus betegségek-poszttraumás növekedés irodalmában több részterület is kitüntetett szerepet kap a kurrens irodalmakban. Vizsgálják a PTN jellegzetességeit a szomatikus betegségek típusának/jellegzetességeinek tükrében (Hefferon, Grealy, Mutrie, 2009); kutatják a növekedés bejósoló faktorait és háttérmechanizmusait a különböző kórképekben (Leung és mtsai, 2012; Bishop és mtsai, 2007). Kiemelt terület a PTN idői lefutásának kérdésköre (Zoellner és Maercker, 2006), s az, hogy a növekedés milyen mértékben képes javítani (képes-e) az életminőséget (Tomich és Helgeson, 2012). A tanulmány terjedelmi korlátja miatt itt csak néhány példát hozunk a különböző területekről, majd a daganatokkal kapcsolatos PTN kutatásokra nézünk rá kicsit részletesebben.

4.2. A PTN fő bejósoló testi betegségekben

A PTN alapvető bejósoló a társas támogatás mértéke és a pozitív coping, amelyek egymással is fontos interakcióban állnak. A társas támogatás a tapasztalatokról való gyakori beszélgetés (Cordova, Cunnigham, Carlson, Andrykowski, 2001) a megnyugtató, az érzelmi és információs támogatás, valamint az összetartozás érzékeltetése által is segít, s a traumatikus helyzet által keltett komplex, pozitív szociális érzelmek a poszttraumás növekedés beindulását is facilitálhatják (Kulcsár, 2005). Egy koronária betegekkel kapcsolatos vizsgálatban azt találták, hogy a magasabb növekedés kapcsolatban volt az orvoshoz járás gyakoriságával és a rehabilitációs programokon való részvétellel is (Leung és mtsai, 2012). Össejt transzplantációval kezelt (leukémiás, limfómás és mellrákos) nőknél arról számoltak be, hogy a rákot túlélő nők magasabb PTN-el jellemezhetőek mint a kontroll személyek, s mint az élettársuk (Bishop és munkatársai, 2002). A poszttraumás növekedés korrelált a támogató csoportban való magasabb részvétellel, s különböző megküzdési módokkal is – mint a pozitív átkeretezés, érzelmi támogatás, instrumentális támogatás, érzelmi feldolgozás és érzelmi kifejezés. A meddőség vizsgálatával kapcsolatban

az emelkedett ki, hogy a reziliencia, a társas támogatás és a pozitív megküzdés pozitívan korrelált a PTN-el, s a variancia 34%-t magyarázták (Yu és mtsai, 2014). A megküzdés részben mediálta a reziliencia, s teljes mértékben a társas támogatás hatását – tehát a pozitív coping fejlesztése facilitálhatja a PTN-t, ami klinikai szempontból nagyon fontos.

4.3. A PTN adaptivitása

A PTN pozitív adaptív következményekkel járhat, amely fontos konstruktummá teszi a klinikai és egészségpszichológiában. Sawyer, Ayers és Field (2010) metaanalízisükben 38 daganatos megbetegedésekkel és HIV-el foglalkozó tanulmány alapján azt találták, hogy kis mértékű pozitív kapcsolat van a PTN és a pozitív mentális egészség és a megnövekedett pszichológiai jóllét, kis mértékű negatív kapcsolat a PTN és a negatív mentális egészség között, és kis mértékű pozitív kapcsolat a PTN és a szubjektív fizikai jóllét között. A szerzők szerint a PTN-t – amely nem sokkal a trauma után jelenik meg – tekinthetjük a kezeléssel járó emocionális distresszel való coping stratégiának is, de később, ahogy a PTN növekszik, még nagyobb hatása lehet a pozitív jóllétre. Ezzel összecseng Zoellner és Maercker (2006) a poszttraumás növekedés Janus arcú modellje. Kétkomponensű elméletük szerint a PTN illuzórikus komponense kezdetben erősebb, pozitív illúziókkal jár, amely segít az emocionális stressz feldolgozásában, de diszfunkcionális hosszú távon, míg a funkcionális komponens (amelyet a legtöbbet vizsgálnak) konstruktív és adaptív, amely a traumával való sikeres megküzdés után növekedést hoz magával. Egy összejt transzplantáción átesett betegeket vizsgáló tanulmányban azt találták (Bishop és mtsai, 2002), hogy a PTN magasabb spirituális jólléttel is párosulhat. A különböző krónikus szomatikus betegségekben végzett vizsgálatok azonban nem hoznak konzisztens eredményeket; valószínűleg a betegség típusának, egyéni jellemzőknek és a használt módszereknek a függvénye is, hogy megragadható-e kapcsolat a PTN és az életminőség különböző mutatói között (Coyne és Tennen, 2010; Zoellner és Maercker, 2006).

4.4. PTN és időbeli jellemzők

Számos tényező befolyásolhatja a poszttraumás növekedést és annak időbeli lefutását. Rajandram, Jenewein, McGrath és Zwahlen (2010) összefoglaló tanulmánya rámutat, hogy például számos vizsgálat heterogén daganatos mintát használ, pedig fontos szempont, hogy a visszaesés és a betegség súlyossága különböző hatással lehet a növekedésre a különböző daganattípusoknál. A legtöbb tanulmány idősebbekkel foglalkozik, s különbözik abban is, hogy a kezelés mely szakaszában vizsgálja a PTN-t. Fontos szempont az is, hogy a Tedeschi és Calhoun-féle (2004) modell szerint a kognitív folyamatok időigényesek, és az emocionális distressz kezelése is sok erőfeszítést igényel. Mindezekből látszik, hogy alapvető a növekedés folyamatjellegének feltárása, s így longitudinális vizsgálatok tervezése (Linley és

Joseph, 2004). Zoellner és Maercker (2006) elmélete jó kezdeményezés arra nézve, hogy megragadja a poszttraumás növekedés komplexitását és folyamatjellegét, s részben magyarázhatja a PTN-el kapcsolatban születő vegyes eredményeket.

4.5. Betekintés a PTN daganatos betegségekkel kapcsolatos irodalmába

Sumalla, Ochoa és Blanco (2009) tanulmánya rámutat, hogy a rák sok szempontból különbözik az akut traumától. Sokkal komplexebb a stresszor, s annak forrása nem a környezetben található, hanem belső természettel rendelkezik. Nem a múltban történetekre fókuszáló a trauma feldolgozása, hiszen a betegek többnyire a jövőtől tartanak. Mivel a kezelés hosszan tartó, és különböző fázisokból áll, folyamatosan jelen vannak a kedvezőtlen események. Az észlelt kontroll nem a trauma következményeitől és természetétől, hanem a kezeléstől és a megelőző módszerektől függ jobban. A daganatos betegséggel való megküzdés jövőbeli és folyamatos integrációt vetít előre, nem pedig egy múltbeli törés miatti helyreállást. Fontos, hogy a diagnózissal kapcsolatos fenyegetettség és bizonytalanság észlelése, valamint a kezelés maga, illetve a prognózis a legerősebb faktorok, amelyek konzisztensen kapcsolatban vannak a PTN-el. A szerzők megállapítják, hogy a növekedés a fenyegetettség és a sérülékenység talaján indul el, így kevésbé elképzelhető egy lineáris kapcsolat a jóllét és a PTN között.

Melldaganatos nőknél Cordova és mtsai (2001) foglalkoztak először azzal, hogy nem csak a distressz, de a betegséggel való küzdelem során kialakuló PTN vizsgálata is fontos. Azt találták, hogy a melldaganatos nők és az egészséges illesztett kontroll személyek nem különböztek a depresszió és a jóllét mértékében, de a melldaganatos nők magasabb PTN-t mutattak, ami az észlelt életfenyegetéssel, a betegségről való előzetes beszélgetéssel és a diagnózis óta eltelt idővel volt kapcsolatban. Az életkor, a családi állapot, az iskolázottság, a foglalkoztatottság, a betegség észlelt intenzitása és az aktív coping is fontos előjelzői a PTN-nek (Belizzi és Blank, 2006; Danhauer és mtsai, 2013). Más kutatások pedig a társas támogatás, a spiritualitás, a diagnózis óta eltelt idő és a betegségteher magasabb indulási szintjének lehetséges prediktív szerepére hívták fel a figyelmet (Danhauer és mtsai, 2013).

A melldaganatos nőknél végzett kutatásokban általában a PTN faktorai közül az élet megbecsülése és a másokhoz való szorosabb kötődés faktorokon találnak magasabb eredményeket egészséges társaikhoz képest – de mindez függhet a betegség súlyosságától is (pl.: tumor méret, pozitív nyirokcsomók száma, hormonkezelés stb.) (Brix és mtsai, 2013). Ezek mellett a spirituális változás (Cordova és munkatársai, 2001) és a személyes erő fokozottabb érzékelése (Mols, Vingerhoets, Coebergh és van de Poll-Franse, 2009) faktorok is kiemelkedtek egy-egy tanulmányban.

A betegség szubjektív értékelésének kitüntetett szerepe lehet a növekedés bejósolásában, illetve a társak PTN-se is bejósolója a melldaganattal küzdő nők növekedésének (Weiss, 2004; Manne és mtsai, 2004).

Brix és munkatársai (2013) eredményei – miszerint a PTN összpontszámában nem találtak különbséget a mellldaganatos és az egészséges nők között – felhívják a figyelmet annak fontosságára, hogy a klinikumban ne alakuljon ki szükségtelen nyomás arra vonatkozólag, hogy a mellldaganatos nőknek magasabb PTN-t kell mutatniuk, mint az egészségeseknek. Ezt támogatja Coyne és Tennen (2010) is, amikor arra inti a kutatókat, hogy attól, hogy könnyen lehet demonstrálni, hogy a pozitív pszichológiai jellemzők előre jelezhetik a fizikai egészség javulását, mégis nehéz oki kapcsolatokat kimutatni. Ezért fontos az erőforrások baseline különbségeinek regisztrálása és a módszertan alapos megtervezése. Gorin (2010) is arra mutat rá, hogy mielőtt evidenciának vennénk a PTN hatását a fizikai jóllétre, fontos lenne a pozitív pszichológiai változásokkal együtt vizsgálni az immunfunkciókat, a rák progresszióját és a mortalitást is. A poszttraumás növekedés irodalmában elsősorban olyan tanulmányokat találhatunk, amelyek a növekedést a jobb életminőséggel és optimálisabb funkcionálással hozzák összefüggésbe (pl.: Brix és munkatársai, 2013; Sawyer, Ayers és Field, 2013), és alig akad olyan vizsgálat, amely „keményebb” biológiai mutatók (pl. prognózis, túlélési idő, betegség-specifikus biológiai paraméterek, stb.) és PTN kapcsolatát kutatja. Kivételnek számít Diaz, Aldridge-Gerry és Spiegel (2014) vizsgálata, melynek során kapcsolatot találtak a poszttraumás növekedés és az egészségesebb napi kortizol mintázat között.

A PTN adaptivitásának felmérése szempontjából a jövőben érdemes lenne az életminőség-mutatók mellett a betegségek prognózisával összefüggő változókat is bevonni az elemzésekbe.

4.6. A PTN mérése, további kérdések

Az eddigi ismereteink alapján egyértelmű, hogy sokkal komplexebb keretben érdemes vizsgálni a PTN-t a különböző szomatikus betegségekben is, s számos módszertani és elméleti megfontolást ajánlatos figyelembe venni. A legtöbb tanulmány a Tedeschi és Calhoun (1996) által kifejlesztett Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőívet használja, amelyet a trauma típusától függetlenül alkalmasnak tartanak a konstruktum vizsgálatára. A teszt széles körben megbízhatónak bizonyul, azonban felmerülnek módszertani problémák a használatával kapcsolatban. Önkitöltős teszt révén szubjektív, az utólagos fejlődéstulajdonítás miatt is kritizálható, valamint az eredeti 5 faktoros struktúra sem jelenik meg a legtöbb adaptációban (pl.: Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi és Calhoun, 2003; Taku, Calhoun, Tedeschi, Gil-Rivas, Kilmer és Cann, 2007; Kovács, Balog és Preisz, 2012). A kérdőív a pozitív változásokkal párhuzamosan nem méri az esetleges negatív változásokat (ilyen tesztből egyelőre kevés van használatban (például: Changes in Outlook Questionnaire, Joseph és mtsai, 1993)).

A PTN-t előrejelző faktorokkal (pl.: distressz, depresszió, személyiségvonások, önfeltárás, megküzdés, társas támasz, környezet, spiritualitás, optimizmus, stb.) kapcsolatban is vegyes eredmények születtek (Ramos és Leal, 2013). Ennek egyik oka lehet, hogy különböző mérőeszközökkel mérik a PTN-t. Ugyancsak bonyo-

líthatja a képet, hogy a vizsgálatok különböznek abban is, hogy a trauma egyszeri vagy hosszantartó-e, vagy hogy milyen súlyos a trauma, s hogy a feldolgozásában hol tart az illető személy (Zoellner és Maercker, 2006). Fontos lenne a viselkedéses és fiziológiai indikátorokat is vizsgálni. A PTN folyamatjellegéből fakadóan pedig elengedhetetlen a pre-post design használata (Linley és Joseph, 2004). A jövőbeni kutatásoknak komplex, többkomponensű modellben, betegség-specifikusan lenne érdemes vizsgálniuk a poszttraumás növekedést, ami – amint láthattuk – olyan jelentős klinikai implikációkat is magával hozhat, amelyek fontosak lehetnek a betegek hosszú távú jólléte szempontjából (Zoellner és Maercker, 2006; Diaz, Aldridge-Gerry és Spiegel, 2014).

5. A PTSD és a PTN kapcsolata; sérülés vagy/és növekedés?

Mint korábban utaltunk rá, a szomatikus betegségek traumával kapcsolatos irodalma eleinte szinte kizárólag a patológiás jegyekre koncentrált, később – főleg az utóbbi egy évtizedben – jelent meg a lehetséges növekedés, fejlődés leírása. A PTSD-t és PTN-t eredendően úgy konceptualizálták, mint az extrém stresszre adott reakciók két végpontját. Később egyre több publikáció jelent meg arról, hogy együtt járhatnak; sőt a megemelkedett distressz és PTSD tünetek megélése a PTN bejósolója (Merecz, Waskowska és Wezyk, 2012). Finch és Beck (2014) metaanalízisükben számos (több mint 40) korábbi tanulmány áttekintésével próbálják megragadni a két konstruktum közötti kapcsolatot. Elemzésük megerősíti, hogy a traumával kapcsolatos distressz tünetek emelkedésével a növekedés is nő, ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy míg korábban a lineáris összefüggést írták le a két változó között, előfordul, hogy a kapcsolatot jobban magyarázza a quadratikus összefüggés. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a kapcsolat erősségében, jellegében, s abban, hogy a PTN mely faktorain jelenik meg inkább változás, jelentős szerepe lehet a trauma jellegének.

Christopher (2004) egyenesen úgy véli, hogy a PTSD-vel összefüggő alapvető mechanizmusok egyúttal a növekedés lehetőségét is magukban hordozzák. A hipervigilancia segíthet abban, hogy a személy a jövőben elkerülje a traumával asszociálódott helyzeteket; a kognitív „újrajátszás” hatására pedig alternatív válaszlehetőségek fejlődhetnek ki. Az érzelmi disszociáció hasznos lehet abban, hogy képesek legyünk távolabbról szemlélni az eseményeket, hogy elkerüljük a hasonló hibákat, s új értelmezések születhessenek. Christopher a traumára adott reakciót biopszichoszociális-evolucionista nézőpontból közelíti meg, s próbálja megragadni, milyen tényezőkön múlik, hogy a trauma patológia vagy fejlődés irányába visz. A szerző úgy véli, hogy a traumára adott válasz jobban megérthető, ha úgy konceptualizáljuk, mint egy evolúciósan beépített lehetőséget a metatanulásra – amely során az énről, a társadalomról és a természetről meglévő korábbi sémáink összetörnek, s újak alakulnak ki. Ilyen értelemben a stresszel kapcsolatos növeke-

dést tarthatjuk a „normális” válasznak a patológizálódással szemben; s a patológias válasz a stressz-válasz maladaptív modulációjának köszönhető, amely az egyén pszichobiológiai jellemzőinek és a szociokulturális környezetnek az interakciójából ered. Patológia akkor alakul ki, ha az aktuális környezet jelentősen eltávolodik az „evolúciósan adaptív környezettől”, úgy, hogy nem alakulnak ki olyan individuális és kollektív sémák, amelyek képesek lennének áthidalni ezt az össze nem illést a self biológiai és szociológiai aspektusa között. Christopher modellje szerint a normál és patológias stressz-válasz kimenetek 3 fő mechanizmusban különböznek: 1. vajon a személy biológiailag egészséges-e annyira, hogy tudja használni az elérhető forrásokat; 2. vajon elérhető-e vagy létre tud-e jönni olyan kognitív séma, amely a stresszt és szorongást tanulásba, értelem találásába és adaptív viselkedésbe képes fordítani, és 3. vajon a szociális környezet elég komplex, rugalmas és válasz kész-e arra, hogy enyhíteni tudja a stresszt.

Ha Christopher elképzelését „lefordítjuk” a szomatikus betegségek „nyelvére”, nagyon fontos implikációkhoz jutunk. 1. A krónikus szomatikus betegséggel szembesülő és ahhoz alkalmazkodó személy biológiailag éppen (és hosszú távon) nem egészséges. Így valószínűleg mindenféle traumatikus eseménnyel szemben – legyen az a betegséggel kapcsolatos vagy attól független – sérülékenyebb. Nem csak a tünetek zavaró volta nehezíti az alkalmazkodást, hanem számos pszichoszomatikus és funkcionális betegségben leírták a neuroendokrin rendszerek és az immunfunkciók módosulását, amely háttérjellemzők alapvetően vulnérabilisabbá teszik a személyt. A krónikus betegség sok aspektusa (tünetek, kezelések, gyógyszerek, beavatkozások, alvásproblémák) jelentős stresszt jelentenek a szervezet számára – még akkor is, ha a személy ezt nem éli meg pszichoszociális értelemben stressznek, feszültségnek –, s megterhelik a stressz-rendszerek működését. 2. Kiemelt jelentősége van annak, hogy a személy hogyan értelmezi a betegségét, hogyan képes keretezni. A sikeres „kognitív rendezés” egyrészt a beteg megküzdési képességeinek a függvénye, másrészt a szociális/kulturális környezet által kínált ismeretek, sémák, sztereotípiák hatása alatt áll. Így a testi betegség kapcsán megélt traumatikus élmények enyhítésében a szociális környezetnek (média, egészségügyi személyzet, család, sorstársak) a „kognitív” szférában is kiemelt szerepe lehet. 3. A szociális környezet stressz-enyhítő feladata más területeken is kiemelkedő: a traumatikusnak megélt élmények (diagnózis, félelmek, súlyosabb beavatkozásokkal kapcsolatos élmények, stb.) megosztása, azok mások általi megértése, elfogadása, érzelmileg támogatja a betegeket. Számos szerző érvel amellett, hogy a trauma negatív hatása valójában csak kapcsolatokon keresztül enyhíthető (Herman, 2011; Kulcsár, 2005, 2007). Szomatikus betegségek esetében a család, barátok és egészségügyi személyzet támogatása mellett jelentős szerepe lehet az önsegítő csoportoknak abban, hogy a betegség élménye inkább a fejlődés irányába mozdítsa az érintetteket.

A PTSD-ben leírt neuroendokrin módosulások azt implikálják, hogy traumatikus élmény hatására – feltehetően az akut stresszben megélt hormonális változások vezénylete alatt és az agyi plaszticitás lehetőségeként – egy ’sérülékeny-

ségi ablak' nyílik meg; amely a korábbi szabályozómechanizmusok gyengülése vagy felfüggesztése révén újak alakulásának adja át a helyét. Korábban az agyi plaszticitás jelentőségét szinte kizárólag csecsemő- és gyermekkorban hangsúlyozták, mára azonban kellő adat gyűlt össze arra vonatkozóan, hogy a plaszticitás lehetősége egész életünkben fennáll, s bizonyos feltételek mellett élvezhetjük az előnyeit és – sajnos – hátrányait is. Kolb és Gibb (2013) review tanulmánya a neuronális plaszticitás 3 fő típusáról ír: a tapasztalat-elváró; a tapasztalat-független és a tapasztalat-függő (tanulás, sérülés, erős környezeti inger, pszichoaktív szer hatására bekövetkező) plaszticitásról. A plaszticitás kor-, agyterület-, és idő-függő, továbbá meghatározó a tapasztalat relevanciája, intenzitása és gyakorisága is. A viselkedésben és neurológiai hálózatban megfigyelhető plaszticitással összefüggő változások a gén-expresszió módosításával járnak, és átadódnak a generációk között. A tapasztalat-függő plasztikus változások interakciója figyelhető meg; nem a tapasztalat, vagy valamely aspektusa, hanem azok interakciója határozza meg a változást; ezt nevezzük „metaplaszticitásnak”. A plaszticitás lehet adaptív és maladaptív is; s az adaptív mechanizmusok megértése (pl. a PTN-ben történő változások) segíthetik a maladaptív változások kezelését is (Kolb és Gibb, 2013; Lövdén, Wenger, Martensson, Lindenberger és Backman, 2013).

A trauma hatására létrejött változások feltehetően adaptív tanulási mechanizmusok, hiszen aktuálisan az egyén túlélését szolgálják. A trauma „elmúltával” azonban további tanulásra van szükség; amelynek segítségével a személy képes a fenyegettség élményét maga mögött hagyni. Úgy tűnik, ebben a folyamatban mindenképpen kiemelt szerepe van a szociális kapcsolatoknak, interakcióknak, hiszen az újratanulás, újraértelmezés humán szinten alapvetően ilyen keretben képzelhető el. Számos bizonyíték van arra is, hogy a szociális kapcsolatok – minőségük és típusuk függvényében – különböző hormonális utakon keresztül (oxitocin, vazopresszin, opioidok) képesek módosítani a HPA-tengely működését (Christopher, 2004). Thomaes és mtsai (2014) a különböző terápiák idegrendszerre kifejtett hatását elemezték metaanalízisükben. Megállapítják, hogy farmakoterápia hatására a hippocampusz méretének növekedése konzisztensnek látszik mind a felnőtt-, mind pedig a gyermekkorban átélt traumák után. A pszichoterápiák idegrendszeri hatása azonban más frontvonalon nyilvánult meg; a prefrontális és hippocampális aktivitás növekedésében és az amygdala aktivitásának csökkenésében. A szerzők úgy vélik, hogy ezek a változások a pszichoterápia során végbemenő tanulóssal és a trauma átértékelésével lehetnek összefüggésben.

6. Összefoglalás

A krónikus szomatikus betegségek nem sorolhatók a „tipikus” traumák közé; azonban a vizsgálatok azt mutatják, hogy a traumákkal kapcsolatos jelenségek – mint a poszttraumás stressz-tünetek és poszttraumás növekedés – gyakori jelenségek a különböző testi betegségekben. A szakirodalmi „kalandozásból” azt emelnénk

ki, hogy egy testi betegség, s az ahhoz való alkalmazkodás különböző fázisai jelenthetnek traumát (vagy akár traumák sorozatát) az érintetteknek. Maga a betegség – a vele járó biológiai változások révén – alapvetően egy sérülékenyebb működésmódot határozhat meg, s a betegség jellegének, a személy megküzdési kapacitásának és a szociális környezet viszonyulásának a függvénye, hogy milyen arányban jelennek meg és maradnak fenn a traumával összefüggő zavaró tünetek, illetve hogy elindul-e a növekedés. A testi betegséget – amennyiben a személy traumatikusként éli meg – érdemes „krízisként”, vagy a „plaszticitás időszakaként” konceptualizálni, s keresni azokat a tényezőket, amelyek segítik a fejlődés irányába történő elmozdulást. A megoldások – mint ahogyan a traumák megélése és az azzal kapcsolatos tünetek kombinációja is – nyilvánvalóan egyediek, azonban kiemelendő a szociális környezet szerepe. A traumával való megküzdés legfőbb mechanizmusai – az élmények megosztása, a kognitív újrastrukturálás, új megküzdési módok kialakítása, a bizalom és önbecsülés visszaállítása – alapvetően segítő szociális interakciókat igényelnek; s társadalmi felelősség is e lehetőségek megteremtése a testi betegségekben szenvedők számára.

Irodalom

- Andersen, T. E., Andersen, P. G., Vakkalac, M. A. és Elklit, A. (2012). The traumatised chronic pain patient – Prevalence of posttraumatic stress disorder – PTSD and pain sensitisation in two Scandinavian samples referred for pain rehabilitation. *Scandinavian Journal of Pain*, 3, 39-43.
- Auxemery, Y. (2012). Etiopathogenic perspectives on chronic psycho traumatic and chronic psychotic symptoms: The hypothesis of a hyperdopaminergic endophenotype of PTSD. *Medical Hypotheses* 79, 667-672.
- Avdibegovic, E., Delic, A., Hadžibeganovic, K. és Selimbašić, Z. (2010). Somatic Diseases in Patients with Posttraumatic Stress Disorder. *Medical Archives*, 64(3), 154-157.
- Baker, D. G., Nievergelt, C. M. és O'Connor, D. T. (2012). Biomarkers of PTSD: Neuropeptides and immune signaling. *Neuropharmacology* 62, 663-673.
- Bellizzi, K. M. és Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56.
- Bishop, M. M., Brady, M. J., Beaumont, J. L., Hahn, E., Cella, D., Andrykowski, M., Horowitz, M. M. és Wingard, J. R. (2007). Late effects of cancer and hematopoietic stem-cell transplantation on spouses and partners compared with survival-matched controls. *Journal of Clinical Oncology*, 25(11), 1403-11.
- Brix, S. A., Bidstrup, P. E., Christensen, J., Rottmann, N., Olsen, A., Tjønneland, A., Johansen, C., és Dalton, S.O. (2013). Posttraumatic growth among elderly women with breast cancer compared to breast cancer-free woman. *Acta Oncologica*, 52, 345-354.

- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., és Hanks, E. A. (2010). Positive outcomes following bereavement: paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 125-143.
- Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review*, 24, 75-98.
- Chung, M. Ch., Rudd, H., Wall, N. (2012). Posttraumatic stress disorder following asthma attack (post-asthma attack PTSD) and psychiatric co-morbidity: The impact of alexithymia and coping. *Psychiatry Research*, 197, 246-252.
- Chung, M. Ch., Symons, Ch., Gilliam, J., Kaminski, E. R. (2010). The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 55-63.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., Andrykowsky, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Coyne, J. C., Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 16-26.
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. H., Avis, N.E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology*, 22(12), 2676-2683.
- Defrin, R., Ginzburg, K., Solomon, Z., Polad, E., Bloch, M., Govezensky, M., Schreiber, S. (2008). Quantitative testing of pain perception in subjects with PTSD – Implications for the mechanism of the coexistence between PTSD and chronic pain. *Pain*, 138, 450-459.
- Diaz, M., Aldridge-Garry, A., Spiegel, D. (2014). Posttraumatic growth and diurnal cortisol slope among women with metastatic breast cancer. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 83-87.
- Einsle, F., Kraft, D., Köllner, V. (2012). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology — which diagnostic tools should be used? *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 434-438.
- Erickson, S.J., Steiner, H. (2010). Trauma Spectrum Adaptation - Somatic Symptoms in Long-Term Pediatric Cancer Survivors. *Psychosomatics*, 41, 339-346.
- Finch, J. Sh., Beck, J. L. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 223-229.
- Freidenberg, B. M., Gusmano, R., Hickling, E. J., Blanchard, E. B., Bremner, J. D., Frye, Ch. (2010). Women with PTSD have lower basal salivary cortisol levels later in the day than do men with PTSD: A preliminary study. *Physiology & Behavior*, 99, 234-236.

- Gillock, K. L., Zayfert, C., Hegel, M. T., Ferguson, R. J. (2005). Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *General Hospital Psychiatry*, 27, 392-399.
- Goldfinger, J. Z., Edmondson, D., Kronish, I. M., Fei, K., Balakrishnan, R., Tuhim, S., Horowitz, C. R. (2014). Correlates of Post-traumatic Stress Disorder in Stroke Survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(5), 1099-105.
- Gorin, S. S. (2010). Theory, measurement, and controversy in positive psychology, health psychology, and cancer: Basics and next steps. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 43-47.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K. (2012). Chronic idiopathic urticaria and post-traumatic stress disorder (PTSD): An under-recognized comorbidity. *Clinics in Dermatology*, 30, 351-354.
- Hajduska, M. (2010). *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., Petermann, F., Prothmann, U., Winkelmann, A., Schmutzer, G., Brähler, E., Glaesmer, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 154, 1216-1223.
- Heath, N. M., Chesney, S. A., Gerhart, J. I., Goldsmith, R. E., Luborsky, J. L., Stevens, N. R., Hobfoll, S. E. (2013). Interpersonal violence, PTSD, and inflammation: Potential psychogenic pathways to higher C-reactive protein levels. *Cytokine*, 63, 172-178.
- Herman, J. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér Kiadó Kft.
- Hefferon, K., Grealy, M., Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*, 14(2), 343-378.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York: Harper&Row
- Heppner, P. S., Lohr, J. B., Kash, T. P., Jin, H., Wang, H., Baker, D.G. (2012). Metabolic Syndrome: Relative Risk Associated with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Severity and Antipsychotic Medication Use. *Psychosomatics*, 53, 550-558.
- Jin, Sh., Yan, L., Xiang, B., Li, B., Wen, T., Zhao, J., Xu, M., Yang, J. (2012). Posttraumatic stress disorder after liver transplantation. *Hepatology International*, 11, 28-33.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 271-279.
- Kolb, B., Gibb, R. (2013). Searching for the principles of brain plasticity and behavior, *Cortex* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2013.11.012>
- Kovács É., Balogh P., Preisz, L. (2012). A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(1), 57-84.

- Kulcsár Zs. (2005). Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In Kulcsár Zs. (Szerk.), *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest: Trefort Kiadó, 9-34.
- Kulcsár Zs. (2007). *Komplex humán emóciók, összetartozás és felépülés*. Budapest: Argumentum Kiadó.
- Leung, Y. W., Alter, D. A., Prior, P. L., Stewart, D. E., Irvine, J., Grace, S. L. (2012). Posttraumatic growth in coronary artery disease outpatients: Relationship to degree of trauma and health service use. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 293-299.
- Lev-Wiesel, R., Amir, M. Besser, A. (2004). Posttraumatic growth among female survivors of child abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 10(1), 7-17.
- Linley, P.A. és Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Lövdén, M., Wenger, E., Mårtensson, J., Lindenberger, U. és Bäckman, L. (2013). Structural brain plasticity in adult learning and development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 2296-2310.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Merecz, D., Waszkowska, M., Wezyk, A. (2012). Psychological consequences of trauma in MVA perpetrators – Relationship between post-traumatic growth, PTSD symptoms and individual characteristics. *Transportation Research, Part F 15*, 565-574.
- Milam, J. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 817-827.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., van-de oll-Franse, L. W. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in longterm breast cancer survivors. *Psychological Health*, 24 (5), 583-595.
- Morasco, B. J., Lovejoy, T. I., Lu, M., Turk, D. C., Lewis, L., Dobscha, S. K. (2013). The relationship between PTSD and chronic pain: Mediating role of coping strategies and depression. *Pain*, 154, 609-616.
- O'Leary, V. E., Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift. *Women's Health*, 1(2), 121-142.
- O'Toolea, B. I., Cattsb, S. V. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: An epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 33-40.
- Pace, Th. W. W., Heim, Ch. M. (2011). A short review on the psychoneuroimmunology of posttraumatic stress disorder: From risk factors to medical comorbidities. *Brain, Behavior, and Immunity*, 25, 6-13.
- Pacella, M. L., Hruska, B., Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 33-46.

- Palacio, C., Krikorian, A., Saldarriaga, N., Vargas, J. J. (2012). Posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 16, 190-195.
- Park, C. L., Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., Calhoun, L.G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71-83.
- Rajandram, R.K., Jenewein, J., McGrath, C.P.J., Zwahlen, R.A. (2010). Posttraumatic growth: A novel concept in oral cavity cancer care? *Oral Oncology*, 46, 791-794.
- Ramos, C., Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 43-54.
- Sawyer, A., Ayers, S., Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436-444.
- Schaaf, K. P. W., Artmana, L. K., Peberdyb, M. A., Walkera, W. C., Ornatoc, J. P., Gossipb, M. R. Kreutzera, J. S. (2013). Anxiety, depression, and PTSD following cardiac arrest: A systematic review of the literature. *Resuscitation*, 84, 873-877.
- Stukas, A. A., Dew, M. A., Switzer, G. E., DiMartini, A., Kormos, L. R., Griffith, B.P. (1999). PTSD in Heart Transplant Recipients and Their Primary Family Caregivers. *Psychosomatics*, 40, 212-22.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C.mBlanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.
- Tagay, S., Kribben, A., Hohenstein, A., Mewes, R., Senf, W. (2007). Posttraumatic Stress Disorder in Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 50(4), 594-601.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 20(4), 353-367.
- Taylor, S. E., Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. W. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual Foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. W. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 9 (3), 455-471.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Jansma, E. P., Veltman, D. J., van Balkom, A. J. (2014). Can pharmacological and psychological treatment change brain structure and function in PTSD? A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 1-15.

- Tomich, P. L., Helgeson, V. S. (2012). Posttraumatic growth following cancer: links to quality of life. *Journal of Trauma Stress, 25* (5), 567-573.
- Vaccarino, V., Goldberg, J., Rooks, Ch., Shah, A. J., Veledar, E., Faber, T. L., Votaw, J. R., Forsberg, Ch.W.,Bremner, J.D. (2013). Post-Traumatic Stress Disorder and Incidence of Coronary Heart Disease. *Journal of American College of Cardiology, 62*, 970-8.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 13*(4), 260-268.
- Yalom, I. D. (2003). *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest: Animula Kiadó.
- Yalug, I., Tufan, A. E., Doksat, K., Yalug, K. (2011). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms in parents of children with cancer: A review. *Neurology, Psychiatry and Brain Research, 17*, 27-31.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research, 215*, 401-405.
- Zoellner, T., Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*, 626-653.
- Zoladz, Ph.R.,Diamond, D.M. (2013). Current status on behavioral and biological markers of PTSD: A search for clarity in a conflicting literature. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 37*, 860-895.

A NEHÉZ HELYZETEKKEL
VALÓ MEGKÜZDÉST
SEGÍTŐ ERŐFORRÁSOK

ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS KRÓNIKUS BETEGSÉGEKBEN¹

1. Bevezetés

Mára számos vizsgálat bizonyítja, hogy a *krónikus betegségek* – pl. a diabétesz mellitus (Delamater, 2009), gyulladásoos bélbetegségek (Bielefeldt, Davis és Binion, 2009), rheumatoid arthritis (Walker, Jackson és Littlejohn, 2004) – *lefolyásában és gondozásában* a pszichológiai/pszichoszociális tényezők jelentős szerepet játszanak (Stanton, Revenson és Tennen, 2007). A betegség diagnosztizálását követő időszakot sokszor a gyászhoz vagy a trauma feldolgozáshoz hasonlítják (Kulcsár, 2005), hiszen a betegség gyakran kikezdi az egyén világról alkotott sémáit, megrengeti a sértetlenségbe vetett hitet (Park és Folkman, 1977), beszűkíti a társas életet, gyakran fizikai korlátozottsággal jár együtt, s ezek mind alááshatják az egyén identitás-érzését. A testi integritás fenyegetettsége, a szociális működés változásai, vagyis az ezeken a területeken bekövetkező *veszteségek* az érzelmi egyensúly elvesztésével, s a szenvedés érzésének (Chapman és Gavrin, 1999) fokozódásával társulhatnak. Ezt az időszakot tehát általában erős negatív érzelmek – büntudat, tagadás, szégyen, harag – jellemezhetik. Vagyis az *érzelmi élet egyensúlyának negatív irányba való eltolódása* következhet be; a hangulat átmenetileg vagy tartósan depresszív jellegűvé válhat (Gatchel, 2004). Chapman és Gavrin (1999) például a krónikus fájdalomban szenvedő betegek között tapasztalt depresszív hangulatot, vagy akár a klinikai szintű depressziót részben a fizikai és pszichoszociális veszteségekre adott pszichés reakcióként értelmezik.

Különböző krónikus betegségekben a klinikai depresszió előfordulása nem elhanyagolható. Roy és Llyod (2012) szisztematikus áttekintése alapján például 1-es típusú diabéteszben a depresszió előfordulása kb. háromszor, 2-es típusú diabéteszben pedig kb. kétszer nagyobb, mint azoknál, akiknél nem diagnosztizálnak diabéteszt. A depresszió jelentőségét mutatja, hogy előfordulása esetén cukorbetegségben az orvosi előírások betartása, így a gyógyszeres kezelés és a diéta betartása rosszabb, ill. a megfelelő testmozgás elvégzésére is kevesebb hangsúly kerül (Nagy, Rosta, Szeman, Sasvari-Szekely és Somogyi, 2011). A depresszió előfordulásának hasonló arányát találják más krónikus betegségekben is: például gyulladásoos bélbetegségekben is nagyjából kétszer nagyobb a depresszió előfordulása, mint a nem beteg közösségi mintában (Graff, Walker és Bernstein, 2009).

¹ A könyvfejezet a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.

A hangulatzavarok mellett krónikus betegségekben a szorongás, illetve a szorongásos zavarok előfordulása is megnövekszik. Azokban a betegségekben, amelyek remissziók és relapszusok váltakozásával, ezeknek a szakaszoknak a kiszámíthatatlanságával, bejósolhatatlanságával jellemezhetőek, értelemszerűen a szorongás előfordulása is megnövekszik. Gyulladásos bélbetegségek (IDB) – így colitis ulcerosa és Crohn betegség – esetében például egyes adatok szerint a betegség relapszusa során a (kérdőívvel mért) állapotszorongás előfordulása magasabb a nem beteg kontrollcsoporthoz képest, míg a vonásszorongás esetében nincs különbség (Addolorato, Capristo, Stefanini és Gasbarrini, 1997). Gyulladásos bélbetegségek esetében a szorongás hátterében sok minden állhat: maguk a tünetek (fájdalom és az ahhoz kapcsolódó szenvedés), a kontroll érzésének hiánya, pénzügyi problémák, a szexuális élettel kapcsolatos aggodalmak, pénzügyi nehézségek, az egyedüllét és a máság érzése (Maunder és mtsai, 1997). A betegek aggódnak amiatt, hogy nyilvános helyen inkontinencia fordulhat elő velük, de aggódnak a daganatos megbetegedés lehetséges kialakulása és a kezelések okozta mellékhatások miatt is (Scholmerich, Sedlak, Hoppeseyler és Gerok, 1987). A betegség miatti aggodalmak a betegséggel kapcsolatos testi jelzésekre (például az alhasi fájdalomra) irányíthatják a figyelmet, s a betegségre jellemző gyulladásos folyamatok által szenzitizált viszcerális jelzések még inkább felnagyíthatódnak, ami az érzelmi válasz – például szorongás – növekedésével társulhat (Bielefeldt és mtsai, 2009). Érdemes megjegyezni, hogy egyes betegségekben, így például IBD-ben, a proinflammátoros citokinek magas szintje – amely nemcsak a betegség fellángolása időszakának, hanem a remisszióknak is jellemzője lehet – is hozzájárulhat a depresszív hangulat és a szorongás kialakulásához (Mackner, Clough-Paabo, Pajer, Lourie és Crandall, 2011).

Tehát a krónikus betegségek szomatikus (pl. fáradtság, (Goedendorp és mtsai, 2014), érzelmi, kognitív (Alosco és Gunstad, 2014)) és társas következményei (Helgeson, Snyder, Escobar, Siminerio és Becker, 2007), vagy akár a kezelések lehetséges mellékhatásai – mint stresszorok – számos negatív érzelmet generálnak. A betegség okozta stressz hatást gyakorolhat a családi működésre, s a családtagok érzelmi és kognitív jellemzői, és a család működése pedig hatással vannak, ill. visszahatnak a betegségre. Nézzünk erre néhány példát a gyermekkori/serdülőkori cukorbetegség kapcsán! Maga a krónikus betegség tulajdonképpen tekinthető stresszornak, és a kezelése számos extra stresszort és feladatot generál (Moore, Hackworth, Hamilton, Northam és Cameron, 2013) és általában jelentős anyagi teherrel is együtt jár (Brehaut és mtsai, 2004). Az 1-es típusú diabétesz kezeléséhez elengedhetetlen a rendszeres vércukor-ellenőrzés, amely a szülők részéről gyakran a hipoglikémiától való félelemmel társul (Gonder-Frederick és mtsai, 2006). Az inzulin beadása is aggodalmat és stresszt generál a gyermekben és a szülőben egyaránt (Marshall, Carter, Rose és Brotherton, 2009). Egy kvalitatív vizsgálat eredményei szerint a szülők folyamatosan amiatt aggódnak, hogy meg tudnak-e felelni a szülői szerepnek (Dashiff, Riley, Abdullatif és Moreland, 2011). Kézenfekvőnek tűnik az a feltételezés, hogy a szülői funkcionálás hat a krónikusan

beteg serdülők életminőségére. Egy újabb, kvalitatív és kvantitatív vizsgálatokat is áttekintő tanulmány szerint elmondható, hogy a szülők által beszámolt magasabb distressz kapcsolatban áll a cukorbeteg gyermek depresszív tüneteivel, a problémás viselkedés előfordulással és az alacsonyabb életminőséggel (Whittemore, Jaser, Chao, Jang és Grey, 2012).

A negatív érzelmek, a testi, és a társas funkciók közötti kölcsönös kapcsolatok empirikus bizonyítékai tehát megerősítik azt a feltételezést, miszerint a negatív érzelmek kezelése, ill. a pozitív érzelmek generálásának és fenntartásának a képessége, vagyis az *érzelemszabályozás krónikus betegségekben az alkalmazkodás szempontjából központi jelentőségű kérdés lehet*. A továbbiakban a testi egészség vizsgálatában az érzelemszabályozás jelentősége mellett érvelünk. Kitérünk az érzelemszabályozás definíciójára, majd a betegséghez való alkalmazkodás folyamatában elemezzük különböző érzelemszabályozó folyamatok (stratégiák) lehetséges szerepét. Áttekintésünk némiképp szelektív, elsősorban arra akar rámutatni, hogy érdemes krónikusan fennálló testi betegségekben (is) az érzelemszabályozási folyamatokat, képességeket figyelembe venni és vizsgálni, illetve akár az intervencióban ezekre kifejezettebb hangsúlyt helyezni.

2. Érzelemszabályozás és testi egészség

Az érzelemszabályozás jelentőségét legtöbbször a pszichopatológiák kialakulásával kapcsolatban hangsúlyozzák (Aldao, Nolen-Hoeksema és Schweizer, 2010; Bóna, Kun, Kökönyei és Demetrovics, 2013). Újabban azonban egyre több figyelem irányul arra, hogy az érzelemszabályozás és a testi egészség (pl. John és Gross, 2004), illetve krónikus betegségekben az érzelemszabályozás és az alkalmazkodás között kapcsolat van. Lumley és munkatársai (Lumley és mtsai, 2011) összefoglaló tanulmányukban például amellet érvelnek, hogy a perzisztens fájdalommal járó betegségekben az érzelmi és érzelemszabályozó folyamatok ismerete és figyelembe vétele mind a fájdalom konceptualizációjában, felmérésében és terápiájában az áttekintett empirikus eredmények alapján indokoltnak tekinthető. A 2014-ben James J. Gross szerkesztésében megjelent *Handbook of Emotion Regulation* c. kötetben Appleton és Kubzansky (2014) a kardiovaszkuláris betegségekre való kockázat függvényében elemzi ezt a témát, de számos más összefoglaló tanulmány igyekszik amellet érvelni (DeSteno, Gross és Kubzansky, 2013), hogy az érzelemszabályozás vizsgálatának van relevanciája a krónikus betegségekhez való alkalmazkodási folyamatban. Soo és munkatársai (Soo, Burney, és Basten, 2009) például a rumináció folyamatának a vizsgálatát tartják fontosnak krónikus betegségekben. Véleményük szerint a rumináció többféle módon is jelentős hatást gyakorolhat a krónikus beteg személyek életminőségére – egyrészt megnövelheti a depresszív és szorongásos tünetek és/vagy zavarok előfordulását, másrészt krónikus beteg populációban a rumináció előfordulása egyfajta kognitív válasz lehet a betegséggel kapcsolatos stresszorokra.

Az érzelemszabályozás és a szomatikus egészség közötti kapcsolat vizsgálata azonban nem feltétlenül új keletű. A korai – elsősorban a pszichoanalízis által dominált – pszichoszomatika szakirodalmában több olyan szerzőt is találunk, akik az érzelemszabályozás folyamatát – ugyan nem ezt a fogalmat használva – elemzik. Alexander (1953) klasszikus elméletében tulajdonképpen az érzelmi kifejezés gátltságát, vagyis az *érzelmi kifejezés elnyomását (szuppresszióját)* köti össze különböző betegségek kialakulásával. Mára főként Gross és munkacsoportja kérdőíves és kísérleti vizsgálataiból ismerjük, hogy mind az aktuális, mind a habituális szuppresszió milyen hatásokkal társulhat (Gross és John, 2003, ld. alább). A pszichoszomatikus betegekkel végzett terápiás munka egyik „gyümölcse” az *alexitímia* fogalma lett (Sifneos, 1973), amelyet később az érzelmek kognitív feldolgozásának és szabályozásának deficitjeként írtak le (Taylor, Bagby és Parker, 1997). Az 1990-es években elsősorban azt hangsúlyozták, hogy az alexitímiás személy az érzelmek kognitív feldolgozásának hiányossága folytán védtelen az emocionális arousalfokozódás differenciálatlan állapotaiból eredő feszültségnövekedéssel szemben (Taylor, Bagby és Parker, 1991), s ez egyfajta sérülékenység forrása lehet, amely emelheti a különböző megbetegedések előfordulásának esélyét. Újabban arra fókuszálnak, hogy az alexitímia hogyan befolyásolhatja különböző érzelemszabályozó stratégiák alkalmazását (ld. alább).

Az érzelemszabályozás kérdéskörét tulajdonképpen előrevetítették azok a vizsgálatok is, amelyek krónikus betegségekben a megküzdés szerepét kutatták (ld. pl. Compas, Jaser, Dunn és Rodriguez, 2012 összefoglalását a megküzdés szerepéről a gyermekkori/serdülőkori krónikus betegségekben). *A stresszhelyzetben kialakuló negatív érzelmek csillapításának kérdésköre pedig expliciten kapcsolható az érzelemszabályozás kérdéséhez.* Ismert továbbá az is, hogy az észlelt stressz rontja a betegséghez való alkalmazkodást, ill. a negatív (Muscatello, Bruno, Scimeca, Pandolfo és Zoccali, 2014) és pozitív érzelmek (Boehm és Kubzansky, 2012; Dockray és Steptoe, 2010; Steptoe, Dockray és Wardle, 2009) nagyban hozzájárulnak a jóllét, így a testi és mentális egészség alakulásához nemcsak egészséges, hanem más populációkban is (Boehm és Kubzansky, 2012; Muscatello és mtsai, 2014).

A továbbiakban először definiáljuk az érzelemszabályozás fogalmát, s bemutatjuk azt a modellt, amely mint elméleti keret segíthet az érzelemszabályozó stratégiákról gondolkodni. Ezt követően a betegséghez való alkalmazkodás folyamatában szerepet játszó érzelemszabályozási stratégiák, azok közül is elsősorban az elfogadás, az érzelmi kifejező viselkedés és annak elnyomása, valamint a rumináció lehetséges szerepét taglaljuk részletesebben.

3. Érzelemszabályozás

Az érzelemszabályozás kapcsán leggyakrabban Thompson (1994) definícióját szokták idézni: „Az érzelemszabályozás olyan extrinzik és intrinzik folyamatokból áll, amelyek az érzelmi reakciók monitorozásáért, értékelésért és módosításá-

ért felelősek, különös tekintettel az érzelmi reakciók intenzitására, idői jellemzőire, annak érdekében, hogy a célok elérésre lehetővé váljon.” (27–28.)². Vagyis az érzelemszabályozási folyamatok befolyásolják a kialakuló érzelmet vagy módosítják a már létrejöttet, de hatással lehetnek arra is, hogy mikor és hogyan tapasztaljuk meg és fejezzük ki az érzelmeinket (Gross, 1998b). Az érzelemszabályozó folyamatok lehetnek impliciték vagy expliciték (Gyurak, Gross és Etkin, 2011), azaz lehetnek automatikusak vagy kontrolláltak, tudatosak vagy tudattalanok. Az érzelemgeneráló folyamat számos állomásán hathatnak; működhetnek az érzellem kiváltódása előtt, után, illetve közben is (Eisenberg és Spinrad, 2004; Gross, 1998; Sheppes és Gross, 2011). Az érzelemszabályozás számos külső szabályozó – egy másik személy, szerhasználat, fizikai környezet – bevonását is jelentheti (Thompson, 1994), de támaszkodhat döntően „belső” folyamatokra: tárgyak és szituációk mentális reprezentációjának manipulációjára (Hoeksma, Oosterlaan és Schipper, 2004), vagyis függhet nyelvi-kognitív folyamatoktól is (Forsyth, Eifert, és Barrios, 2006).

Az érzelemszabályozási stratégiák csoportosítását az érzelemgenerálódás folyamatában alkalmazott stratégia időzítése szerint a *Gross-féle (1998a) folyamatmodell* mutatja be. Az előzményközpontú stratégiák az input megváltoztatását célozzák, vagyis az érzelemgenerálódás folyamatára gyakorolnak hatást: a szituáció szelekciót, a szituáció módosítását, a figyelem irányítását és a kognitív változtatásokat sorolhatjuk ide. A *szituáció szelekció* értelemszerűen azt jelenti, hogy az érzelmeink szabályozása érdekében bizonyos helyzeteket elkerülünk, vagy éppen megközelítünk. A *szituáció módosítása* stratégiával a helyzet aktív alakításán keresztül érhetjük el, hogy érzelmeinket reguláljuk. A *figyelem irányításával* dönthetjük el, hogy egy szituáció mely aspektusára koncentrálunk vagy nem koncentrálunk. A *kognitív változtatások* (pl. a negatív esemény átértékelése pozitív vagy semleges terminusokban) az érzelemgenerálódás folyamatában alakítják a keletkező érzelmek minőségét és/vagy intenzitását (Gross, 1998a, b). A kognitív változtatások közé sorolhatók egyes elhárító mechanizmusok – pl. a tagadás, az izoláció, az intellektualizáció – de a kognitív átkeretezés is (Gross, 1998a). A *válaszközpontú stratégiák* a már létrejött kimenetel megváltoztatását, vagyis a „kész” érzellem megváltoztatását jelentik: például az érzelmi élmény intenzitásának csökkentését, növelését, meghosszabbítását, lerövidítését, az érzelmi élmény kifejezésének elnyomását eredményezhetik. A válaszközpontú stratégiák közül leggyakrabban az érzelmerkifejezés gátlását vizsgálták (ld. alább), de az érzelmi élmény számos kognitív stratégiával is befolyásolható. Például a rumináció és a katasztrofizálás, az önvád vagy mások hibáztatása tartósíthatja a negatív érzelmeket, míg a negatív érzelmeket kiváltó esemény perspektívába helyezése, elfogadása vagy újraértékelése csökkentheti a negatív érzelmek intenzitását vagy gyorsíthatja a felépülési folyamatot (Garnefski

² Saját fordítás.

és Kraaij, 2006). Az érzelmek fiziológiai komponensét (a fiziológiai arousalt) is szabályozhatjuk, pl. légzéstechnikákkal, relaxációs módszerekkel.

Fontos megemlíteni, hogy ez a modell egyfajta átfogó konceptuális modell, és a különböző stratégiákat (pl. a kognitív átkeretezést is) használhatjuk a korai és késői fázisban is, vagyis az érzelmgenerálódás szakaszában, ill. a már kialakult érzelmek befolyásolására is. Úgy tűnik, attól függően, hogy egy adott stratégia időzítése – azaz, hogy az adott stratégiát a kialakuló vagy már létrejött érzelmi élmény módosítására alkalmazzuk – más következményekkel jár az érzelmi állapot alakulására. A pozitív átkeretezés például hatékonyabb lehet a korai, mint a késői fázisban, míg az elterelés, eltávolodás (distraction) az időzítéstől függetlenül fejt ki hatását (Sheppes és Gross, 2011; Sheppes és Meiran, 2007). Míg az eredeti modell az előzményközpontú stratégiák hatékonyságát vetette fel (Gross, 1998a), mára ismert, hogy az érzelmszabályozó stratégiák és a hatékonyság közötti kapcsolat bonyolultabb, mint amit a folyamatmodell eredetileg feltételezett (Sheppes és Gross, 2011).

4. Betegséghez való alkalmazkodás érzelmszabályozási keretben

A krónikus betegségek legalább három jellemzővel írhatók le: (1) időben elhúzódóak, gyakran élethosszig tartanak, (2) spontán módon nem múlnak el, tehát valamilyen kezelésre (gyakran gyógyszeres kezelésre) szükség van és (3) általában a teljes gyógyulás ritkán érhető el (Stanton és mtsai, 2007). Fontos, hogy a krónikus betegségek kialakulását követően általában jelentős életmódbeli váltásra van szükség. A betegséghez való alkalmazkodás a diagnózist követően akár több hónapot is igénybe vehet.

A betegséghez való alkalmazkodás Stanton (Stanton és mtsai, 2007) szerint többféle mutatóval ragadható meg: (1) betegséggel kapcsolatos feladatokban való jártasság, ismeretek megléte (mastery), (2) a funkcionálási státusz, (3) az életminőség alakulása különböző területeken, (4) a pszichés zavarok hiánya, (5) alacsony negatív affektivitás, (6) a pozitív érzelmek megtartásának képessége, (7) az életcélok megtartása. Ezt a felsorolást még egy fontos jellemzővel: a betegség elfogadásával egészíthetjük ki (Kulcsár, 1998). A betegség elfogadása azt implicálja, hogy elfogadjuk, ami megváltoztathatatlan, de emellett annak a belátása is szükséges, hogy az élet más aspektusai továbbra is kontrollálhatók, befolyásolhatók és megváltoztathatók (vö. áttolt kontroll jelentősége, Kulcsár, 1998).

4.1. Elfogadás

Az elfogadás hatását elsősorban krónikus fájdalommal együtt élők körében végzett vizsgálatok demonstrálják, de az elfogadást mint általános pszichológiai folyamatot a krónikus fájdalomtól függetlenül is vizsgálták. Az elfogadás konstruktumát használja az Elfogadás és Elköteleződés Terápia (Acceptance and Commitment

Therapy, a továbbiakban ACT), a jelentudatoságra (mindfulness) építő terápiák, de megjelenik a megküzdés és az érzelemszabályozás irodalmában is. Az ACT keretén belül az averzív vagy nem kívánt szubjektív élmények (érzések, gondolatok) elfogadását hangsúlyozzák (S. C. Hayes, 2004) (s nyilván maga a fájdalom is egy ilyen élménynek tekinthető). A jelentudatoságra³ építő technikák a különböző élmények – így akár a negatív érzelmek, fájdalom – nem ítélkező, azaz az értékelő címkétől megfosztott elfogadást hangsúlyozzák. Adele Hayes és Feldman (2004) (A. Hayes és Feldman, 2004) magát a jelentudatoságot is érzelemszabályozás keretében tárgyalja. Véleményük szerint ez a fajta mentális beállítódás, amit investigatív (Bishop és mtsai, 2004) és metakognitív tudatosság (Teasdale és mtsai, 2002) és elfogadó, értékítélettől mentes, a jelen tapasztalataira irányuló attitűd (Kabat-Zinn, 2003), az élményekre adott nyitottság, kíváncsiság és elfogadás (Kabat-Zinn, 2003; Bishop és mtsai, 2004) jellemez, az egészséges érzelmi élet és az érzelmi egyensúly megvalósítását teszi lehetővé. A jelentudatoság ugyanis támogatja az impulzitivás kontrollt, a célok felé való haladás fenntartását még akadályozó, distresszelő negatív érzelmek feltűnésekor is.

Az ACT-n belül az elfogadást csakúgy mint a tapasztalati elkerülést (amely tulajdonképpen az elfogadás ellentétéként fogható fel) nem érzelemszabályozó stratégiáknak, hanem különböző érzelemszabályozó stratégiák funkciójának, azaz lehetséges céljának gondolják. Míg mások (Aldao és mtsai, 2010; Garnefski, Kraaij és Spinhoven, 2001) az elfogadást érzelemszabályozó stratégiaként definiálják, és az egyén érzelmi állapotába és/vagy az adott szituációba való belenyugvást hangsúlyozzák. Kollman, Brown és Barlow (2009) is amellett érvelnek, hogy az elfogadás megváltoztatja az érzelmi folyamatok dinamikáját, így az elfogadás hat az érzelmi válasz időtartamára, intenzitására, de akár a kifejezésére is, vagyis ebben az értelemben – illeszkedve a Thompson-féle klasszikus definícióhoz (ld. fentebb) – felfogható érzelemszabályozó stratégiaként.

Elfogadás és krónikus fájdalom. Első hallásra talán paradoxnak tűnhet, hogy a krónikus fájdalom elfogadása jobb mentális és fizikai mutatókkal jár együtt, mint a fájdalommal való megküzdés. A megküzdési folyamat során a személyek csalódnak,

³ A jelentudatoság (mindfulness) egy non-elaboratív, ítéletmentes jelen élményeire összpontosító tudatossági mód, amelyben a figyelem terében felbukkanó gondolatok, érzések, szenzációk elismerése és elfogadása a maguk valójában történik (Bishop és mtsai, 2004; Kabat-Zinn, 2003), a valóság torzítása nélkül. Ez a fajta mentális mód, vagy ez a fajta pszichológiai folyamat lehetővé tesz egy sajátos önmegfigyelést és önmegismerést, mégpedig úgy, hogy távolság iktatódik a percepció és az arra adott válasz közé, egyfajta decentrált tudással gyarapodik a személy (Bishop és mtsai, 2004), amely a nem reaktív módú működést erősíti. De a mindfulness nem egyfajta önmonitorozási feladat vagy folyamat (Kabat-Zinn, 2003), inkább experientális nyitottságot tesz lehetővé a jelen pillanat élményére (és az énbén zajló folyamatokra), amely csökkentheti az elkerülő válaszokat, a fájdalom és a kellemetlen gondolatok jobb elfogadásával, s egyben jobb tolerálásával társul. Az ént leértékelő gondolatok (pl. ha ilyet érzek, rossz ember vagyok) vagy reménytelenség érzése (pl. már megint dühös vagyok, soha nem lesz így jobb) egyszerűen csak gondolatokként vagy érzésekként percipiálódnak, vagyis nem az ént minősítő vagy a világ realitását leíró mentális tartalmakként.

frusztrálódnak, amely csak fokozza a korlátozottság, akadályozottság érzését, vagy akár újabb sérülések kialakulását eredményezi (McCracken, 1998; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair és Wetzel, 1999). McCracken (1998) a fájdalom elfogadását a fájdalommal való együttélés olyan módozataként definiálja, amelyben éppen a fájdalommal való folyamatos küzdelem helyett a fájdalmat egy realisztikus megközelítés, valamint a személy mindennapi aktivitásokba való bevonódása jellemez. Ez teszi lehetővé, hogy a mindennapi működést ne a fájdalomra adott reakciók, vagy a fájdalom csökkentésére irányuló viselkedések irányítsák. Ez a „realisztikus” megközelítés azonban nem egy egyszerű döntés következménye, nem is hiedelem vagy mentális gyakorlat, inkább az élmény olyan rugalmas kezelése (McCracken, 2007), amelybe a fájdalom elfogadása is „belefér”, ami által a fájdalmi jelzés elveszíti az élményezőt addig uraló jellegét, annak csupán egyik aspektusává válik. Ez a megközelítés a krónikus fájdalomban a funkionalista kontextualizmus „irányzatába” sorolható (McCracken, 2005).

A kontextualista megközelítés alapján nem a fájdalommal kapcsolatos érzelmek (pl. szenvedés) és kogníciók csökkentése a cél, hanem ezen gondolatok és érzések viselkedésre gyakorolt hatásának megszüntetése. Ez jól egybeesik (S. C. Hayes és Wilson, 2003) a jelentudatoságra (mindfulnessre) építő technikák és/vagy módszerek „hatékonyságának” értelmezésével, amely technikák (vagy maga a képesség) tulajdonképpen a nyelvi címkéket fosztják meg az azokhoz társult értékelő konnotációktól (pl. „a fájdalom rossz”, „a fájdalom korlátozó”). Ez pedig a viselkedés rugalmasságát segíti elő, mivel a verbális regulátoros stratégiákat jobb kontextuális kontroll alá vonja. Krónikus fájdalomban szenvedőknél a jelentudatoság magasabb értékei jobb funkcionálással társulnak (McCracken, Gauntlett-Gilbert és Vowles, 2007), feltételezhető, hogy ebben a kapcsolatban szerepet játszik, hogy a diszpozicionális jelentudatoság a pozitív átkeretezés fokozottabb előfordulásával (Hanley és Garland, 2014) és a fájdalom elfogadásával (Doran, 2014) társul.

Krónikus fájdalomban a fájdalom elfogadása mellett újabban az általános – fájdalomtól független – elfogadás hatását is vizsgálják. Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy aki általánosan képes elfogadni az averzív vagy nem kívánt szubjektív élményeit, jobb funkcionálásról (McCracken és Zhao-O’Brien, 2010) és kisebb mértékű fájdalom katasztrófizálásról (de Boer, Steinhagen, Versteegen, Struys és Sanderman, 2014) számol be.

4.2. Érzelmek kifejezése vagy elnyomása

Greenberg (2007) szerint az érzelemszabályozásban – megfelelő kapcsolati háttéren – vannak olyan beépített folyamatok, így a distressz kifejezése, elfogadása, tudatosítása, amelyek kedveznek az érzelmi distressz oldásának. Eszerint az érzelmek elkerülésének, elnyomásának, megfelelő felhasználásának a hiánya tulajdonképpen maladaptív érzelemszabályozást tükrözhet (Greenberg, 2007). Az adaptív érzelemszabályozás lehetővé teszi a genuin érzelmek átélését és ezeknek

olyan módon való kifejezését, amely biztosítja, hogy mind a saját, mind mások érzelemszabályozási céljai (pl. biztonság, pozitív szociális interakciók, észlelt kompetencia) fennmaradhassanak (Bridges, Denham és Ganiban, 2004). Az adaptív érzelemszabályozást hangsúlyozó megközelítések tehát az *érzelmi élmény és/vagy érzelmkifejezés elnyomását diszfunkcionális stratégiaként*, míg a *kifejezését adaptív stratégiaként* tartják számon.

Újabb elemzések arra hívják fel a figyelmet, hogy az érzelmek kifejezésének adaptivitása több mindenben múlhat: a distresszt okozó események jellemzőin, az átélt érzelem intenzitásán, az adott személy érzelmkifejezési hajlandóságán, ill. a szociális környezet befogadó készségén (Stanton és Low, 2012). Az érzelmek kifejezésének vizsgálatában elterjedt a Pennebaker-féle módszer alkalmazása (Pennebaker és Seagal, 1999). A klasszikus paradigmában a stresszorról kapcsolatos érzelmekről kell 20 percig írni négy alkalommal. Az érzelmek kifejezésének hatását ezzel a módszertannal például a daganatos betegségekkel kapcsolatban is vizsgálták. A korábbi vizsgálatok igazolták, hogy a rákkal kapcsolatos érzelmek kifejezése csökkenti a testi tünetek előfordulását mell-daganatos nők (Stanton és mtsai, 2002) és prosztatata daganatos férfiak (Rosenberg és mtsai, 2002) körében a betegség korai stádiumában. Úgy tűnik, hogy a betegséggel kapcsolatos érzelmek írásban való kifejezésének pozitív hatását több tényező is befolyásolja. Low és munkatársai (Low, Stanton, Bower és Gyllenhammer, 2010) azt találták, hogy ez a fajta módszer az alacsony érzelmi támogatással vagy a friss diagnózissal rendelkezőknél jár inkább jótékony hatással a testi tünetek és az alvási problémák tekintetében.

Az érzelem kifejezés hatását a betegséggel kapcsolatban kérdőíves vizsgálatokban is tesztelték. Stanton és munkatársai szerint az érzelmi kifejezés az érzelmi megközelítő megküzdés része az érzelmek feldolgozására irányuló törekvással együtt (Stanton, Kirk, Cameron és Danoff-Burg, 2000). Ezekben a vizsgálatokban azt találták, hogy bizonyos tényezők befolyásolják az érzelmi megközelítő tendencia hatását. Az egyik vizsgálatban például az érzelmi megközelítő megküzdésnek akkor volt a későbbi funkcionálásra jótékony hatása, ha a daganatos megbetegedésen kívül egyéb jelentős stresszorról nem számoltak be a betegek (Low, Stanton, Thompson, Kwan és Ganz, 2006). Egy másik vizsgálatban pedig a szociális környezet reakciója moderálta az érzelmi megközelítés hatását: az érzelmi megközelítés azoknál járt jobb későbbi funkcionálással, akiknek a szociális környezete receptív volt ezekre az érzelmekre (Stanton, Danoff-Burg és mtsai, 2000).

Stanton és Low (2012) összefoglaló cikkükben az érzelmi kifejezés hatását közvetítő lehetséges tényezők között az alábbiakat sorolja fel: (1) az érzelem kifejezés során az érzelmeinket címkézzük. Ez pedig csökkentheti az adott érzelem szubjektív intenzitását. Érdemes megemlíteni, hogy több vizsgálatban kimutatták, hogy az érzelmek megnevezése csökkenti az amygdala aktivitását (pl. (Hariri, Bookheimer és Mazziotta, 2000; Herwig, Kaffenberger, Jaencke és Bruehl, 2010; Lieberman és mtsai, 2007), így valójában az érzelmek megnevezése implicit érzelemszabályozási mechanizmusként tartható számon (Gyurak és mtsai, 2011). Másrészt Stanton és Low (2012) szerint az érzelmek kifejezése (akár írásban, akár

szóban) segít megérteni és akár átkeretezni az adott stresszort. Bár érdemes megjegyezni: attól, hogy valaki meg tudja nevezni az érzelmét, még nem biztos, hogy azt tolerálhatónak vagy elfogadhatónak éli meg (Stanton, Danoff-Burg és mtsai, 2000). Az *érzelmi válaszok elfogadása* Bridges és munkatársai (2004) szerint tulajdonképpen egy független dimenzió, s az adaptív érzelmszabályozás részeként konceptualizálható. Eszerint az érzelmeikre is reagálhatunk emocionálisan, ezek a metaemocionális élmények pedig befolyásolhatják működésünket. Az érzelmi válaszok elfogadásának fontosságát jól támogatják azok az empirikus eredmények, amelyek az érzelmi reakciókkal kapcsolatos negatív érzések (vagyis az érzelmi elfogadás hiánya) és a maladaptív működés kapcsolatára világítanak rá (Cole és mtsai, 1994; Forsyth és mtsai, 2006; S. C. Hayes, Wilson, Gifford, Follette és Strosahl, 1996). Harmadrészt az érzelmek megnevezése véleményük szerint segít a célokra, a célokkal kapcsolatos korlátokra, nehézségekre irányítani a figyelmet. Negyedszer, a distresszelő érzelmek kifejezése elősegíti a fiziológiai habituációt, mint ahogy erre vizsgálati adatok is utalnak. Például a stresszorról kapcsolatos gondolatokról való írás során a szívritmus habituációját detektálták (Low, Stanton és Danoff-Burg, 2006). Végül Stanton és Low (2012) szerint az érzelmek kifejezése akár erősítheti a szociális kapcsolatokat.

Az érzelmek szabad – szociálisan elfogadható – kifejezésének ellentétéként jelenik meg az érzelmi expresszív viselkedés elnyomása (szupressziója). Gross és John (2003) egyéni különbségeket vizsgáló kutatássorozatukban feltárták, hogy az érzelmi expresszív viselkedés elnyomásának gyakori, vagyis habituális használata – a kognitív átkeretezéssel szemben – kevesebb pozitív és több negatív érzelmmel társult. A szupresszió általánosságban kevesebb szociális támogatással, különösen érzelmi támogatással, valamint több depressziós tünettől járt együtt. A habituális szupressziót alkalmazó személyek kevésbé voltak elégedettek az életükkel, kevésbé voltak optimisták, és nem csak a közeli szociális kapcsolatok és támogatás viszonylagos hiányáról, hanem azok elkerüléséről is beszámoltak. Emellett a Ryff-féle (Ryff, 1989) pszichológiai jóllét mind a hat területén – környezeti hatóképesség, személyes növekedés, önelfogadás, életcélok, autonómia, kapcsolatok – alacsonyabb értékeket értek el a habituálisan kognitív újraértékelést alkalmazókkal szemben, a két csoport között különösen a másokkal való pozitív kapcsolatok terén mutatkozott nagy különbség. Az elnyomás „fogyasztja” a kognitív forrásokat, mivel az érzelmek kifejező tendenciák és a gátlás sikerességének folyamatos monitorozását követeli meg. Továbbá az elnyomás diszkrepanciát okozhat (John és Gross, 2004) a belső élmény és a kifejezett érzés között (Higgins, 1987; Rogers, 1951/1980). Az igazi én (true self) és az autenticitás érzésének hiánya negatív érzésekhez vezethet (Sheldon, Ryan, Rawsthorne és Ilardi, 1997), és a másoktól való elidegenedés esélyét adhatja, alááshatja a közeli kapcsolatokat (John és Gross, 2004; Gross és John, 2003), bár – paradox módon – sokszor éppen azok fenntartása céljából kerül alkalmazásra. Érdemes megemlíteni, hogy az érzelmi kifejezés elnyomása fokozott kardiovaszkuláris reaktivitással társul magánál a személynél (Roberts, Levenson és Gross, 2008) és érdekes módon az interakcióban részt vevő partnernél is (Butler

és mtsai, 2003), befolyásolva a szociális interakciókat. Feltételezhetjük, hogy az expresszív viselkedés elnyomása hasonló közvetítő folyamatokon keresztül fejt ki hatását, mint a Stanton és Low (2012) által leírt érzelmi kifejezés.

Érdemes megemlíteni, hogy az érzelmek kifejezésének gátlása, elnyomása hátterében több ok is lehetséges. Fontos különbséget tenni az érzelmek szimbolizációjának nehézségei, vagyis az alexitímia és az érzelmek kommunikálásának nehézségei, elnyomása között (Suslow, Donges, Kersting és Arolt, 2000). Az alexitímiások esetében az érzelmi kommunikáció hiánya az érzelmi szimbolizáció deficitjeiből fakad, ezzel ellentétben az érzelmi kifejezés elnyomása, gátlása Gross megközelítése szerint a személy tudatos „választása”. A negatív érzelmi élmény gátlásának egy (harmadik) speciális, tudattalan (és automatikus) esete különböző elhárító mechanizmusok alkalmazása, ez azonban empirikusan nehezen vizsgálható.

Ezeket az újabb vizsgálatokat figyelembe véve amellet érvelhetünk, hogy *az érzelmek kifejezésének lehetősége vagy éppen elnyomása befolyásolhatja a krónikus betegséghez való alkalmazkodás folyamatát, beleértve a testi-lelki és szociális funkcionális alakulását*. Érdemes még megemlíteni, hogy korábban elterjedt volt az elképzelés, hogy van rákra hajlamosító személyiség, s ennek az egyik jellemzője éppen az érzelmek elnyomása. Mára azonban tudjuk, hogy az erre a következtetésre jutó vizsgálatok módszertani szempontból megkérdőjelezhetőek. A rákos megbetegedések kialakulása soktényezős folyamat, s ebben a folyamatban önmagában az érzelmek elnyomásának döntő szerepe nincs (l. részletesebben Tiringér, 2007).

Alexitímia és érzelmszabályozás. Fentebb már említettük, hogy az alexitímiát egyes kutatók az érzelmek kognitív feldolgozásának és szabályozásának deficitjeként írták le (Taylor és mtsai, 1997). Újabb vizsgálati eredmények arra utalnak, hogy az alexitímiások az érzelmi kifejezés szupresszióját részesítik előnyben a kognitív átkeretezéshez képest (Swart, Kortekaas és Aleman, 2009). Valójában ez az eredmény nem is olyan meglepő, ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a kognitív átkeretezés során a figyelmet az érzelmi tartalomra kell irányítani, vagyis szükség van arra, hogy az adott személy az inger érzelmi arousalt keltő jellegével tisztában legyen (Sheppes és Gross, 2011). A kognitív átkeretezés megkívánja az érzelmi tudatosság bizonyos szintjét (Subic-Wrana és mtsai, 2014), az alexitímia kulcsjellemzője pedig éppen az érzelmi élmények azonosításának és tudatosításának a deficitje (Lane, Ahern, Schwartz és Kaszniak, 1997). Úgy tűnik, hogy az alexitímia a pozitív érzelmek szabályozására is hatással lehet. A pozitív érzelmek kiaknázásának hiányára utalnak azok a vizsgálatok, amelyek emlékezeti feladatokban a pozitív érzelmeket kifejező szavak és a Toronto Alexitímia Skála (TAS-20) pontszáma között szignifikáns negatív együttjárást detektáltak (Luminet, Vermeulen, Demaret, Taylor és Bagby, 2006). Funkcionális képalkotó eljárást alkalmazó vizsgálatban múltbeli és jövőbeli pozitív élmény elképzelése közben a TAS-20-on magas pontszámot elérő, vagyis alexitímiás csoportban (N=10) a poszterior cinguláris kéreg csökkent aktivitását találták a nyugalmi periódusban mutatott aktivitáshoz képest (Mantani, Okamoto, Shirao, Okada és Yamawaki, 2005). A pozitív érzel-

mek felidézésének és előrevetítésének hiánya gátolhatja a hatékony érzelemszabályozást (Mantani és mtsai, 2005), hiszen megakadályozza, hogy az adott személy élvezze (savor) a múltban bekövetkezett kellemes események felidézése kapcsán kialakuló pozitív érzelmek jótékony hatását.

Krónikus betegségekben az alexitímia előfordulását többen is vizsgálták (Taylor, Bagby és Parker, 1997), például 1-es típusú diabéteszben (Chatzi és mtsai, 2009; Hintistan, Cilingir és Birinci, 2013), és detektálták, hogy az alexitímia – vagy speciálisan egyes összetevői – rosszabb funkcionálással társulnak (Housiaux, Luminet, Van Broeck és Dorchy, 2010; Lemche, Chaban és Lemche, 2014), bár ez utóbbit nem találták meg minden kutatásban (Chatzi és mtsai, 2009). Bonyolítja a kérdést, hogy az alexitímia mely összetevője mutat kapcsolatot a betegség mutatóival. Például 1-es típusú diabéteszrel együtt élő gyerekek körében az alexitímia Nehézségek az érzelmek leírásában (DDF) összetevője társult rosszabb glikémiás kontrollal a demográfiai és a diabéteszrel összefüggő mutatók kontrollálását követően (Housiaux és mtsai, 2010; Moreno-Jimenez, Lopez Blanco, Rodriguez-Munoz és Garrosa Hernandez, 2007). Szintén ez az alexitímia faktor mutatott összefüggést az életminőség mutatóival felnőtt, gyulladós bélbetegséggel diagnosztizáltak mintáján (Moreno-Jimenez és mtsai, 2007). Nehezíti ezeknek az eredményeknek az értelmezését, hogy az érzelmek kommunikálásának nehézsége önmagában még nem jelenti feltétlenül azt, hogy valaki alexitímiás, ahogy fentebb már említettük. Az újabb vizsgálati adatok fényében azonban inkább azoknak a mechanizmusoknak/folyamatoknak az azonosítására lenne szükség, amelyekeken keresztül az alexitímia rosszabb betegséghez való alkalmazkodási mutatókkal társul. A most bemutatott néhány vizsgálat alapján felvetődhet az a gondolat, hogy az alexitímia az érzelemszabályozó stratégiákon keresztül – így például maladaptív érzelemszabályozó stratégiák alkalmazásán keresztül – járul hozzá a rosszabb fizikai és pszichés funkcionáláshoz.

4.3. Rumináció (rágódás) és aggodalmaskodás

A rumináció (rágódás) egyik legismertebb modelljében, a *Választílus elméletben* (Nolen-Hoeksema, 1991) a ruminációt olyan gondolkodási folyamatként azonosítják, amelynek során a személy perszeveratív módon a saját depresszív érzéseire/tüneteire és problémáira, illetve ezek lehetséges okaira, valamint következményeire fókuszál. A későbbi megközelítések már nem korlátozták a rumináció folyamatát a depresszív hangulatra adott lehetséges válaszként, sokkal általánosabb *kognitív érzelemszabályozó stratégiaként* (Garnefski és mtsai, 2001) kezelték, amely stresszhatást követően képes a negatív érzelmeket állandósítani (Alloy és mtsai, 2000). Néhányan kifejezetten azokat a stresszhatásokat emelték ki, amelyek kudarcélménnyel és/vagy hibáink, hiányosságaink kiderülésével társulnak (Martin, Tesser, és McIntosh, 1993), vagyis amelyek arról informálnak minket, hogy a céljaink elérésében éppen nem vagyunk túl sikeresek. Bár a szakirodalomban az érzelem-fókuszú rumináció gyakorta a depresszív hangulattal kapcsolatos folyamatra

utal, más érzelmi állapotokon, így pl. a harag, düh érzésén (Denson, 2013), ill. az azt kiváltó eseményeken is rágódhatunk. A rumináció definíciója attól is függ, hogy milyen magyarázó elméleti keretbe illeszkedik (Smith és Alloy, 2009 áttekintését), de általánosan Ehring és Watkins (2008) az aggodalmaskodással (worry) együtt olyan ismétlődő, negatív gondolkodási folyamatként azonosítja, amelynek során a múltbeli (érzelmi), jelenlegi vagy jövőbeli problémákról/stresszorokról, illetve azok következményeiről szóló gondolatok ismétlődően, némileg intruzív jelleggel fordulnak elő. Ezek a gondolatok sokszor váratlanul, és látszólag hívóinger hiányában törnek a tudatba (Martin és Tesser, 1996), és rendkívül nehezen kontrollálhatók (Ehring és Watkins, 2008).

Rumináció, érzelmi élmények feldolgozása és testi egészség. A rágódást – az aggodalmaskodással együtt – Brosschot (Brosschot, 2002; Brosschot, Gerin és Thayer, 2006; Brosschot, Pieper és Thayer, 2005) perszeveratív kognícióként, azaz a stresszel/stresszorzal kapcsolatos tartalmak kognitív reprezentációinak ismételt vagy krónikus aktivációjaként definiálja (Brosschot és mtsai, 2005). A kognitív reprezentációk ismételt vagy krónikus aktivációja tartós arousallel (Ursin, 2000), és negatív affektivitással (gyakorta szorongással) jár együtt, ezért nevezhetjük ezeket kognitív-érzelmi szenzitizációs mechanizmusnak (Brosschot, 2002). A stresszorok reprezentációinak aktiváltsága tartós készenléti állapotot teremt mind fiziológiai, mind pszichés szinten, s meghosszabbíthatja mind pszichológiai, mind fiziológiai szinten a stresszből való felépülés folyamatát (McCullough, Orsulak, Brandon és Akers, 2007; O'Connor, Walker, Hendrickx, Talbot és Schaefer, 2013; Zoccola, Figueroa, Rabideau, Woody és Benencia, 2014). A rumináció és a szubjektív egészségpanaszok kapcsolatát felnőtt (Borkovec, 1994), serdülő (pl. (Legerstee, Garnefski, Verhulst és Utens, 2011; Lohaus és mtsai, 2013) és gyermek mintán (Jellesma, Rieffe, Terwogt és Kneepkens, 2006; Lohaus és mtsai, 2013) is igazolták keresztmetszeti (Lok és Bishop, 1999) és utánkövetéses vizsgálatokban (Jellesma és mtsai, 2006) .

Fentebb emellett érveltünk, hogy a *krónikus betegségek* gyakran járnak együtt depresszív hangulattal és számos stresszort generálnak. Logikusnak tűnik az a feltételezés, hogy azok, akik a depresszív hangulatra és a stresszre ruminációval reagálnak – vagyis a depresszív hangulat és a stresszorok okaira (így pl. magára a betegségre) és lehetséges negatív következményeire fókuszálnak, adott esetben rosszabb funkcionálásról számolnak be. Egyik saját vizsgálatunkból az derült ki, hogy IBD-s serdülők körében az ismétlődő negatív gondolatok nagyon erős összefüggést mutattak a testképpel való elégedetlenséggel (Kökönyei, Szabó és Veres, 2013), és negatívan befolyásolták az egészséggel összefüggő életminőséget (Kocsel, 2014). A haraggal kapcsolatos ruminatív gondolatok hatását koronáriás szívbetegségben detektálták egy fiziológiai mutatóra: az erek összehúzódásában (vazokonstriktióban) szerepet játszó endothelin-1 stressz provokációt követően a haraggal kapcsolatos gondolatok ruminációjára hajlamos személyeknél növekedett (Fernandez és mtsai, 2010).

Érdeemes megjegyezni, hogy a ruminációt használhatjuk azzal a félig-meddig tudatos céllal, hogy értelmet adjunk az eseményeknek és megoldást találjunk a problémákra (Nolen-Hoeksema, Wisco és Lyubomirsky, 2008). Ezt a gondolatot akár az adott személy metakognitív hiedelmei között meg is találjuk (Papageorgiou és Wells, 2001; Wells és Matthews, 1996). Egy hazai vizsgálatban például 1-es típusú diabéteszes serdülők körében azok a betegséggel kapcsolatos visszatérő gondolatok, amelyek a betegséggel kapcsolatos történések feldolgozásában, megértésében, a jelentés keresésben segítenek, pozitív kapcsolatban álltak a poszttraumás növekedéssel (Reinhardt, 2010). Vagyis fontos különbséget tenni az adaptív és maladaptív rumináció között (Ayduk és Kross, 2010), és a továbbiakban krónikus betegségekben ennek a kettőnek a hatását is vizsgálni.

Érdeemes megjegyezni, hogy a ruminációhoz gyakran társul katasztrofizálás, amely szintén jelentősen befolyásolja a krónikus betegségekhez való alkalmazkodást, például krónikusan beteg serdülők mintáján (Garnefski, Koopman, Kraaij, és ten Cate, 2009) és felnőtt daganatos betegségben szenvedőknél (Porter, Keefe, Lipkus és Hurwitz, 2005) is magyarázta a pszichológiai tünetek előfordulását.

5. Összefoglalás

Jelen fejezetben amellet érveltünk, hogy a krónikus betegségekben az érzelmszabályozó folyamatok, stratégiák vizsgálata releváns. Indokolja ezt a depresszió és a szorongás magas előfordulása, a betegséggel együtt járó stresszorok és a fokozott negatív érzelmek előfordulása. Sok esetben a betegséggel együtt járó immunológiai és viscerális folyamatokban bekövetkező változások is generálnak vagy éppen tartóssá teszik a negatív érzelmeket. Olyan állapotokban, ahol az érzelmi élet egyensúlya negatív irányba eltolódott, kifejezetten szükség lehet olyan hatékony érzelmszabályozó stratégiákra, amelyek csillapítani tudják a negatív érzelmek funkcionálásra gyakorolt hatását, illetve képesek a pozitív érzelmek átélését segíteni. Ez utóbbira a tanulmány keretei között már nem volt lehetőség kitérni, de fontos megemlíteni, számos vizsgálat bizonyítja, hogy a pozitív érzelmek, érzelmszabályozás és egészség között szoros kapcsolat áll fenn (Steptoe és mtsai, 2009).

Irodalom

- Addolorato, G., Capristo, E., Stefanini, G. F., Gasbarrini, G. (1997). Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. *Scand J Gastroenterol*, 32(10), 1013-1021.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Alexander, F. (1953). The Psychological Aspects of Medicine. In A. Weider (szerk.), *Contributions toward medical psychology: Theory and psychodiagnostic methods* (Vol. 1, pp. 12-28): Ronald Press Company.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J Abnorm Psychol*, 109(3), 403-418.
- Alosco, M. L., Gunstad, J. (2014). The Negative Effects of Obesity and Poor Glycemic Control on Cognitive Function: A Proposed Model for Possible Mechanisms. *Current Diabetes Reports*, 14(6), 7.
- Appleton, A. A., Kubzansky, L. D. (2014). Emotion regulation and Cardiovascular Disease Risk. In J. J. Gross (szerk.), *Handbook of emotion regulation*. New York London: The Guilford Press, 596-612.
- Ayduk, O., Kross, E. (2010). From a Distance: Implications of Spontaneous Self-Distancing for Adaptive Self-Reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(5), 809-829.
- Bielefeldt, K., Davis, B., Binion, D. G. (2009). Pain and Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15(5), 778-788.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Boehm, J. K., Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull*, 138(4), 655-691.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. L. Davey, F. Tallis (szerk.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Wiley series in clinical psychology. Oxford, England: John Wiley és Sons, 5-33.
- Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Raina, P., Walter, S. D., Russell, D. J., Swinton, M., Rosenbaum, P. (2004). The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics*, 114(2), e182-191.
- Bridges, L. J., Denham, S. A., és Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75(2), 340-345.

- Brosschot, J. F. (2002). Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(2), 113-121.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124.
- Brosschot, J. F., Pieper, S., Thayer, J. F. (2005). Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1043-1049.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67.
- Bóna A., Kun B., Kökönyei G., Demetrovics Z. (2013). Az affektív szabályozás zavarai és következményei. Evészavarok és addiktív betegségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 71-88.
- Chapman, C. R., Gavrin, J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet*, 353(9171), 2233-2237.
- Chatzi, L., Bitsios, P., Solidaki, E., Christou, I., Kyrlaki, E., Sfakianaki, M., Pappas, A. (2009). Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: a case-control study. *J Psychosom Res*, 67(4), 307-313.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(8), 455-480.
- Dashiff, C., Riley, B. H., Abdullatif, H., Moreland, E. (2011). Parents' experiences supporting self-management of middle adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Nurs*, 37(6), 304-310.
- de Boer, M. J., Steinhagen, H. E., Versteegen, G. J., Struys, M. M. R. F., Sanderman, R. (2014). Mindfulness, Acceptance and Catastrophizing in Chronic Pain. *Plos One*, 9(1).
- Delamater, A. M. (2009). Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10, 175-184.
- Denson, T. F. (2013). The Multiple Systems Model of Angry Rumination. *Personality and Social Psychology Review*, 17(2), 103-123.
- DeSteno, D., Gross, J. J., Kubzansky, L. (2013). Affective Science and Health: The Importance of Emotion and Emotion Regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474-486.
- Dockray, S., Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(1), 69-75.
- Doran, N. J. (2014). Experiencing Wellness Within Illness: Exploring a Mindfulness-Based Approach to Chronic Back Pain. *Qualitative Health Research*, 24(6), 749-760.
- Ehring, T., Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.

- Eisenberg, N., Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334-339.
- Fernandez, A. B., Soufer, R., Collins, D., Soufer, A., Ranjbaran, H., Burg, M. M. (2010). Tendency to Angry Rumination Predicts Stress-Provoked Endothelin-1 Increase in Patients With Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 348-353.
- Forsyth, J. P., Eifert, G. H., Barrios, V. (2006). Fear Conditioning in an Emotion Regulation Context: A Fresh Perspective on the Origins of Anxiety Disorders. In M. G. Craske, D. Hermans, és D. Vansteenwegen (Szerk.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washinton, DC, US: American Psychological Association, 133-153.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32(2), 449-454.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053. doi: 10.1016/j.paid.2006.04.010
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59(8), 795-805.
- Goedendorp, M. M., Tack, C. J., Stegink, E., Bloot, L., Bazelmans, E., Knoop, H. (2014). Chronic Fatigue in Type 1 Diabetes: Highly Prevalent but Not Explained by Hyperglycemia or Glucose Variability. *Diabetes Care*, 37(1), 73-80.
- Gonder-Frederick, L. A., Fisher, C. D., Ritterband, L. M., Cox, D. J., Hou, L., Das-Gupta, A. A., Clarke, W. L. (2006). Predictors of fear of hypoglycemia in adolescents with type 1 diabetes and their parents. *Pediatr Diabetes*, 7(4), 215-222.
- Graff, L. A., Walker, J. R., Bernstein, C. N. (2009). Depression and Anxiety in Inflammatory Bowel Disease: A Review of Comorbidity and Management. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15(7), 1105-1118.
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion coming of age. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 14(4), 414-421.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (szerk.). (2014). *Handbook of emotion regulation* (Second edition). New York London: The Guilford Press.
- Gross, J. J., John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.

- Gyurak, A., Gross, J. J., Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition és Emotion*, 25(3), 400-412.
- Hanley, A. W., Garland, E. L. (2014). Dispositional mindfulness co-varies with self-reported positive reappraisal. *Personality and Individual Differences*, 66, 146-152.
- Hariri, A. R., Bookheimer, S. Y., Mazziotta, J. C. (2000). Modulating emotional responses: effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuroreport*, 11(1), 43-48.
- Hayes, A. M., Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 11(3), 255-262.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10(2), 161-165.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Helgeson, V. S., Snyder, P. R., Escobar, O., Siminerio, L., Becker, D. (2007). Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *J Pediatr Psychol*, 32(7), 794-806.
- Herwig, U., Kaffenberger, T., Jaencke, L., Bruehl, A. B. (2010). Self-related awareness and emotion regulation. *Neuroimage*, 50(2), 734-741.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy – a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Hintistan, S., Cilingir, D., Birinci, N. (2013). Alexithymia among elderly patients with diabetes. *Pak J Med Sci*, 29(6), 1344-1348.
- Hoeksma, J. B., Oosterlaan, J., Schipper, E. M. (2004). Emotion regulation and the dynamics of feelings: A conceptual and methodological framework. *Child Development*, 75(2), 354-360.
- Housiaux, M., Luminet, O., Van Broeck, N., Dorchy, H. (2010). Alexithymia is associated with glycaemic control of children with type 1 diabetes. *Diabetes Metab*, 36(6 Pt 1), 455-462.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Terwogt, M. M., Kneepkens, C. M. F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science és Medicine*, 63(10), 2640-2648.
- John, O. P., Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10(2), 144-156.

- Kocsel N. (2014). *Krónikus beteg gyermekek érzelemszabályozásának és életminőségének vizsgálata. Gyulladásos bélbetegség a rumináció tükrében*. ELTE PPK. MA szakdolgozat.
- Kollman, D. M., Brown, T. A., Barlow, D. H. (2009). The construct validity of acceptance: a multitrait-multimethod investigation. *Behav Ther*, 40(3), 205-218.
- Kököneyi Gy., Szabó D., Veres G.: *Egészséggel összefüggő életminőség és étellel való elégedettség gyulladásos bélbetegséggel diagnosztizált serdülők körében: a testkép és a rumináció szerepe*. Az előadás a Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Nagygyűlésén hangzott el. Budapest, 2013. június 4-7.
- Kulcsár Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE, Eötvös Kiadó.
- Kulcsár Zs. (2005). Bevezető. Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In Kulcsár, Zs. (szerk.), *Téher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest: Trefort Kiadó, 9-33.
- Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*, 42(9), 834-844.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., és Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 319-326.
- Lemche, A. V., Chaban, O. S., Lemche, E. (2014). Alexithymia as a risk factor for type 2 diabetes mellitus in the metabolic syndrome: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*, 215(2), 438-443.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., Way, B. M. (2007). Putting feelings into words - Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science*, 18(5), 421-428.
- Lohaus, A., Vierhaus, M., Frevert, A., Kreienborg, A. K., Laker, E. F., Pelster, S., Schilling, C. (2013). Rumination and symptom reports in children and adolescents: Results of a cross-sectional and experimental study. *Psychol Health*. doi: 10.1080/08870446.2013.780606
- Lok, C. F., Bishop, G. D. (1999). Emotion control, stress, and health. *Psychology és Health*, 14(5), 813-827.
- Low, C. A., Stanton, A. L., Bower, J. E., Gyllenhammer, L. (2010). A Randomized Controlled Trial of Emotionally Expressive Writing for Women With Metastatic Breast Cancer. *Health Psychology*, 29(4), 460-466.
- Low, C. A., Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: Mechanisms for positive health effects. *Health Psychology*, 25(2), 181-189.
- Low, C. A., Stanton, A. L., Thompson, N., Kwan, L., Ganz, P. A. (2006). Contextual life stress and coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer survivorship. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(3), 235-244.
- Luminet, O., Vermeulen, N., Demaret, C., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2006). Alexithymia and levels of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 713-733.

- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Keefe, F. J. (2011). Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology, 67*(9), 942-968.
- Mackner, L. M., Clough-Paabo, E., Pajer, K., Lourie, A., Crandall, W. V. (2011). Psychoneuroimmunologic Factors in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases, 17*(3), 849-857.
- Mantani, T., Okamoto, Y., Shirao, N., Okada, G., Yamawaki, S. (2005). Reduced activation of posterior cingulate cortex during imagery in subjects with high degrees of alexithymia: A functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry, 57*(9), 982-990.
- Marshall, M., Carter, B., Rose, K., Brotherton, A. (2009). Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *J Clin Nurs, 18*(12), 1703-1710.
- Martin, L. L., Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer (Szerk.), *Advances in social cognition*. Mahwah, NJ: Erlbaum, Vol. IX. 1-47.
- Martin, L. L., Tesser, A., McIntosh, W. D. (1993). Wanting but not having: The effects of unattained goals on thoughts and feelings. In D. M. Wegner és J. W. Pennebaker (Szerk.), *Handbook of mental control. Century psychology series*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc., 552-572
- Maunder, R. G., De Rooy, E. C., Toner, B. B., Greenberg, G. R., Steinhart, A. H., McLeod, R. S., Cohen, Z. (1997). Health-related concerns of people who receive psychological support for inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology, 11*(8), 681-685.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*(1), 21-27.
- McCracken, L. M. (2005). Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain, 113*(1-2), 155-159.
- McCracken, L. M. (2007). A contextual analysis of attention to chronic pain: What the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone. *Journal of Pain, 8*(3), 230-236.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain, 131*(1-2), 63-69.
- McCracken, L. M., Spertus, I. L., Janeck, A. S., Sinclair, D., Wetzel, F. T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain, 80*(1-2), 283-289.
- McCracken, L. M., Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain, 14*(2), 170-175.
- McCullough, M. E., Orsulak, P., Brandon, A., Akers, L. (2007). Rumination, fear, and cortisol: an in vivo study of interpersonal transgressions. *Health Psychol, 26*(1), 126-132.
- Moore, S. M., Hackworth, N. J., Hamilton, V. E., Northam, E. P., Cameron, F. J. (2013). Adolescents with type 1 diabetes: parental perceptions of child health

- and family functioning and their relationship to adolescent metabolic control. *Health Qual Life Outcomes*, 11, 50.
- Moreno-Jimenez, B., Lopez Blanco, B., Rodriguez-Munoz, A., Garrosa Hernandez, E. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res*, 62(1), 39-46.
- Muscatallo, M. R., Bruno, A., Scimeca, G., Pandolfo, G., Zoccali, R. A. (2014). Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*, 20(24), 7570-7586.
- Nagy, G., Rosta, K., Szeman, B., Sasvari-Szekely, M., Somogyi, A. (2011). [Clinical aspects of the link between diabetes and depression]. *Orv Hetil*, 152(13), 498-504.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- O'Connor, D. B., Walker, S., Hendrickx, H., Talbot, D., Schaefer, A. (2013). Stress-related thinking predicts the cortisol awakening response and somatic symptoms in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 38(3), 438-446.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Park, C. L., Folkman, S. (1977). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Pennebaker, J. W., Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Lipkus, I., Hurwitz, H. (2005). Ambivalence over emotional expression in patients with gastrointestinal cancer and their caregivers: Associations with patient pain and quality of life. *Pain*, 117(3), 340-348.
- Reinhardt, M. (2010). Poszttraumás növekedés I. típusú diabéteszes serdülők körében. In: Vass Z., Tekler V. (szerk.) *I. Országos Alkalmazott Pszichológiai PhD Konferencia*. Papyrus Book Kiadó, Budapest, 105-115.
- Roberts, N. A., Levenson, R. W., Gross, J. J. (2008). Cardiovascular costs of emotion suppression cross ethnic lines. *Int J Psychophysiol*, 70(1), 82-87.
- Rogers, C.R. (1951/1980). Személyiség és viselkedés-elmélet. In: Szakács F. és Kulcsár Zs. (szerk.) (1980) *Személyiséglelektani szöveggyűjtemény*. II. Tankönyvkiadó, Bp. 369-404.
- Rosenberg, H. J., Rosenberg, S. D., Ernstoff, M. S., Wolford, G. L., Amdur, R. J., Elshamy, M. R., Pennebaker, J. W. (2002). Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(1), 37-53.
- Roy, T., Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142, S8-S21.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it – exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Scholmerich, J., Sedlak, P., Hoppeseyler, P., Gerok, W. (1987). The information needs and fears of patients with inflammatory bowel-disease. *Hepato-Gastroenterology*, 34(4), 182-185.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Rawsthorne, L. J., Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: Cross-role variation in the big-five personality traits and its relations with psychological authenticity and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1380-1393.
- Sheppes, G., Gross, J. J. (2011). Is Timing Everything? Temporal Considerations in Emotion Regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 319-331.
- Sheppes, G., Meiran, N. (2007). Better late than never? On the dynamics of online regulation of sadness using distraction and cognitive reappraisal. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(11), 1518-1532.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22(2), 255-262.
- Smith, J. M., Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128.
- Soo, H., Burney, S., Basten, C. (2009). The role of rumination in affective distress in people with a chronic physical illness A review of the literature and theoretical formulation. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 956-966.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 4160-4168.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169.
- Stanton, A. L., Low, C. A. (2012). Expressing Emotions in Stressful Contexts: Benefits, Moderators, and Mechanisms. *Current Directions in Psychological Science*, 21(2), 124-128.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Stepoe, A., Dockray, S., Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *J Pers*, 77(6), 1747-1776.

- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Brahler, E., Stobel-Richter, Y., Knebel, A., Lane, R. D., Wiltink, J. (2014). How Is Emotional Awareness Related to Emotion Regulation Strategies and Self-Reported Negative Affect in the General Population? *Plos One*, 9(3), 10.
- Suslow, T., Donges, U. S., Kersting, A., Arolt, V. (2000). 20-Item Toronto Alexithymia Scale: Do difficulties describing feelings assess proneness to shame instead of difficulties symbolizing emotions? *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(4), 329-334.
- Swart, M., Kortekaas, R., Aleman, A. (2009). Dealing with Feelings: Characterization of Trait Alexithymia on Emotion Regulation Strategies and Cognitive-Emotional Processing. *Plos One*, 4(6).
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (szerk.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development* Vol. 59, 25-52.
- Tiringer I. (2007). Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In Kállai J., Varga J., és Oláh A. (Szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 383-407.
- Ursin, H. (2000). Psychosomatic medicine: state of the art. *Annals of Medicine*, 32(5), 323-328.
- Walker, J. G., Jackson, H. J., Littlejohn, G. O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 461-488.
- Wells, A., Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888.
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., Grey, M. (2012). Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *Diabetes Educ*, 38(4), 562-579.
- Zoccola, P. M., Figueroa, W. S., Rabideau, E. M., Woody, A., Benencia, F. (2014). Differential Effects of Poststressor Rumination and Distraction on Cortisol and C-Reactive Protein. *Health Psychol*. doi: 2014-02487-001.

KISS ENIKŐ CSILLA

PROTEKTÍV SZEMÉLYISÉGFAKTOROK¹

Mai urbanizált világunk egyik legnagyobb problémája a mindennapjainkhoz hozzátartozó stressz élménye. Az idő felgyorsulása, a rohanás, a naponta tömegével ránk zúduló környezeti ingerek, a külső elvárásoknak való folyamatos megfelelés állandó kihívást jelent és egyben szorításban tartja életünket. A *krónikus stressz* élménye hatással van testi és lelki működésünkre, ami lelki szinten félelmeket, szorongásos megbetegedéseket, depressziót, szomatikus szinten pedig különböző krónikus megbetegedéseket hoz létre.

A krónikus stressz mellett az *akut, súlyos életesemények* is kiválthatják a szervezet stressz reakcióit. Életünk traumatikus váratlan fordulatai kibillentenek minket megszokott egyensúlyi helyzetünkéből, ilyenkor a tragikus változások feldolgozására a támogató társas kapcsolatok mellett szakember segítségére is szükség lehet.

A stressz kutatásával Selye János kezdett el foglalkozni az 1930-as években, *The Stress of Life* (1956) c. kötete magyarul *Életünk és a stressz* címmel több kiadásban is megjelent. Selye elkülönítette egymástól az eustresszt és a distresszt, vagyis a kihívást, a pozitív hatású stresszt az életünkben – amely a fejlődés alapja –, a negatív hatású stressztől, ami krónikussá válva olyan élettani elváltozásokat eredményez, amelyek a legkülönbözőbb stressz betegségek kialakulásához vezetnek.

Az 1960-as évektől kezdve Lazarus foglalkozott a stressz lelki következményeivel. Definíciója szerint megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztik aktuális személyes erőforrásait.

Lazarus és Folkman (1984) valamint Lazarus (1993) *kognitív tranzakcionista coping* modelljében a stresszel való megküzdés leírásában annak *folymatára* helyezi a hangsúlyt. Konceptiójában arra hívja fel a figyelmet, hogy a stresszel való megküzdés a személy és a környezet *interakciójában* zajlik. A stressz kontextuális megközelítése mellett nézőpontjukban a *kognícióra* kerül a hangsúly, eszerint egy adott személy-környezet interakcióban mind az átélt érzelem erősségét és minőségét, mind a megküzdés módját a szituáció kognitív értékelése fogja meghatározni.

¹ A tanulmány megírását az OTKA – K 71754 sz. pályázata támogatta.

Oláh Attila (2005) definíciójában a megküzdés az adaptációt szolgáló tudatos, akaratos erőfeszítés a fizikai, a szociális a fiziológiai környezet valamint a kognitív az érzelmi és az instrumentális viselkedés szabályozására az egyén szempontjából stressz-telítettként felfogott körülmények esetén. A megküzdés egy biológiai (fiziológiai, neuroendokrin és immunológiai) pszichológiai (kognitív, érzelmi és viselkedéses) szociológiai és spirituális feladat, amely a szervezet különböző működési szintjeinek (autonóm, tudattalan, tudatos) összhangját igényli olyan körülmények között, amikor a meglévő erőforrások, a bevált alkalmazkodási sémák nem elegendők.

A stresszel való megküzdés szakirodalmában az interaktív szituatív tényezők modellálása mellett a személyiség megküzdő kapacitásával, annak egyéni stílusával és jellegzetességeivel az ún. *személyiségvonás* vagy trait megközelítések foglalkoznak, az alábbiakban ezek közül mutatjuk be a leginkább ismertté vált tényezőket.

A megküzdés protektív személyiségtényezői

1. Kontrollképesség

A személyiség külső vagy belső kontroll attitűdjének feltárása Rotter (1966) vizsgálataira nyúlik vissza (*locus of control*), mely során megállapítást nyert, hogy a *belső kontroll* attitűddel jellemző személy sikereit vagy kudarcait úgy értékeli, mint saját tevékenységének eredményeit, amelyeket cselekedeteivel befolyásolni tud. A *külső kontroll* attitűddel rendelkező személy ezzel ellentétben sikereit vagy kudarcait külső, általa nem befolyásolható tényezővel hozza összefüggésbe (mint például szerencse vagy balszerencse), és úgy érzi, ki van téve a sors szeszélyeinek (ld. még Kulcsár, 1972/1989; valamint Oláh, 1982).

A kontroll kérdése a megküzdés szempontjából kulcsszerepet játszik. Nem mindegy, hogy a megküzdő cselekvés révén kontrollképességünket éljük meg, vagy éppen ellenkezőleg, úgy érezzük, a helyzet irányítása kicsúszik a kezünk közül, és abban tehetetlenek vagyunk. A *kontroll képesség* vizsgálatával többek között Rothbaum, Weisz és Snyder (1982) foglalkoztak, akik a helyzet kezelhetőségének szempontjából az elsődleges és másodlagos kontrollt különböztették meg. Az *elsődleges kontroll* révén a személy úgy érzi, hogy direkt befolyással rendelkezik az események felett, és azok a cselekedetei révén megváltoztathatóak. A *másodlagos kontroll* gyakorlásakor a személy nem hisz abban, hogy meg tudja változtatni a helyzetet, ehelyett a helyzet elviselhetőségére tesz erőfeszítéseket (pl. indirekt befolyásolás ill. utólagos magyarázat révén). Számos kutatás kimutatta, hogy az elsődleges kontroll (vagyis a belső kontroll attitűd) sokkal kíváncsibb a másodlagos kontrollnál (külső kontroll attitűd), amelynek sok pozitív hozadéka van. Így például az elsődleges kontroll hittel rendelkező személyek általában sokkal segítőkészebbek (Clark, 1991), sokkal több társas támaszt észlelnek (VanderZee, Buunk és Sanderman, 1997), stresszteli szituációban magasabb megküzdési képességgel rendelkeznek

(Band, 1990), magasabb iskolai végzettségük van (Tangney, Baumeister és Boone, 2004), és a munkaerő piacon is jobb a megítélésük (Patten, 2005).

Az elsődleges kontroll beállítódás pozitívnak mutatkozik a betegségekkel való megküzdésben is, amennyiben a személy aktívan keresi azokat a beavatkozási lehetőségeket, amellyel fizikai állapotán javítani tud. Kutatásuk eredményeként ugyanakkor Kam Ming Lim és Rebecca P. Ang (2006) leírják, hogy a másodlagos kontrollal rendelkező személyek lesznek azok, akik a szakembereket problémájukkal inkább felkeresik és segítséget kérnek, akikre nagyobb interperszonális nyitottság jellemző problémájuk elmondásában, valamint a segítséget kérő helyzettel járó stigmát is jobban elviselik.

Az elsődleges kontroll attitűd mindenesetre az *önszabályozás* kérdésével is összefüggésbe hozható, melynek eredményeképpen a személy saját irányítása alá igyekszik vonni a vele történő dolgokat, amibe bele tartozik az is, hogy a külső eseményeken kívül saját gondolkodása, viselkedése és érzelmei fölött is képes kontrollt gyakorolni. A kutatók szerint az önszabályozás képessége alapvetően fontos a megküzdés folyamatában, azon személyiségfaktorok, amelyek az önszabályozásban szerepet játszanak, egyben a sikeres coping tényezői közé sorolhatók.

2. Tanult leleményesség

A fogalom (*learned resourcefulness*) Rosenbaum (1988, 1990) nevéhez köthető, aki a következőképpen határozza meg a jelentését: a tanult leleményesség a képességek és kognitív elvárások összességét tartalmazó személyiségrepertoár, amely segítségével a személy az aktuálisan zajló viselkedés gördülékenységét biztosító belső folyamatait szabályozza. A tanult leleményesség tehát olyan kognitív önszabályozást jelent az egyén részéről, amellyel viselkedése hatékonyságát a különböző körülmények között is biztosítani tudja. Más szavakkal kifejezve a tanult leleményesség elsősorban az önszabályozás képességére utal, a személy korábban jól elsajátított viselkedése és képességei együttesét jelenti, amellyel képessé válik jelenbeli viselkedésének szabályozására.

A folyamatban elsőként a személy a kognitív működés során észleli a külvilág megváltozását, majd ennek a változásnak a belső értékelése történik meg (pozitív-e vagy sem a személy számára). Ezután a személy felbecsüli saját belső erőforrásait (adottságait, képességeit), végül megjelennek a viselkedés eredményességére vonatkozó elképzelések.

A tanult leleményesség személyiség konstruktummal kapcsolatosan megemlíthető például Baydoğan és Dağ (2008) vizsgálata, akik kutatásukban vesebetegknél vizsgálták a kontrollképességet, a tanult leleményességet és a depresszió összefüggését. Azt az eredményt kapták, hogy az idősebb nőbetegeknél jelent meg magasabb depresszió érték, ami külső kontroll attitűddel és a tanult leleményesség alacsony értékével járt együtt.

Egy másik vizsgálatban Chiung-Yu Huang és munkatársai (2010) mellrákban megbetegedett nőknél vizsgálta a depresszió mértékét, az életminőséget és a ta-

nult leleményesség összefüggését. Kutatásukban azt tapasztalták, hogy a tanult leleményesség értéke jó prediktora a megjelenő depresszióknak és az életminőség megélésének.

Rosenbaum a tanult leleményesség képességét fejleszthetőnek tartja, amelyet speciális coping stratégiát fejlesztő tréningek, terápiás technikák révén javítani lehet.

3. Keményen helytálló személyiség

Susan Kobasa az 1970-es évek végén kezdte el kidolgozni a stresszel szemben ellenálló személyiség jellemzőit, amikor a Bell Telefonszolgálat átalakulása miatt a középvezetők és felsőbb vezetők magas fokú stresszt éltek meg. Kutatásai eredményeként azt kapta, hogy a keményen helytálló személyiség (*hardy personality*) három fő személyiségvonással rendelkezik: az elkötelezettséggel, a kontrollképességgel és a kihívások vállalásával.

Az *elkötelezettség* azt jelenti, hogy a személy rendelkezik életcéllal, elhivatottá válik a család, a munka, a közösség, a vallás területén, amely meghatározott irányultságot ad életének. Ez a valamivel vagy valakikkel való elköteleződés képes célt adni az életnek és egyben még több erőfeszítésre sarkall, vagyis az elkötelezettség révén nyer értelmet az élet.

A *kontrollképesség* a külső és belső kontroll attitűdre utal, amelyekről a korábbiakban már volt szó. A külső kontrollos személy a vele történő eseményeket általa irányíthatatlannak véli, míg a belső kontrollos személy hite szerint maga uralja élete eseményeit.

A *kihívás* azt jelenti, hogyan fogjuk fel a minket érő életeseeményeket. A nehézségeket kihívásként érdemes felfogni és nem fenyegetettségként, valamint el kell tudni fogadni azt a tényt is, hogy az életben egyvalami biztos: az állandó változás. A három tényező közül Kobasa a változásra való nyitottság szerepét emelte ki.

Kobasa és mtsai (1985) kutatásai szerint a magas hardiness értékkel rendelkező személyek mind fizikailag, mind lelkileg egészségesebbek.

Nowack (1989) vizsgálatában a keményen helytálló személyiség, a coping, a stressz és a lelki distressz, valamint a fizikai megbetegedések összefüggését vizsgálta egy 194 fős egészséges mintán. Eredményeiben a hardiness értéke jó prediktora volt a pszichés distressz mértékének.

Harrison és mtsai (2002) egészségügyi asszisztensek körében végzett 171 fővel végzett felmérése szintén megerősítette a hardiness és a pszichés distressz közötti fordított irányú összefüggést (vagyis az alacsonyabb hardiness értékkel magasabb distressz érték jár együtt).

Maddi és munkatársai (2006, 2009) a keményen helytálló személyiség konstruktumát a pozitív pszichológiai szemléletbe integrálva úgy látják, hogy a hardiness három komponense (elkötelezettség, kontrollképesség, kihívások vállalása) adják meg a lehetőséget a stressz teli és traumatikus élmények átfordítására és a személyiség fejlődési, növekedési potenciáljának megvalósulására. Vizsgálatuk-

ban a várakozásoknak megfelelően a hardiness negatívan korrelált a depresszióval, a szorongással, az ellenségeskedéssel és a stresszteli gondolatoktól való meneküléssel. A hardiness ugyanakkor pozitív kapcsolatban áll a pozitív attitűdökkel, az egyéni képességekkel és az étellel való elégedettséggel.

4. Én-tudatosság

Az én-tudatosság (*self-consciousness*) személyiségjellemzőjét Fenigstein (1975, 1979) írta le, melynek két fő irányultsága van, a személyes és a társas én-tudatosság.

A *személyes én-tudatosság* az önmagunkban való elmélyedésre vonatkozó adottságot jelenti, ami arra utal, hogy a személy fogékony a belső lelki állapotának monitorozására. A személyes én-tudatosság olyan rálátáshoz vezet, amely révén képessé válunk belső reakcióink, állapotaink, motivációink és érzelmeink észlelésére. Az önmonitorozás, saját magunk lelki működésének megismerése a következő lépésben azt is lehetővé teszi, hogy az irányítást átvegyük érzelmeink, szándékaink felett, ami az önirányítás és önszabályozás lehetőségét teremti meg.

A *társas én-tudatosság* révén a személy az én-működés szociális vonatkozásait vizsgálja, az interperszonális interakcióban szerzett önmagára vonatkozó tapasztalatokat integrálja és hasznosítja a társas tájékozódásban.

Cheek és Briggs (1982) a személyes és társas én-tudatosság valamint az identitás összefüggését vizsgálták. A hipotéziseknek megfelelően a személyes én-tudatosság az identitás személyes tényezőivel áll összefüggésben, míg a társas én-tudatosság az identitás szociális aspektusához kapcsolódik.

5. Én-hatékonyság

A konstruktum (*self-efficacy*) Bandura (1982) nevéhez köthető. A személy én-hatékonyságába vetett hite fontos szerepet tölt be az elérendő célok, feladatok és kihívások tekintetében. Az észlelt én-hatékonyság tényezőit a következő témakörök mentén vizsgálhatjuk. Az én-hatékonyság egyfelől mutatja az egyén hiedelmeit, ismereteit arra vonatkozóan, hogy képes-e az adott teljesítmény vagy cél eléréséhez szükséges cselekvések végrehajtására. A személyiség konstruktum ugyanakkor szubjektív tudást jelent, a személy önmagáról alkotott értékítéletét, és nem az objektíven mérhető készségeket mutatja. A magas én-hatékonysággal jellemző személyek mindenesetre több erőfeszítést fejtenek ki az adott cselekvés végrehajtására, mivel nagyobb az önmagukba, képességeikbe vetett hitük, és ezért erősebb belső motivációval rendelkeznek. Az én-hatékonyság mértéke abban is szerepet játszik, hogy a személy milyen mértékű kitartással rendelkezik, és hogy milyen gyorsan nyeri vissza cselekvőképességébe vetett hitét.

A kutatások alátámasztották, hogy sem a túl magas, sem a túl alacsony én-hatékonyság nem kedvező, mivel a realitástól elszakadó hiedelemrendszer negatívan hat a viselkedésre (vagyis mindkettő téves eredményhez vezet, ha a személy túlzottan pozitívan vagy túlzottan negatívan ítéli meg önmagát).

Az én-hatékonyság hatással van az adott helyzetben tapasztalt érzelmekre is, pl. szorongás esetén a megküzdő képességet erősítheti vagy gyengítheti, ill. szabályozza az átélt szorongás mértékét és az elkerülő viselkedés megjelenését.

Az én-hatékonyság továbbá összefügg a szelekció kérdésével, például arra vonatkozóan, hogyan választjuk meg a környezetünket, s ennek következtében hogyan alakítjuk ki életformánkat, életünket.

Az én-hatékonyság az egészségpszichológia területén az egészség magatartásban játszik kiemelkedő szerepet pl. a nem dohányzás vállalása, a fizikai testgyakorlatok végzése, a diéta, a biztonsági öv használata és sok más szokás kialakítása az én-hatékonyság kérdésével áll összefüggésben (Conner és Norman, 2005). Az egészségpszichológiai kutatási eredményeket összefoglalva megállapítható, hogy a személy én-hatékonyság érzete dönti el, hogy milyen mértékű egészségmagatartás változással próbálkozik a személy, illetve a változtatásba mennyi energiát fektet bele, valamint hogy mennyi ideig tart ki a kudarcok és a felmerülő akadályok közepette.

6. Reziliencia

A reziliencia (*resilience*), a lelki ellenálló képesség faktorának vizsgálata Block (1969) nevéhez nyúlik vissza. Block az ego-reziliencia (ego-resilience) fogalmát használta, mely személyiségjellemző nála az ego-kontroll témaköréhez kapcsolódik. Az ego-kontroll az impulzív reakció szabályozásában játszik szerepet, az ego-reziliencia pedig képes az ego-kontroll egyéni, karakterisztikus szintjét szabályozni. (Az ego-reziliencia ezáltal az ego-kontroll felett álló metafogalom). Az ego-reziliencia konstruktumához hozzátartozik az is, hogy a személy találékony, adaptív és rugalmas módon reagál, amikor új helyzettel áll szemben.

A reziliencia kutatása a későbbiekben a traumatikus élmények és a környezeti tényezők szerepének figyelembe vételével a vonásalapú szemléletet meghaladóan új megközelítést hozott. A reziliencia definíciója ebben a kontextusban a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás lett (az ego-reziliencia helyett a reziliencia fogalmával jelölve, ld. pl. Werner és Smith, 1992, 2001; Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008).

A veszélyeztetett életkörülmények a mai megközelítésben már nagyon sokféle traumatikus eseményt magukban foglalnak, ilyenek lehetnek például a családi körülmények (többek között a szülők mentális terheltsége, szenvedélybetegsége), a szocioökonómiai háttér (a szülők válása, nyomor, egyéb hátrányos helyzet), a szexuális ill. más erőszakos bántalmazás, a természeti katasztrófa (cunami, éghajlatváltozás), a háború és egyéb poszttraumás helyzetek.

A reziliencia témájának klasszikus tanulmányai között megemlíthetjük a Kauai Study-t (Werner és Smith, 1992, 2001); a Lundby Study-t (Cederblad és mtsai, 1994), a Competence Study-t (Masten és mtsai, 1994).

A reziliencia megközelítése ezekben a tanulmányokban már multidimenzionális modellben történik, melyben a rezilienciát befolyásoló egyes tényezők dinami-

kus interaktív kapcsolatban állnak egymással. Az egyes kutatások bemutatják a protektív és kockázati tényezőket, valamint a személyes jellemzők mellett a család és a tágabb környezet szerepét vizsgálják a reziliencia létrejöttében (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick és Sawyer, 2003). A reziliencia kutatások további fejleménye, hogy elérkezett a rezilienciát meghatározó tényezők integratív felfogása, melyben a több szakma érintettsége révén a multidiszciplináris megközelítés jellemző.

A reziliencia bővebb kifejtését ld. *A lelki ellenálló képesség, a reziliencia jelensége a pszichológiában* c. fejezetünkben. A reziliencia mérésére két magyar kérdőív adaptáció is hozzáférhető (Kiss és mtsai, 2015; valamint Járai és mtsai, 2015).

7. Koherencia érzék

A koherencia érzék konstruktumát (*sense of coherence*) Antonovsky (1979, 1987) alkotta meg, akinek a nevéhez a salutogenikus fordulat köthető, vagyis megközelítésében a megbetegedés okainak vizsgálata helyett arra a kérdésre keresi a választ, hogy az emberek *hogyan maradnak egészségesek a patológiás körülmények ellenére*. Az, hogy a stresszor megbetegít-e, annak a függvénye, hogy az egyén hogyan képes bánni a stresszel, hogyan tud megbirkózni vele, illetve képes-e felhasználni olyan protektív forrásokat, mint például az én-erő és a társas támogatás. A koherencia érzék nem közvetlenül coping stratégia, hanem olyan tényező, amely irányítja a megfelelő coping források megtalálását és mobilizálását.

A koherencia érzék három fő komponense a *felfogóképesség* (a külső és belső környezet eseményeinek differenciált észlelése, összefüggéseinek megértése), a *források kezelésére való képesség* (a meglévő források felkutatása és felhasználása) és az *értelmesség* (az értelmes életben való hit, valamint abban való hit, hogy az erőfeszítéseknek van értelme).

Antonovsky szerint a koherencia érzék révén a fenyegetések kihívásokként értelmeződnek, amelyek kezelése a pozitív érzelmek által kiváltott „fiziológiai környezetet” eredményeznek, ami az immunitás fokozódásával jár. A koherencia érzék ezért úgy fogható fel, mint az organizmus immunológiai kompetenciájának mozgatója és az egészség stabilizátora (Oláh, 2004).

A koherencia érzék és az egészségesség összefüggését számos nemzetközi tanulmányban vizsgálták és sikeresen alátámasztották. Ezek közül néhányat megemlítve Cederblad és mtsai (1994) átfogó vizsgálatot végeztek egy prospektív longitudinális népesség vizsgálat keretén belül Svédországban, amely során 148 főt vizsgáltak meg. Salutogenikus megközelítésükben azokat a tényezőket keresték, amelyek a mentális egészséghez vezetnek azokban az esetekben, amikor legalább 3 mentálisan súlyosan veszélyeztető körülmény jelen volt a személy gyermekkorában. Eredményeik összefoglalásában egyfelől a családi tényezők szerepét emelték ki, a bizalom teli kapcsolat és a közös értékek meglétét a szülővel, amelyek kimutathatóan pozitív hatással voltak a személy felnőttkori mentális állapotára. Emellett a pozitív személyiségdiszpozíciók, a koherencia érzék magasabb értéke jó mutatója a későbbi egészségességnek, mely eredmények jól magyarázhatóak Antonovsky megközelítésében.

Későbbi kutatásában Cederblad és mtsai (2003) thai mintán a gyerekek mentális állapota és a szülők koherencia érzékének összefüggését vizsgálta. A kutatásban 456 családot megvizsgálva azt az eredményt kapta, hogy a szülők koherencia érzéke összefügg saját önbecsülésükkel és az alacsony distressz mértékével. A szülők magas koherencia érzéke egyúttal pozitív kapcsolatban áll a gyermek észlelt kompetencia szintjével és fordított összefüggést mutat a gyerekeknél megjelenő észlelt magatartászavarokkal. Ez utóbbi eredmény arra utal, hogy a szülői magas koherencia érték együtt jár azzal, hogy a gyermek megtanulja saját problémái konstruktív kezelését.

A személyiség pozitív védőfaktorainak leírását a vonás alapú optimizmus konstruktum bemutatásával folytatjuk.

8. Diszpozicionális optimizmus

A személyiség konstruktum (*dispositional optimism*) Scheier és Carver (1987) nevéhez kötődik, akik szerint a stresszel szembeni küzdelemben alapvetően fontos szerepet tölt be a lehetséges pozitív kimenetelre történő beállítódás, különösen a megküzdő viselkedés folytatása vagy feladása szempontjából. Az optimista szemléletű emberek a stresszteni szituációkban hajlamosak a pozitív végkifejletre orientálódni, ami segítő hatást gyakorol a megküzdésre. A pszichés hatáson túl az optimizmus, a pozitív beállítódás a szervezet fiziológiai működésére, az immunrendszerre is pozitív hatást gyakorol.

Scheier és mtsai (1989) a diszpozicionális optimizmus hatását vizsgálta koronária betegek bypass műtétjét követően. A vizsgálatot három időpontban folytatták le, a műtét előtti napon, 6-8 nappal az operáció után és végül 6 hónappal az operációt követően. Vizsgálták a páciens fizikai gyógyulására vonatkozó saját megítélését, hangulatát, és a műtétet követő életminőséget. A várakozásoknak megfelelően az optimizmus fontos előrejelzője volt a megküzdési kapacitás és a műtét utáni felépülés sikeressége szempontjából, valamint 6 hónappal a műtét után az optimizmussal rendelkező betegek jelentősen jobb életminőségről számoltak be.

Solberg Nes és Segerstrom (2006) kutatásukban az optimizmus és a coping összefüggésével kapcsolatos szakfolyóirati cikkeket tekintették át, mely során végül 48 szakfolyóirati cikkben megjelenő 11629 vizsgálati személlyel végzett kutatás meta-analízisét végezték el. Kutatásuk eredményeképpen azt kapták, hogy az optimizmus pozitívan korrelál a megközelítő- és a problémafókuszú copinggal, míg negatívan korrelál az elkerülő- és emóciófókuszú copinggal. Eredményeik igazolták azon korábbi hipotézisüket is, hogy az optimizmus sokkal inkább előrejelzi a megközelítő vagy elkerülő coping alkalmazását, mint a probléma- vagy emóciófókuszú copingét. Továbbá az optimizmus a stresszorok függvényében korrelált a különböző coping stratégiákkal, a traumák elsősorban az emocionális fókuszú megközelítést hívják elő, mint a probléma fókuszú megközelítést; a nem traumatikus jellegű stresszorok pedig inkább a probléma fókuszú megközelítést,

mint az emóció fókuszút. Azt az összefüggést is megkapták, hogy az optimista emberek általában jobban megbirkóznak mind a kontrollálható, mind a kontrollálhatatlan stresszorokkal.

A fenti kutatások egyértelműen alátámasztják, hogy a hatékony megküzdés egyik kulcsa a diszpozicionális optimizmus, vagyis a pozitív érzelmek, beállítódás és gondolkodás megélésének képessége.

9. Konstruktív gondolkodás

A konstruktív gondolkodás konstruktumát Epstein és Meier (1989) írták le (*constructive thinking*), aminek lényege a sikert és hatékonyságot hozó alkalmazkodási sémák új helyzetekben történő felhasználásának, átszervezésének és újrasztrukturálásának képessége olyan módon, hogy az érzelmi és racionális viszonyulás egyaránt igazodik a megváltozott feltételekhez. A konstruktív gondolkodás mozgatója a változás iránti érzékenység és nyitottság, amelynek során a változásra való képesség az eredményes alkalmazkodásban valósul meg. A konstruktumba intellektuális és nem intellektuális tényezők is tartoznak, de elsősorban a nem intellektuális tényezőkre fókuszál. A konstruktumra megalkotott kérdőív a Constructive Thinking Inventory (CTI), olyan tényezőkkel korrelál, mint a munkában elért siker, szeretet/szerelem, társas kapcsolatok valamint az érzelmi és fizikai jóllét.

Epstein és Seymour (1994) a kognitív, kísérleti alapú self-megközelítésükben a kognitív és a pszichodinamikus tudattalan teóriáját integrálni kívánják az információ feldolgozási folyamat két paralel, egymással interakcióban lévő aspektusa révén: egy racionális és egy érzelmi rendszer működésének leírásával. A konstruktív gondolkodás működése, a racionális és az érzelmi tényezők összeillesztése a továbbiakban az érzelmi intelligencia konstruktumához is elvezet bennünket.

10. Érzelmi intelligencia

Az érzelmi intelligencia (*emotional intelligence, EQ*) kutatása az 1990-es évektől indult, Salovey és Mayer megközelítésében az egyének között jelentős különbség van az érzelmi információk észlelésében, kifejezésében, felhasználásában és szabályozásában, emellett a személy érzelmi intelligenciája lényegesen hozzájárul a személy intellektuális és jóllét érzéséhez és növekedéséhez.

Mayer és Salovey (1997) szerint az érzelmi intelligencia konstruktuma az érzelmi töltésű információ megértése, feldolgozása és használata mentén megjelenő képességbeli különbségeket jelenti.

Felosztásukban az érzelmi intelligencia négy alkotóeleme: 1. az érzelmek észlelése és kifejezése, 2. a gondolkodás érzelmi serkentése, a megismerő folyamatokra gyakorolt hatás, 3. az érzelmi információ megértése, elemzése és alkalmazása valamint az 4. az érzelmek szabályozása. A modellben szereplő négy tényező kölcsönhatásban van egymással.

A képesség alapú megközelítés mellett megjelentek az érzelmi intelligencia kevert alapú elképzelései is, amelyre Bar-On modellje (1997) lehet példa. Véleménye szerint az érzelmi és a társas intelligencia szorosan összekapcsolódó tulajdonságjellemzőkből áll, így a kettőt együtt vizsgálja kérdőívében, melynek 5 alszkalája az intraperszonális EQ, az interperszonális EQ, az alkalmazkodó EQ, a stresszkezelő EQ, és az általános hangulati EQ.

A kevert típusú modellek között említhetjük meg Cooper és Sawaf (1997) megközelítését, melyben az EQ a képességek és személyiségvonások együttese. Ennek 4 alapösszetevője: 1. az érzelmi műveltség (saját érzelmekről és azok működéséről szóló tudás), 2. érzelmi edzettség (érzelmi kitartás és rugalmasság), 3. érzelmi mélység (érzelmi intenzitás és differenciáltság) és 4. érzelmi alkímia (az érzelmek felhasználása a kreativitásban).

Salovey (2000) továbbá leírta az érzelmek és az egészség egymásra gyakorolt hatását is. Megállapítása szerint az érzelmek összefüggésben vannak a fiziológiai működéssel (mint pl. biokémiai folyamatok, immunrendszer, vérnyomás emelkedés), a kognitív működéssel (az érzelmi állapotok összefüggésben vannak a fizikai tünetek észlelésével, így pl. a negatív érzelmek tünetgazdagsággal járnak és fordítva), a viselkedéses reakciókkal (a negatív érzelmek egészségkárosító magatartással járnak, mint pl. dohányzás, alkohol, drog, míg a pozitív érzelmek az egészségmegőrző magatartáshoz kapcsolódnak), valamint az érzelmi állapotok összefüggenek az interperszonális, társas kapcsolatokkal, amelyek visszahatnak az egészségre (ld. továbbá Nagy H., 2007, 2010).

11. Spirituális intelligencia

A spirituális intelligencia fogalma (*spiritual intelligence, SQ*) a 20. sz. végén jelent meg, az érzelmi intelligencia felfedezése után (Zohar és Marshal, 2000). A spirituális intelligencia az egyedüli intelligencia, amely az ember humánspecifikus adottsága, amellyel más élőlény nem rendelkezik. A spirituális intelligencia nem feltétlen köthető össze a vallásossággal, és nem függ attól sem, ki milyen vallást követ. A SQ lényege, hogy általa az élet dolgait és jelenségeit az én határait meghaladó, tágabb, jóval gazdagabb perspektívába tudjuk helyezni. Spirituális intelligenciával mindenki rendelkezik, a kérdés csupán az, hogy az illető elő kívánja-e hívni ezt a képességét, lehetőségét? A spirituális perspektíva révén szerezhető meg a tudás az élet végső értelméről, valamint a valós értékeket követő, hiteles, autentikus életről. A spiritualitás teszi lehetővé a személy számára a növekedést, a transzformációt, az emberben rejlő humán potenciál kifejlődését. Egyben a spirituális intelligencia az, ami a személyt az egót meghaladó, mindenki felé egyformán irányuló feltétlen szeretet érzéséhez is elvezetheti.

A spiritualitás és a megküzdés kérdését az egészségpszichológiában már eddig is több kutató vizsgálta. A trauma feldolgozás és a gyógyíthatatlan betegségek összefüggésében a szerzők többek között olyan pozitív komplex humán érzések szerepét vizsgálták, mint az elfogadás, a hatalom átadása, az önátadás, a hála és a megbocsátás.

Életünk számos eseményét, mint például az öregedés, az egészség, betegség, halál kérdéseit, a szélsőséges traumatikus helyzeteket sok esetben nem tudjuk kézben tartani, vagyis nem tudjuk kontrollálni. A kutatások bebizonyították, hogy ezekben az esetekben a kontroll mindenáron történő fenntartása – a helyzet elfogadása helyett – rontja a testi és lelki egészséget (Kulcsár, 2009). A pozitív megküzdés ebben az esetben a kontrollálhatatlan, megváltoztathatatlan szituációhoz történő pozitív viszonyulás, vagyis az elfogadás lehet. Az elfogadás olyan bizalommal teli élmény, ami a legkritikusabb élethelyzetekben képes legyőzni a félelmet. A társas támogatásnak és a hitnek fontos szerepe van ezekben a helyzetekben.

Egészségpszichológiai kutatások kimutatták, hogy adott esetben a kontroll leadása súlyos depressziótól szabadította meg a személyeket. Eitel és mtsai (1995) vizsgálata szerint terminális vesebetegeknél a súlyos állapotú betegeknél a magas kontroll szignifikánsan magasabb depresszióval jár együtt. McCracken és Eccleston (2005) azt mutatták ki, hogy a gyógyíthatatlan betegség elfogadása kisebb fájdalomérzettel függ össze.

A hála, a megbocsátás pozitív érzelmei altruizmust, önzetlenséget, melegszívűséget jelentenek a személy részéről, ami egyben jelzi a traumatikus élmény feldolgozásának képességét is. Ezekre az esetekre is igaz, hogy a pozitív érzelmei pozitív lelki és fiziológiai hatással, valamint a személy jóllét érzetével járnak együtt, ami poszttraumás növekedéshez vezethet.

Irodalom

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Band, E. B. (1990). Children's coping with diabetes: Understanding the role of cognitive development. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 27-41.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology* 44, 1175-1184.
- Baydoğan M, Dağ I. (2008). Prediction of depression by locus of control, learned resourcefulness and sociotropy-autonomy in hemodialysis patients. *Türk Psikiyatri Derg.* 19, 1, 19-28.
- Block, J. (1993). Ego-Resilience through Time. letöltés helye <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED356879.pdf> letöltés ideje: 2012.02.04.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(1), 1-11.
- Cederblad, M., Ruksachatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S., Höök, B., (2003). Sense of Coherence in a Thai Sample. *Transcultural Psychiatry*, 40, 4, 585-600.

- Chiung-Yu Huang, Su-Er Guo, Chao-Ming Hung, Shen-Liang Shih, Li-Chun Lee, Guo-Chen Hung, Shih-Ming Huang (2010). Learned Resourcefulness, Quality of Life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 280-287.
- Clark, M. S. (Szerk.) (1991). *Prosocial behavior*. Newbury Park, NJ: Sage.
- Epstein, S., Meier, P. (1989). Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. *J. Pers. Soc. Psychology* 57, 332-350.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 75-86.
- Gyöngyösiné Kiss, E., Czirják, L., Hargitai, R., Nagy, L., Paksi, E. (2008). Ego-control and ego-resiliency in systemic autoimmune disorders (SSC, RA, SLE). *Horizons of Psychology, Official Journal of the Slovenian Psychological Association*, 17: supl., 8.
- Harrison M., Loïsele C. G., Duquette A., Semenik S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 6, 584-91.
- Járai R., Vajda D., Hargitai R., Nagy L., Csókási K., Kiss E. Cs. (2015). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 16. (in press)
- Kiss E. Cs., Vajda D., Káplár M., Csókási K., Hargitai R., Nagy L. (2015). A CD-RISC 25 ítemes Reziliencia Kérdőív magyar adaptációja. In: *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*. 16. (in press).
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Pucetti, M. C., Zola, M. A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support resources against illness. *Journal of Psychosomatic Resources*, 29, 525-533.
- Kopp M. (2007). Selye János 1907–1982. Mit jelent Selye János munkássága a mai magyar társadalom számára? *Magyar Tudomány*, 167(5), 614.
- Kulcsár Zs. (1972/1989). Személyiség-pszichológia. Budapest: Tankönyvkiadó
- Kulcsár Zs. (2009). *Traumafeldolgozás és vallás*, Budapest: Trefort Kiadó.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress To the Emotions. History of Changing Outlooks. *Annu. Rev. Psychol.* 44, 1- 21.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Lim, K. M., Ang., R. P. (2006). Relationship of primary versus secondary control beliefs to attitudes toward seeking help. *North American Journal of Psychology*, 8(3), 557-566.
- Maddi S. R., Harvey R. H., Khoshaba, D. M., Fazel M., Resurreccion N. (2009). The Personality Construct of Hardiness, IV. Expressed in Positive Cognitions and Emotions Concerning Oneself and Developmentally Relevant Activities. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(3) 292-305.

- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3) 160-168.
- Maddi, S. R., Kobasa, S. C. (1984). *The Hardy Executive: Health Under Stress*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, , D. Sluyter (Szerk.) *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. Basic Books, New York. 3-31.
- Nowack, K. M. (1989). Coping Style, Cognitive hardiness and Health Status. *Journal of Behavioral Medicine* 12(2) 145-158.
- Nagy H. (2007). Az érzelmi intelligencia szerepe az egészség alakulásában. In Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh A. (Szerk.), *Személyiség-lélektantól az egészségpszichológiáig*, Budapest: Trefort Kiadó.
- Nagy H. (2010). *A képesség-alapú érzelmi intelligencia modell érvényességének empirikus elemzése*. ELTE, PhD disszertáció.
- Oláh A. (1982). Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára In *Módszertani Füzetek*, No. 19, Budapest: OPI.
- Oláh A. (2004). Megküzdés és pszichológiai immunitás. In Pléh Cs., Boross O. (Szerk.), *Bevezetés a pszichológiába*. Budapest: Osiris. 631-663.
- Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence* 26. 1-11.
- Patten, D. M. (2005). An analysis of the impact of locus of control on internal auditor job performance and satisfaction. *Managerial Auditing Journal*, 20, 1016-1029.
- Rosenbaum, M. (1988). Lerner resourcefulness, stress and self-regulation. In S. Fisher, J. Reason, J. (Szerk.), *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester, UK: John Wiley & Son, 483-496.
- Rosenbaum, M.(Szerk.) (1990). *Learned Resourcefulness: On Coping Skills, Self-Control and Adaptive Behavior*. New York Springer.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 609.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler J. B., Steward, W. T. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Scheier, Michael F., Matthews, Karen A., Owens, Jane F., Magovern, George J., Lefebvre, R. Craig, Abbott, R. Anne, Carver, Charles S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1024-1040.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *J. Pers.* 55, 169-210.
- Selye, H. (1956/1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill magyarul: Selye János (1964): *Életünk és a stressz*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

- Solberg Nes, L., Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review *Pers Soc Psychol Rev*, 10(3), 235-251.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.
- VanderZee, K. I., Buunk, B. P., Sanderman, R. (1997). Social Support, Locus of Control, and Psychological Well-Being. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1842-1859.
- Zohar, D., Marshal I., (2000). *SQ - Spirituális intelligencia*. Budapest: Csöndes Társ Kiadó.

KISS ENIKŐ CSILLA

A LELKI ELLENÁLLÓ KÉPESSÉG, A REZILIENCIA JELENSÉGE A PSZICHOLÓGIÁBAN

1. A reziliencia fogalmának megjelenése

A lelki ellenálló képesség, vagyis a reziliencia fogalmát nem a pszichológia találta fel, a fogalom eredetileg a műszaki, fizikai tudományok területéről érkezett a pszichológiához. A fogalom fizikai jelentésének kiindulópontja az volt, hogy ütközéskor, ha egy test ütközik egy másik testtel (azaz találkozik egy másik erővel), akkor ez a test képes arra, hogy rugalmasan vissza tudja nyerni az eredeti formáját. Az ellenálló képesség, vagyis a reziliencia ekképpen jelenik meg a műszaki tudományokban.

A reziliencia az utóbbi időben gyorsan népszerű fogalommá vált a nyugati országokban, elsősorban a klímaváltozás, a hagyományos energiakészletek csökkenése, a megváltozó gazdasági-földrajzi körülmények révén hamarosan az ökológia és többek között az építészet új központi fogalmává lépett elő. Az építészet területén például a fő kérdés a fenntartható települési stratégiák kialakítása lett, amelyben többek között arra keresik a választ a szakemberek, hogyan lehet egy város, település műszaki tervezésekor a város sérülékenységét csökkenteni, vagyis a veszélyeztető tényezőket minimalizálni (mint pl. víz-, fűtés-, és áramellátás új energiaforrásokon alapuló megtervezése), illetve gazdaságossá, optimálissá tenni a működést?

Ezzel egy időben megjelent a reziliencia fogalmának egy általánosabb jelentése is, mely tágabb definíció szerint „... (a reziliencia) rugalmas ellenállási képesség, azaz valamely rendszernek – legyen az egy egyén, egy szervezet, egy ökoszisztéma, vagy éppen egy anyagfajta – azon reaktív képessége, hogy erőteljes, megújuló, vagy akár sokszerű külső hatásokhoz sikeresen adaptálódjék” (Békés, 2002, 217).

A fogalom hamar megjelent a pszichológiai jelenségekre vonatkoztatva is, ahol a korábbiakban említettekhez hasonlóan a reziliencia egy bekövetkező negatív eseménnyel szemben történő rugalmas ellenállást jelent. A lelki élet területén a veszélyeztető tényező lehet a családi körülményekből fakadó, mint például a szülők mentális terheltsége, szenvedélybetegsége, vagy a családon belüli erőszakos bántalmazás bármely formája, illetve a család egyéb hátrányos helyzete. A veszélyeztető tényezők ugyanakkor származhatnak a családon kívülről is, így ezek okai lehetnek

akár természeti katasztrófák – pl. földrengés, cunami, vagy az éghajlatváltozástól fakadó természeti katasztrófák –, de a háborúk, illetve egyéb poszttraumás zavarral járó további helyzetek is ide sorolhatók.

Láthatjuk, hogy a reziliencia témakörében használt trauma fogalom jelentése kibővül, ennek következtében a veszélyeztetettség minden olyan helyzetet magába foglal, ahol sokszzerű, vagy rendkívüli hatások érhetik az embereket.

A reziliencia kutatásokat megelőzően a pszichológia történetében már korábban is megfigyeltek súlyosan traumatizált csecsemőket, akiknél nemhogy káros következmény nem jött létre a negatív eseményt követően, hanem ellenkezőképpen, a traumatizált csecsemők átlagon felüli vitalitásról és kreativitásról tettek tanúbizonyságot. Többek között Ferenczi Sándort is megemlíthetjük, aki a *Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között* c. írásában hasonló jelenségről számol be. Ferenczi szerint a megrázkódtatás után új képességek bontakozhatnak ki, pl. a félelem, szorongás addig rejtett diszpozíciókat működésbe hoz, aminek következtében egyfajta traumatikus progresszió jön létre, ill. a személyiség – legalábbis bizonyos részeinek – a koraérettsége (id. Békés, 2002).

Ferenczi személyén túl a személyiség fejlődésével foglalkozó más pszichológusok is észlelték azt a jelenséget, hogy a traumatikus esemény következtében nem feltétlenül jön létre pszichopatológiai következmény, ill. lelki sérülés.

Az első reziliencia kutatások konkrét előzményei az 1970-es évekhez köthetők, amikor a szerzők olyan skizofrén betegeket mutattak be, akik munkájukban relatív kompetenciára voltak képesek, emellett szociális kapcsolattal, házastárssal rendelkeztek, valamint felelősségvállalásra is képesek voltak (Garmezy 1970; Zigler és Glick, 1986).

A megjelenő cikkek kapcsán felvetődött a kérdés, hogy vajon milyen praemorbid személyiségjegyek segíthetik elő a betegség pozitívabb formájú megjelenését (vagyis jelenthetnek egyfajta ellenálló képességet a betegséggel szemben), mely téma kör később a reziliencia kutatások perspektívájában bontakozott ki.

2. Jack Block és az ego-reziliencia

A reziliencia fogalmának történetében elsőként J. Blockot említhetjük meg, aki a rezilienciát személyiségvonásként (trait-ként) fogta fel, és a reziliencia személyiségkonstruktumát 2 további konstruktum segítségével írta le, melyek az ego-kontroll és az ego-reziliencia.

Az ego-kontroll a viselkedés gátoltságára lesz hatással, vagyis eredménye abban mutatkozik meg, hogy milyen mértékben gyakorolunk ellenőrzést viselkedésünk felett. Az ego-kontroll működése következtében alul- illetve túlkontrollált személyiségről is beszélhetünk, annak megfelelően, hogy milyen mértékű a viselkedésgátlás megjelenése. Az alulkontrollált személyek hajlamosak a szociálisan elvárnál többet megengedni maguknak a viselkedésükben, míg a túlkontrollált személyek ellenkezőképpen, a kellenél több gátlást fognak mutatni az egyes helyzetekben.

Az ego-rezilienciáról úgy gondolkodik Block, hogy az egy meta-dimenzió, ami a szituáció kontextusában szabályozza a viselkedés gátoltságát illetve megnyilvánulását, ugyanis önmagában mindkettő működésmód lehet adaptív vagy maladaptív, és a szituáció az, ami eldönti, hogy az alulkontrolláltság vagy a túlkontrolláltság hatékonyabb tényező-e az adott helyzetben. Ugyanakkor Block kutatásaiban inkább azt az eredményt kapta, hogy általában a magasabb ego-reziliencia alulkontrollált viselkedéssel jár együtt, vagyis a személyiség működésében ezekben az esetekben jelen van egyfajta nyitottság, rugalmasság a viselkedés merevségével, túlszabályozottságával szemben (Block, 1980).

Block szerint tehát az ego-kontroll az impulzív reakció szabályozásában játszik szerepet, míg az ego-reziliencia képes az ego-kontroll egyénre jellemző szintjét szabályozni. Block az ego-reziliencia konstruktumának leírásához hozzátartozik az is, hogy a reziliens személy képes találegkonyan, adaptívan és rugalmas módon reagálni, amikor új helyzettel áll szemben. Block longitudinális kutatásában megállapította (1993), hogy az ego-reziliencia állandó értéket mutat a fiúk esetében a gyermekkort és serdülőkort tekintve, míg a lányoknál ez az állandóság nem mutatható ki. A kutatás ugyanakkor mindkét nemnél kimutatta az én-kontroll működésének viszonylagos állandóságát.

A reziliencia jelenségének kutatása a későbbiekben a traumatikus élmények és a környezeti tényezők szerepének figyelembe vételével a vonáslapú szemléletet meghaladóan új megközelítést hozott. A reziliencia definíciója ebben a kontextusban a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás lett, és az ego-reziliencia (valamint a személyiségvonásra utaló angol „resiliency”) fogalma helyett a reziliencia („resilience”) fogalma került bevezetésre.

3. Klasszikus reziliencia tanulmányok

A továbbiakban bemutatásra kerülő kutatások egy újabb szemléletben közelítenek a reziliencia témájához, értékük abban is megmutatkozik, hogy a kb. egy tucat longitudinális vizsgálat közé tartoznak, amelyeket a kutatók a reziliencia terén folytattak. A szerzők ezekben az esetekben főként az élet kezdetén megjelenő veszélyeztető tényezőket vizsgálták, és kutatásukban a korai gyerekkortól kezdődően követték nyomon a vizsgálati személyeket egészen az életközépig (40-50 éves korig).

Elsőként említenénk meg a Werner és Smith szerzőpárost (1992, 2001), akik a Hawaii-szigeteken folytatták vizsgálatukat. A ma már Kauai study-ként ismert kutatásuk olyan longitudinális vizsgálat volt 1955 és 1995 között, amelyben a szerzők mintegy 40 éven keresztül követték nyomon a vizsgálati személyeket megszületésüktől (ill. 1 éves koruktól kezdve) egészen 40 éves korukig. A kutatás eredményességére vall, hogy a szerzőknek a vizsgált minta 80%-át sikerült megőrizni a kutatás végéig.

A szerzők elsősorban a családban előforduló veszélyeztetettségi tényezőkre fókuszáltak, így például a szülők mentális terheltségére, szenvedélybetegségére, vagy egyéb mentális rendellenességére; vizsgálták továbbá a születés körülményeit, hogy milyen terhesség alatti, vagy szülés alatti komplikációk azok, amelyek később problémákat okozhatnak a személyiség fejlődésében.

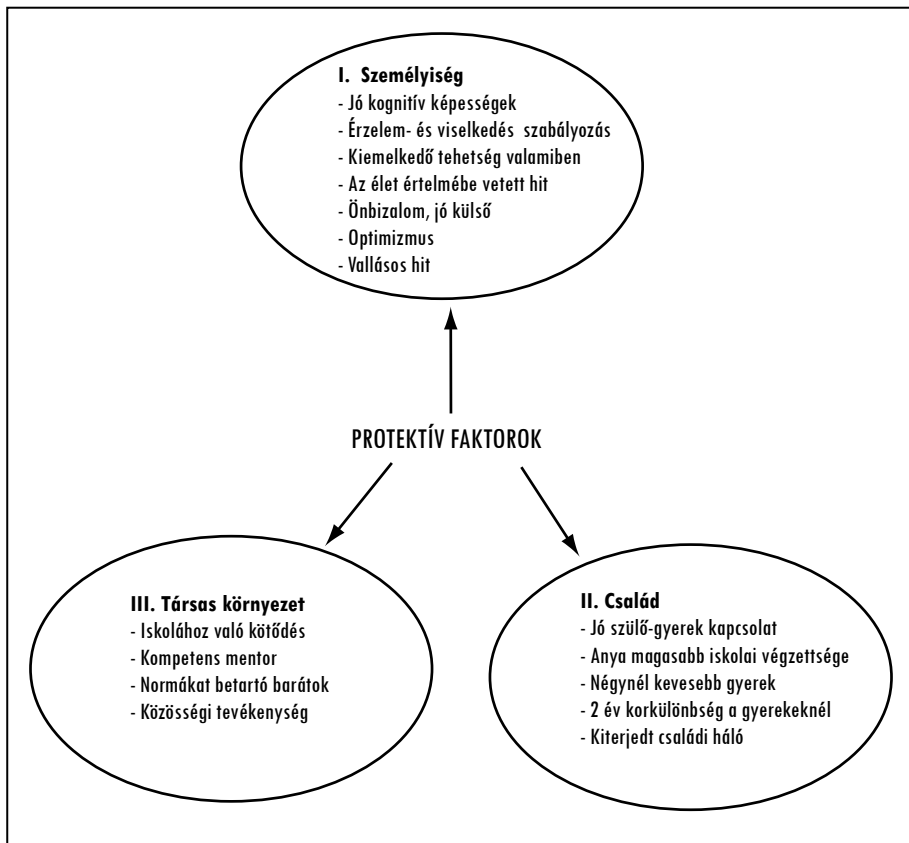
A vizsgálati minta 698 főből állt, az adatokat tekintve pedig azt találjuk, hogy induláskor a teljes minta 1/3-ban találhatóak meg a magas veszélyeztetettségi tényezők a vizsgálati személyekre nézve. Ha viszont 18 éves korban nézzük meg a veszélyeztettség következményét, azt tapasztaljuk, hogy a kockázati tényezőkkel rendelkező fiatalok 1/3-ánál a veszélyeztettség nem járt negatív következménnyel, vagyis a vizsgálati személyek mindenféle külső beavatkozás nélkül rezilienssé váltak az őket érő súlyos kockázati tényezőkkel szemben.

A veszélyeztetett minta további 2/3-ában ugyanakkor megjelentek a negatív következmények, elsősorban különböző alkalmazkodási rendellenességek formájában, úgy, mint pl. mentális problémák, tanulási nehézségek, bűnelkövetés, vagy korai terhesség.

A vizsgálat további érdekessége: amikor 40 éves korban megnézték a veszélyeztetett mintát és összegezték az adatokat, azt találták, hogy válás, krónikus betegség, halálozás tekintetében a veszélyeztetett minta további egyharmada esetében nincs negatív következmény, vagyis ezek a személyek is reziliensek lettek és ellenálltak a korábbi kockázati tényezőknek. A kutatók eredményei szerint a veszélyeztetett minta további harmada a felnőtt életút során ki tudja egyensúlyozni a kezdeti hátrányokat, vagyis voltaképpen a kezdeti traumatizált mintának a 2/3-a végül spontán módon reziliens lett, és csupán 1/3-nál maradtak meg a traumatikus tényezők negatív következményei.

A kutatásban a legfőbb rizikótényezők között szerepelt azon férfiak esete, akiknél a szülők alkoholisták voltak, vagy mentális betegségben szenvedtek. A kutatók megkapták azt az összefüggést is, hogy az alacsony születési súlyúaknál gyakoribb az egészségi problémák száma és a depresszió előfordulása a későbbi életévekben, illetve további fő kockázati tényezőt jelentett a gyermekkorban átélt veszteség-élmények előfordulása, a család felbomlása, ami szintén a felnőttkori egészségi problémák gyakoriságát növelte.

Wernerék a veszélyeztető, kockázati tényezők mellett összegyűjtötték azokat a protektív faktorokat is, amelyek a reziliencia létrejöttében szerepet játszottak. A protektív faktorokat a következő három csoportba sorolták (ld. 1. ábra).



1. ábra. A protektív tényezők csoportosítása Werner és Smith szerint, 2001.

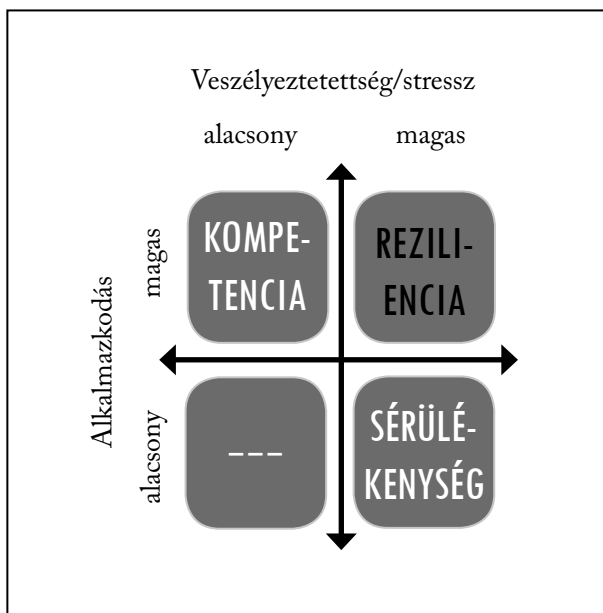
A védőfaktorok első csoportja a személyiségből fakad, vagyis bizonyos tényezők jelenléte elősegíti a lelki ellenálló képességet. Eszerint fontos a jó kognitív képesség (legalább az átlagos intelligencia megléte), az érzelem- és viselkedésszabályozás képessége, a tehetség valamiben, az élet értelmességébe vetett hit, az önbizalom, a jó külső, a vallásos hit és az optimizmus.

A második csoportba a család protektív faktorait gyűjtötték össze a kutatók. Itt első helyen a bizalommal teli anya-gyerek kapcsolat áll, vagyis a szülő-gyerek kapcsolat olyan muníciót ad, ami hosszú távra, akár az egész életen keresztül meghatározó szerepet tölthet be a később bekövetkező traumatikus életeseményekben. A további védő faktorokat megemlítve fontos az anya iskolai végzettsége, a kevesebb, mint 4 gyermek egy családban, illetve legalább 2 év korkülönbség a testvérek között, ami elősegíti, hogy az anya figyelme a gyermekre tudjon fordulni. (Ne felejtjük el azt sem, hogy a családok többsége szegénységben, nehéz egzisztenciális körülmények között élt.) A kiterjedt családi háló is segítséget adhat, főleg, ha a családban olyan támogató családtagokat találunk – nagybácsit, nagynénit vagy más rokonokat – akik az adott helyzetben segítséget tudtak adni a gyermeknek.

A harmadik csoportba a tágabb társas környezet védőfaktorait sorolták be, ezek között említésre került az iskolához való kötődés pozitív szerepe, valamint a kompetens mentor jelenlétének hatása, aki adott esetben segítséget nyújthat, illetve megfelelő mintaként szolgálhat a diák számára. A társas környezet szempontjából a közösségi tevékenység kiemelten fontos protektív tényező, lehet ez egy szakkör vagy bármilyen közös tevékenységben való részvétel. A normákat betartó barátok szintén segítik a társadalmi beilleszkedést és a személy kiegyensúlyozottá válását.

Werner és Smith kutatásukban a rezilienciát „legyőzhető sérülékenységeknek” nevezik, amelyben a kockázati tényezőket a védő faktorok ellensúlyozni képesek. A kutatás további jelentősége, hogy új megvilágításba helyezték a korábbi patogénikus gondolkodást (miszerint a trauma következménye a traumatikus sérülés lesz), és a szemléleti változás eredményeként nagy lendületet adtak a protektív tényezők feltárásához a későbbi kutatásokban.

Egy másik klasszikusnak számító reziliencia kutatás Ann Masten és munkatársai nevéhez kötődik. Mastenék definíciója úgy szól, hogy a reziliencia nem más, mint a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás (Masten, Best, és Garmezy, 1990).



2. ábra. A reziliencia értelmezése Masten és munkatársai szerint, 1990.

Ha megnézzük a mátrixot, a függőleges oszlopokban a veszélyeztetettségnek és a stressznek a mértékét látjuk (alacsony, ill. magas), a vízszintes sorok pedig az alkalmazkodás sikerességét illetve sikertelenségét mutatják.

Alacsony stressz esetében, amikor az alkalmazkodás sikeres, akkor kompetenciáról beszélünk, ha a stressz mértéke fokozott és az alkalmazkodás ennek ellenére sikeres, akkor jön létre a reziliencia, illetve ha magas a stressz szintje, az alkalmazkodás pedig sikertelen, akkor jelenik meg a sérülékenység mint következmény.

A Competence Study-ban 205 iskolás gyermek vett részt, akik 8-12 év közöttiek voltak a vizsgálat kezdetekor. 27%-uk a kisebbséghez tartozott (afro-amerikai, amerikai indián és spanyol szülők leszármazottjai voltak), a családok az alsó-középosztályból származtak. A vizsgálatot 7, illetve 10 évvel később is megismételték, az évek során a kutatók 98%-ban meg tudták őrizni az eredeti vizsgálati mintát.

A kutatás során mérték az iskolai teljesítményt, a gyermekek társas támogatottságát, az önértékelést, a distresszt, továbbá vizsgálták a bekövetkező életeseeményeket is. A gyermekeket az előforduló stressz mértéke és az alkalmazkodás sikeressége alapján 3 csoportba osztották: kompetens, reziliens vagy a maladaptív csoportba.

A kutatók elsősorban arra voltak kíváncsiak, hogy a rezilienciát milyen tényezők befolyásolják, vagyis mely protektív tényezők nyújthatnak védeltséget magas veszélyeztetettség esetén? Kutatásuk eredményeként Mastenék is megkapták a jó szülői, gondozói kapcsolat alapvető szerepét, ami jelentős támogatást nyújthat a későbbi életekben. Náluk is megjelenik az átlagos vagy annál magasabb IQ kritériuma, ami a jó kognitív képességek meglétét jelzi. További fontos protektív tényezőket jelent a társas kapcsolatok megléte és az alacsony negatív emocionalitás (distressz), amelyek elősegítik a reziliencia létrejöttét. A reziliens válasz megjelenését támogatja a személyiség rugalmassága, flexibilitása, valamint a kevésbé rigorózus szabálykövetés. A túlzott kontroll hiánya, és az ennek köszönhető nyitottság révén megvan a lehetőség a szituációhoz leginkább illeszkedő reakció mód megválasztására. A kutatók ebben a vizsgálatban is megkapták, hogy a rezilienciát segíti a megfelelő egzisztenciális háttér jelenléte, a nagy nyomor hátrányt okoz az alkalmazkodás esélye szempontjából.

A klasszikus longitudinális kutatások sorában végül egy egészségpszichológiai vizsgálatot említünk meg. A kutatás Svédországban folyt, ami egy prospektív népességvizsgálat keretében zajlott, s később Lundby study-ként vált ismertté.

Az adatgyűjtés még 1947-ben indult, a vizsgálatot az évek során többször megismételték (1957-ben, 1972-ben, 1988/89-ben), miközben a kutatócsoportok maguk is átalakultak. Végül Cederblad és munkatársai (Cederblad, Dahlin, Hagnell és Hansson, 1994) az eredeti mintából 148 főt vizsgáltak meg, akik ekkor 42-56 évesek voltak, és az ő eredményeiket elemezték. A kutatás fókuszában az életminőség és a mentális egészség kérdése állt. Megközelítésükben újszerű momentum volt, hogy szemléletükben a salutogenikus megközelítést követték, vagyis arra a kérdésre keresték a választ, hogy melyek a mentális egészség okai, amikor legalább 3 súlyos mentálisan veszélyeztető körülmény jelen volt a vizsgálati személyek gyermekkorában.

Eredményük: a személyes diszpozíciók közül az intellektuális képességek, a sikeres coping és megküzdési módok alkalmazása, a pozitív önbecsülés, a jó önértékelés és a belső kontroll játszottak szerepet az egészség megtartásában. A kutatók ebben a vizsgálatban is alátámasztották a gyerekkori családi tényezők közül a bizalommal teli, jó kapcsolat szerepét a szülővel, ami a későbbi életévekben is pozitív hatást gyakorol a mentális állapotra. Cederblad és mtsai az Antonovsky által leírt koherencia-érzék konstruktumát alkalmazták kutatásukban (amit a Sense of Coherence (SOC) kérdőívvel vizsgáltak), eredményeik szerint a mentális egészség és a koherencia-érzék pozitív összefüggést mutat egymással. (A koherencia-érzék konstruktumának bővebb kifejtését ld. kötetünk *Protektív személyiségfaktorok* c. fejezetében.)

4. A reziliencia kutatási területei, a reziliencia történetének négy hulláma

A reziliencia szakirodalmát történetileg áttekintve azt tapasztalhatjuk, hogy a fogalom és a jelenség leírásának különböző irányú felfogásai jelentek meg az elmúlt évtizedekben. Ha ezeket a megközelítéseket csoportosítani kívánjuk, a fogalom tartalmának három típusával találkozunk: (a) a reziliencia az életút során a későbbi jó eredmények megjelenését jelenti a korábban különösen veszélyeztetett gyerekek esetében, (b) a reziliencia a hosszan tartó kompetencia jelenlétét jelenti a súlyosabb mértékű stressz alatt álló gyerekeknél, (c) a reziliencia a traumából való felépülés képességét jelenti (Woodgate, 1999). Az első megközelítésre példa lehet a Werner és Smith szerzőpáros korábban említett Hawaii-szigeteken történő kutatása, illetve a kompetencia alapú megközelítésre a már szintén említett Masten, Best és Garmezy tanulmánya.

A traumából való felépülés képessége mint téma a reziliencia kutatások későbbi időszakában jelent meg, és többek között olyan kutatási területek tartoznak ide, mint például a háborúk vagy a természeti katasztrófák okozta traumák, illetve a különböző poszttraumás stressz zavar helyzetéből történő gyógyulás (ld. Agaibi és Wilson, 2005; Wilson és Drozdek, 2004).

A reziliencia konstruktumának elterjedtségét és sikerességét mutatja, hogy ma már a fejlődési pszichopatológiától kezdve az egészségpszichológia területéig számos pszichológiai és interdiszciplináris kutatás valamint gyakorlat foglalkozik a témával. Az alábbi táblázatban összefoglaljuk a jelentősebb szerzőket, akik az egyén, a család és a társas környezet protektív tényezőivel foglalkoztak.

Egyéni szintű források	Protektív mechanizmusok	Szerzők
Alkati reziliencia	<ul style="list-style-type: none"> • Pozitív temperamentum • Erős neurobiológiai felépítés 	Smith (1999) Allen (1998) Werner (1995) Brooks (1994) Garmezy (1991) Rutter (1987)
Szociabilitás	<ul style="list-style-type: none"> • Mások irányába mutatott válasz-készség • Proszociális attitűd • Kötődés 	Luthar (1991, 1993) Werner (1995) Dyer és McGuinness (1996) Allen (1998)
Intelligencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tanulmányi eredmények • Tervezés és döntéshozatal 	Werner (1995) Eccles (1997) Maggs Frome, Eccles és Baarber (1997) Wolff (1995) Brooks (1994) Rutter (1987)
Kommunikációs készségek	<ul style="list-style-type: none"> • Magas színvonalú nyelvhasználat • Fejlett olvasási készség 	Werner (1995)
Személyes jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia (ellenálló képesség) a negatív hatásokkal szemben • Én-hatékonyság • Önbecsülés • Stabil (megalapozott) önérték • Belső kontroll • Humorérzék • Reményteliség • Stressz-kezelési stratégiák • Stabil értékrendszer • Tapasztalatok objektív észlelése • Fogékonyság és rugalmasság • Kitartás, meggyőződés, állhatatosság, határozottság 	Smith (1999) Allen (1998) Blum (1998) Dyer és McGuinness (1996) Werner (1995) Brooks (1994) Wolff (1995) Luthar (1991, 1993) Rutter (1985, 1987)
Család szintjén megjelenő források	Protektív mechanizmusok	Szerzők
Támogató család	<ul style="list-style-type: none"> • Szülői melegség, bátorítás, támogatás • Családi kohézió és törődés • Szoros kapcsolat egy gondoskodó felnőttel • Gyerekbe vetett hit • Nem megszegyenítő szülő • Házastársi támogatás • Mások által értékelt, elismert tehetség vagy hobbi 	Smith (1999) Eccles (1997) Maggs és mtsai. (1997) Wolff (1995) Werner (1995) Egeland, Carlson és Sroufe (1993) Rutter (1987)

Szociális környezet szintjén megjelenő források	Protektív mechanizmusok	Szerzők
Szocioökonómiai státusz	<ul style="list-style-type: none"> • Anyagi források 	Maggs és mtsai. (1997) Wolff (1995) Allen (1998)
Iskolai tapasztalatok	<ul style="list-style-type: none"> • Támogató kortárs csoport • Pozitív tanári hatások • Siker (tanulmányi vagy egyéb) 	Werner (1995) Rutter (1987)
Támogató közösségek	<ul style="list-style-type: none"> • Fontosság-/jelentőségtudat • Nem büntető, nem fenyegető • Segítő intézkedések és források • Hit a társadalmi értékekben 	Smith (1999) Werner (1995) Wolf (1995)

1. táblázat. Az egyén, család és társas környezet szintjén megjelenő erőforrások, Olsson és mtsai, 2003.

A reziliencia kutatások történetének áttekintésében a kezdetektől máig négy egymást követő időszakot különíthetünk el, amelyek új szemléletet hoztak a jelenség megközelítésében (ld. többek között Masten, 2012):

- I. A reziliencia kutatások első időszakára a jelenség felfedezése és leíró szintű megközelítése volt jellemző. Esetszintű és csoportokat vizsgáló kutatások adtak hírt a veszélyeztetett helyzet ellenére történő sikeres alkalmazkodásról.
- II. A kutatások második periódusában a szerzők a reziliencia működésének folyamatára és annak megértésére fókuszáltak. A rizikó- és protektív faktorok leírásán túl létrejöttek az egyes tényezők közötti interakciós modellek, amelyek már multidimenzionális, dinamikus működésben fogták fel a reziliencia jelenségét.
- III. A harmadik szakasz a beavatkozási lehetőségek feltárását tűzte ki célul, vagyis arra a kérdésre keresi a választ, hogyan támogathatjuk a reziliens válaszreakció/kimenetel létrejöttét? Hogyan működnek az adaptációt létrehozó folyamatok, az alkalmazást létrehozó adaptív rendszerek? Milyen beavatkozási pontok lehetségesek?
- IV. A szakemberek fő kérdése, hogyan integrálhatnánk a rezilienciával kapcsolatos kutatások ismereteit? Hogyan lehetséges a reziliencia jelenségének többszintű és multidiszciplináris felfogása? A jövőbe mutató kutatási kérdések a reziliencia neurobiológiáját, az adaptív rendszerek újraprogramozási lehetőségét és az integrált, multidiszciplináris szemlélet létrejöttét célozzák meg.

5. Reziliencia az egészségpszichológiában

Saját kutatásunkban szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek komplex személyiség-lélektani és klinikai vizsgálatát végeztük el, jelen sorokban a kutatás anyagából a lelki ellenálló képességgel (reziliencia) kapcsolatos vizsgálatokat mutatjuk be¹ (Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008, 2009, 2010, 2012).

Kutatási célkitűzésünkben azt vizsgáltuk, hogy kimutatható-e különbség az egészséges és az autoimmun betegcsoport között a reziliencia értékét tekintve? Igazolható-e, hogy az autoimmun betegcsoport alacsonyabb mértékű lelki ellenálló képességgel rendelkezik? Vizsgáltuk továbbá, hogy milyen személyiségtényezők függenek össze a rezilienciával? Mely tulajdonságok jelenthetik a személyiség protektív faktorait?

A kutatásban az alábbi mintával dolgoztunk (ld. 3. ábra), melyben az illesztett minta szabályait igyekeztünk követni. A kutatásban a betegség jellemző nemi előfordulása miatt csak női vizsgálati személyekkel dolgoztunk, a táblázatból kiolvashatók az átlagos életkor és az iskolázottság (években megadva) értékei. A mintában részt vevő csoportok a következők voltak: 0. egészséges kontrollcsoport, 1. szisztémás lupus erythematosus (SLE), 2. reumatoid arthritis (RA), 3. szisztémás sclerosis (SSc) és 4. mozgásszervi panaszokkal rendelkező betegkontroll csoport (nem autoimmun eredetű betegséggel). Az illesztett mintában összesen 438 vizsgálati személy vett részt.

Minta	Elemzés	Életkor	Iskolázottság
0. Kontroll	118	54,23	11,59
1. SLE	54	53,62	10,75
2. RA	64	58,49	10,73
3. SSc	132	56	11,32
4. Betegkontroll	70	60	10,47
Összesen	438	-	-

2. táblázat. A kutatásban részt vevő minta jellemzői

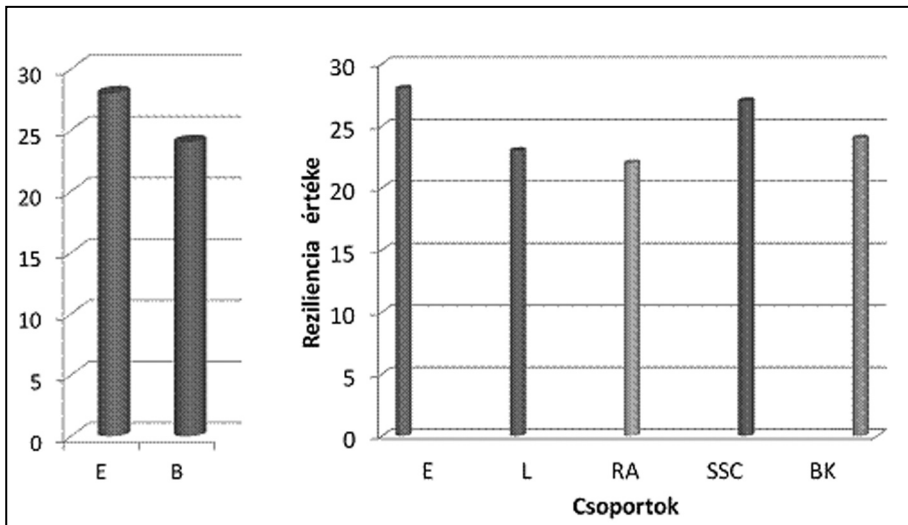
A kutatásban a reziliencia vizsgálatával összefüggésben a következő kérdőívet vettük fel: a reziliencia mérésére a Connor- Davidson által készített CD-RISC 25 item számú kérdőívből (2003) létrehoztunk egy 10 ítemes variációt, amely a magyar mintán jól alkalmazható és jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik a reliabilitást és a validitást tekintve is (ld. Járai, Vajda, Hargitai, Nagy, Csókási, Kiss (2015)). A 10 ítemre 0-4 között terjedő Likert-skálán lehet a válaszokat megadni.

¹ Kutatásunkat az OTKA K71754 sz. pályázata támogatta (2008-2012), melynek címe *A szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiségjellemzőinek komplex klinikai és egészségpszichológiai megközelítése* volt.

A kérdőívcsomagban továbbá szerepelt Cloninger, C. R. (1994) 240 ítemes Temperamentum és Karakter Kérdőíve (TCI), amelyet Rózsa Sándor és munkatársai adaptáltak (2005). A kérdőív 4 temperamentum és 3 karakter faktort tartalmaz, amelyek további alskálákra bonthatók. A kérdőív item-jeire „igaz – nem igaz” válaszokat lehet adni.

A szorongás és depresszió mérésére a Kórházi Szorongást és Depressziót mérő Kérdőívet (HADS) vettük fel (Zigmond, és Snaith, 1983, a magyar adaptációt Muszbek Katalin és munkatársai végezték el 2006-ban). A kérdőív használata engedélyhez kötött, a kutatáshoz az engedélyt beszereztük a GL Assessment-től. A HADS kérdőív itemjeinek értékelése négyfokú Likert-skálán (0-tól 3-ig) történik.

A kapott eredményeket a következőkben foglalhatjuk össze. A reziliencia értéke az egészséges és betegcsoportokban szignifikánsan különbözött egymástól, a magasabb értéket az egészséges csoport adta. Ha a betegcsoportokat tovább bontjuk a reziliencia értékek mentén, azt kapjuk, hogy az egészséges csoporthoz legközelebb álló értéket a szisztémás sclerosis (SSc) csoport adta, míg a többi betegcsoport értéke elmaradt az egészséges kontrollcsoporttól.



3. ábra. A reziliencia értékei a balra eső ábrán az E (egészséges) és B (beteg) csoportokat összevetve, illetve a jobbra eső ábrán az egyes csoportok reziliencia értékei külön-külön feltüntetve láthatók. (E = egészséges kontroll, L = szisztémás lupus erythematosus, RA = rheumatoid arthritis, SSc = szisztémás sclerosis és 4. mozgásszervi betegkontroll csoport).

Arra a kérdésre, hogy mely személyiségtényezők azok, amelyek összefüggésben lehetnek a rezilienciával, a Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) és a reziliencia kérdőív közötti összefüggések korrelációs vizsgálatával kerestük a választ. A TCI-ből két temperamentumfaktort találtunk, amely közül az Ártalom-

kerülés negatívan korrelál, míg a Kitartás pozitív korrelációt mutat a rezilienciával (Ártalomkerülés = $-0,638$, Kitartás = $0,239$, $p < 0,01$).

Az Ártalomkerülés olyan alskálái, mint az aggodalmaskodás, a pesszimizmus, a bizonytalanságtól félelem, a félnétség az idegenektől, a fáradékonyság és aszténia szintén szignifikánsan negatívan korrelál a rezilienciával. A karakterfaktorok közül az Önirányítottság és az Együttműködés esetében kaptunk összefüggést, mindkét személyiségtényező pozitívan korrelál a rezilienciával (Önirányítottság = $0,497$, Együttműködés = $0,222$, $p < 0,01$).

Az Önirányítottság szerepét külön kiemelnénk, mivel ez egy olyan karakterfaktor, amelynek az alskálái a korábbi kutatások alapján leginkább összefüggenek a reziliencia jelenségének tartalmával. Az önirányítottság karakterfaktor alskálái a következők: felelősségérzet, céltudatosság, eredményesség, leleményesség, önelfogadás és a kongruens második természet (vagyis a spontán reakciók a célokkal és értékekkel megegyezők).

Egy további említésre méltó eredményt is kaptunk, mely szerint az Újdonságkeresés temperamentumfaktorának alskálája, az Explorációs ingerelhetőség (ami az új ingerekre való nyitottságot, a kíváncsiságot jelenti) és a reziliencia között szignifikánsan pozitív kapcsolatot találtunk, ami szintén alátámasztja a korábbi reziliencia kutatások eredményét, mely szerint a környezetre történő nyitottság a személyiség védőfaktorát jelenti (Explorációs ingerelhetőség = $0,395$, $p < 0,01$).

Az eredményeket tovább vizsgálva a reziliencia és a Kórházi Szorongás és Depresszió Kérdőív (HADS) esetében is azt kaptuk, hogy mind a depresszió, mind a szorongás szignifikánsan negatív kapcsolatban áll a rezilienciával (szorongás = $-0,563$, illetve depresszió = $-0,606$, $p < 0,001$).

Összegezve azt mondhatjuk, hogy a reziliencia pozitív kapcsolatban áll az olyan személyiségjellemzőkkel, mint a kitartás, az explorációs ingerelhetőség, az önirányítottság, az együttműködés, a felelősség, a céltudatosság, az eredményesség, a kongruens második természet és az empátia. Ugyanakkor a reziliencia szignifikánsan negatív kapcsolatban áll a szorongással és a depresszióval.

Az eredményekből fontos kiemelnünk, hogy a felelősségérzet és céltudatos életvezetés mellett a pozitív társas beállítódásnak óriási a szerepe a reziliencia létrejöttében. Mindemellett arra is fel kell hívni a figyelmet, hogy a reziliencia fejleszhető, a személyes és társas protektív tényezők alakíthatók. A reziliencia gyakorlatában az egyes veszélyeztetett csoportok számára olyan specifikus tréningeket hoznak létre, amellyel elősegítik a kívánt protektív tényezők létrejöttét, illetve megerősödését (ld. egy hazai példa: Demeter, és Kiss, 2013). A nyugati országokban a reziliencia tréningek általában team munkában folynak, amelyben nemcsak pszichológusok, hanem orvosok, egészségügyi dolgozók, szociális munkások illetve más releváns szakma képviselői is együttműködnek a veszélyeztetett célcsoport megsegítésében.

Irodalom

- Agaibi, C. E., Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.
- Allen, J. R. (1998). Of resilience, vulnerability, and a woman who never lived. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 53-71.
- Békés V. (2002). A reziliencia-jelenség, avagy az ökológizálódó tudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. In Forrai G., Margitay T. (Szerk.) „Tudomány és történet” – Tanulmánykötet Fehér Márta tiszteletére. Budapest: Typotex Könyvkiadó, 215-228.
- Block, J. (1993). *Ego-Resilience through Time*. letöltés helye: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED356879.pdf> letöltés ideje: 2012.02.04.
- Block, J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Szerk.) *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blum, R. W. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion: A review. *Journal of Adolescent Health*, 22, 368-375.
- Brooks, R. B. (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 545-553.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, Vol. 244, 1-11.
- Cloninger C, Przybeck T, Svrakic D, Wetzel R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use*. St Louis, Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Demeter, A., Kiss, E. Cs. (2013). A személyes, családi és társas támogatás protektív tényezőinek szerepe átmeneti otthonban elhelyezett anyáknál. In Kiss E. Cs., Polyák, L. (Szerk.), *Sztómaterapiás eszközök befolyása az életminőségre, életvitelre és a lelki ellenálló képesség tényezői*. Kaposvár, Magyar ILCO Szövetség Kiadása.
- Dyer, J. G., McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 276-282.
- Eccles, J. (1997). The association of school transitions in early adolescent with developmental trajectories through high school. In J. Schulenberg (Szerk.), *Health and risk developmental transitions during adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Egeland, B. R., Carlson, E., Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.

- Garmezy, N. (1970). Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 30-74.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Gyöngyösiné Kiss E., Czirják L., Hargitai R., Nagy L., Paksi E. (2008). Ego-control and ego-resiliency in systemic autoimmune disorders (SSC, RA, SLE). *Horizons of Psychology, Official Journal of the Slovenian Psychological Association*, 17, supl., 8.
- Gyöngyösiné Kiss E., Csókási K., Czirják L., Hargitai R., Járai R., Nagy L. (2009). *Relationship of resilience to personality temperament and character factors in systemic autoimmune disorders (SLE, RA, SSC)*. Coping and Resilience International Conference, Dubrovnik/Cavtat, Croatia, October 03-06, 48.
- Gyöngyösiné Kiss E., Csókási K., Czirják L., Hargitai R., Járai R., Nagy L. (2010). Resilience in systemic autoimmune diseases (SLE, RA, SSC). *Review of Psychology*, 17(2). 157.
- Gy. Kiss E., Csókási K., Hargitai R., Káplár M., Nagy L., Czirják L. (2012). Resilience and Personality. In Lisa Di Blas, Andrea Carnaghi, Donatella Ferrante, Valentina Piccoli (Szerk.), *16th European Conference on Personality Psychology*. Trieste, Absztrakt-kötet, 189.
- Gy. Kiss E., Csókási K., Hargitai R., Káplár M., Nagy L., Czirják L. (2012). Resilience and protective factors of personality. *Psychology & Health*, 27 sup1., 222.
- Járai R., Vajda D., Hargitai R., Nagy L., Csókási K., Kiss, E. Cs. (2015). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 16. (in press)
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441-453.
- Maggs, J., Frome, P., Eccles, J., Barber, B. (1997). Psychosocial resources, adolescent risk behaviour and young adult adjustment: Is risk taking more dangerous for some than others? *Journal of Adolescence*, 20, 103-119.
- Masten, A., Best, K., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A. (2012) Inside resilient children. letöltés helye: <http://www.youtube.com/watch?v=GBMet8oIvXQ> letöltés ideje: 2014. 07. 30.
- Muszbek K., Székely A., Balogh É. M., Molnár M., Rohánszky Á., Ruzsa K., Varga M., Szöllösi M., Vadász P. (2006). Validation of the Hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Quality of Life Research* 15, 761-766.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.

- Rózsa S., Kállai J., Osváth A., Bánki M. Cs. (2005). *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje*. Budapest: Medicina.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Smith, G. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 154-158.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Sciences*, 4, 81-85.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wilson, J. P., Drozdek, B. (Szerk.) (2004). *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*. New York: Brunner/Routledge.
- Woodgate, R. L. (1999). Conceptual understanding of resilience in the adolescence with cancer, Part I. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16 (1), 35-43.
- Wolff, S. (1995). The concept of resilience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 565-574.
- Zigler, E., Glick, M. (1986). *A developmental approach to adult psychopathology*. New York, Wiley.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

VARGA HEDVIG, SARUNGI EMŐKE, CSABAI MÁRTA

A GYÁSZ ÉS AZ ÉRZELMI VESZTESÉGEK FELDOLGOZÁSÁNAK ÚJ LEHETŐSÉGE

1. A Gyász- és veszteségfeldolgozás Módszer™ története

1.1 Előzmények

Életünk új találkozások és elszakadások, növekedések és fájdalmas veszteségek sokszínű története. Miközben mindezeket átéljük, ritkán gondoljuk végig az élmények egy történetbe foglalható sorrendiségét, nem vizsgáljuk meg módszeresen sem az egyes eseményeket körülvevő érzelmi, gondolati reakcióinkat, sem a hatékonynak vagy épp haszontalannak bizonyuló megküzdési stratégiáinkat – egyszerűen túlélni szeretnénk az újabb veszteségeket. Lehetnek mégis olyan kitüntetett pillanatok, időszakok az életünkben, amikor a fájdalom és a mély bánat mentén önmagunkon belül születik meg a számunkra segítő, megtartó és továbbvivő megoldás.

Ilyen pillanatot élt át *John W. James*, amikor egyhetes kisfia elvesztése után próbált felépülni a gyász mély fájdmájából. Úgy érezte, hogy nincs olyan valódi segítség, amely gyógyulást hozna számára: a gyászról szóló könyvek olvasása és a terápiák sem hoztak igazi enyhülést. Újabb veszteség – gyermekének édesanyjával elváltak – és végtelennek tűnő tehetetlenségérzés után született meg, saját önszegítő és öngyógyító, kreatív erőforrásaiból a *Gyász- és veszteségfeldolgozás Módszer™* (*The Grief Recovery Method®*).

A benne lezajló látványos változás, amelyet a barátai is megtapasztaltak, azt eredményezte, hogy egyre több ismerős kérte, segítsen más gyászolóknak is. Alternatív energiákkal foglalkozó vállalkozóként egyszer csak azon vette észre magát, hogy sokkal több időt tölt gyászolókkal, mint napkollektorok értékesítésével. Hamarosan megszületett az önszegítő módszerről szóló könyv első magánkiadása, amely már a 20. jubileumi kiadást érte meg 2009-ben és 18 nyelvre fordították le, ebből a 17. nyelv a magyar volt. A Los Angeles-i központú Grief Recovery Institute® az elmúlt majdnem 40 évben több százezer gyászolóknak nyújtott segítséget. *Russell Friedman*, miután a saját súlyos veszteségeit (válás, súlyos gazdasági krízis) a módszer segítségével feldolgozta, eleinte önkéntesként csatlakozott, ma ügyvezető igazgatóként dolgozik az Intézetben és végzi Johnnal együtt a gyászfeldolgozás specialisták képzését. Azóta John, Russel és az Intézet legfontosabb célkitűzése, hogy a gyással kapcsolatos megfelelő információk, valamint a gyászfeldolgozás módszere a lehető legtöbb emberhez a legrövidebb idő alatt jusson

el a veszteségfeldolgozásról írt könyveik (The Grief Recovery Handbook 2009, magyarul: Gyógyulás a gyászból 2011, When Children Grieve 2001, Moving On 2006, Moving Beyond Loss 2013, The Grief Recovery Handbook for Pet Loss 2014.) előadások, cikkek és a gyászfeldolgozás specialisták kiképzése által.

1.2. A módszer Magyarországon: Gyógyulás a Gyászból Magyar Központ

A módszer hazánkba kerülésének útja is szorosan összekapcsolódik egy gyászoló saját történetével és öngyógyításával. Andrea Herke Dahlgren Magyarországról fiatalon elkerülve Svédországban élte felnőtt éveit, amikor bátyja öngyilkossága történt, amelynek következtében visszavonhatatlanul megváltozott az élete. Mély gyászában szerteágazó testi és lelki tünetek gyötörték, a szakszerű orvosi és pszichológiai beavatkozások is csak annyi segítséget tudtak nyújtani, hogy újra munkaképesé vált, de szenvedése nem szűnt meg. Tovább keresve a megoldást rábukant a Svéd Gyászfeldolgozás Intézet honlapjára és tanfolyamaira. A módszert elsajátította, és saját valódi gyógyulásának élménye mentén elhatározta, hogy másoknak is segítséget nyújt: gyászfeldolgozás specialistává képződött. Évekkel később Magyarországon élő legjobb barátnője, Sarungi Emőke (a tanulmány egyik szerzője) egy kapcsolati veszteséget követő súlyos állapotban élte át Andrea vezetésével a módszer nyújtotta megkönnyebbülést, a jelenbe való visszatérés élményét. Andrea és Emőke együtt elhatározták, hogy Magyarországon is megismertetik a gyászolókkal és a segítőkkel a gyász- és veszteségfeldolgozás új módját, majd később mindketten részt vettek a Grief Recovery Institute® gyászfeldolgozás specialista képzésén Los Angelesben. Magyarországon 2009-től indultak el a haláleseti gyászt és más érzelmi veszteséget átélt emberek megsegítését szolgáló tanfolyamok és megalakult a *Gyógyulás a Gyászból Magyar Központ*, amelyhez hamarosan több önkéntes is csatlakozott. *Gyógyulás a gyászból* címmel 2011-ben jelent meg magyarul a módszer kézikönyve Andrea Herke Dahlgren fordításában, és azóta a Központ nyílt napjain, valamint szakmai és civil közönség számára tartott előadások és tanulmányok, és természetesen a módszer saját élményű átadásán keresztül ismerhetik meg Magyarországon az érdeklődők ezt az új öngyógyító módszert.

2. A módszer bemutatása

2.1. A cselekvésprogram struktúrája

A *Gyász- és veszteségfeldolgozás Módszer*TM (*The Grief Recovery Program*®) egy olyan felnőtteknek szóló, strukturális gyakorlatokra épülő, cselekvés-központú, alapvetően öngyógyító veszteségfeldolgozási technika, melynek elsajátítása során az egyén az öngyógyítás lehetőségének pozitív élménye mellett megtapasztalhatja a csoport támogató erejét is. A csoportban való részvétel hatására a legtöbb gyászoló átéli

a „nem vagyok egyedül”, „másoknak is hasonló problémái vannak” felszabadító élményét, mely már az első néhány csoportfoglalkozás során megkönnyebbüléshez vezethet. Az eljárás kidolgozóinak tapasztalata szerint néhány megfelelő döntés és cselekvés vezethet el az érzelmi veszteségek feldolgozásához. A csoporton vagy az egyéni foglalkozáson a résztvevők egy kiválasztott érzelmi veszteségük feldolgozása mentén sajátítják el a komplex cselekvés-programot. A későbbiekben ezután bármikor rendelkezésükre áll az eljárás, melyet már önállóan is képesek használni további veszteségeik kezelésére.

Így a *Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM* a veszteséget követő negatív érzelmi állapot csökkentésének, és általában az érzelmi állapot alakításának felelősségét a gyászoló kezébe adja. A csoportvezető az eljárás során azt a folyamatot facilitálja, hogy a csoporttagok a kötött számú csoportülések után aktívan keressék egymást, és vezető nélkül használják tovább önállóan az eljárást. *A módszer megalkotói a haláleseti veszteségen kívül gyászolnak tekintenek minden olyan jelentős eseményt, mely az életkörülmények tartós megváltozásával jár együtt.* Így érzelmi veszteséggel járhat együtt például egy *költözés, egy munkahely elvesztése, egy szakítás vagy egy fontos kapcsolatban tapasztalt bizalomvesztés, ahogy az egészségi állapot vagy a biztonságérzet elvesztése* is. A *Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM* mindezen érzelmi veszteség-típus esetén használható eljárás, segítségével az élő kapcsolatokban bekövetkezett negatív események során átélt sérelmek, érzelmek is feldolgozhatóak lehetnek.

A módszer főbb alapvetései szerint *minden egyes gyászfolyamat egyedi, illetve a feldolgozatlan veszteségek háttérében az érzelmi kommunikáció hiánya áll* (James és Friedman, 2011). Ez alapján a gyász feldolgozása az elvesztett személy felé kifejezett érzelmi kommunikáció révén történik meg, melyet levélben fogalmaz meg a gyászoló és kiscsoportos formában felolvas a többi résztvevőnek. Az absztrakt fogalmak esetében, mint például az egészségi állapot vagy a biztonságérzet, először mindig a témához kapcsolódó személyekhez, majd magához a fogalomhoz szól a levél.

2.2. A csoportfolyamat ismertetése

A módszer elsajátítása során az első néhány csoportülésen bemutatkozás, saját veszteségélmények megosztása és irányított beszélgetés zajlik, elsőként a „halál, a veszteség és a gyász, mint társadalmi tabu” témakör kerül meg tárgyalásra. A minden egyes alkalom elején megfogadott szabályok, mint a *titoktartás, őszinteség a saját érzések terén és az ítélkezés-mentes légkör* hozzájárulnak a résztvevők érzelmi biztonságához, akik fájdalmas témákkal és nehéz érzésekkel érkezők a csoportba. A gyászfeldolgozó csoportba való jelentkezést megelőzően a legtöbb gyászoló már gyakran megtapasztal a környezetétől olyan bántó reakciókat, melyek következtében inkább nem vagy csak nehezen beszél fájdalmas élményeiről, érzelmeiről: *érzelmileg izolálódik*. Sokan azt is gondolják mindezek hatására, hogy baj van velük, valamit rosszul csinálnak.

Az irányított beszélgetések egyik fontos témája a *környezettől kapott tanácsok, javaslatok*, illetve azok a tapasztalatok, hogy a környezet részéről kinek milyen verbális és nonverbális reakciók segítettek vagy éppen ártottak saját gyászfolyamata során. Ezen kívül megtárgyalásra kerül, hogy ki *milyen mítoszokat hozott otthonról a veszteségek kezelésével kapcsolatban*, vagyis az egyes tagok felnőtté válásuk során mit tapasztaltak saját családjuk gyászhoz való viszonyáról, a gyászfeldolgozás módjáról. Ilyen reakciók lehetnek például „az idő mindent megold”, „lehet még másik gyereketek”, melyek általában nem segítenek a gyászoló fájdalomának csökkentésében, sőt előfordulhat, hogy azt az érzést keltik benne, hogy nem helyénvaló a fájdalma. A mítoszok között gyakori a „légy erős”, a „gyászolj egyedül”, melyek hozzájárulhatnak a gyászoló személyek érzelmi izolációjához, ezzel a gyászélmény feldolgozatlanóságához, így lényeges ezek megtárgyalása is. Egy következő fontos téma azoknak a viselkedéseknek az azonosítása, melyeket a résztvevők általában használnak érzelmi veszteségeik következtében fellépő kellemetlen érzéseik csökkentése érdekében – a szerzők ezeket *átmeneti energiafelzabáló viselkedéseknek vagy átmeneti megkönnyebbüléseknek* nevezik.

Tehát az első néhány csoportülésen a csoporttagok áttekintik, hogy a gyász és/vagy érzelmi veszteségük megosztása során a környezetüktől milyen reakciókat kaptak és azt is, hogy a múltban milyen módon próbálták feldolgozni érzelmi veszteségeiket. Az egyes alkalmakon az irányított beszélgetések után a résztvevők a beszélgetés tematikájának megfelelő házi feladatot kapnak, melyet a következő ülésen osztanak meg társaikkal. A nagyobb csoportban (max.16 fő) történő beszélgetések, edukatív részek mellett a megosztás állandó összetételű, *3-4 fős kiscsoportokban* zajlik. Így az egyes témák megtárgyalása két módon történik: egyrészt a nagyobb csoportban szabad hozzászólások formájában, másrészt a kiscsoportokban, ahol minden résztvevőnek lehetősége van bővebben is kifejteni az egyes témákhoz kapcsolódó élményeit.

Az irányított beszélgetések után a tematikában a gyakorlati cselekvésprogram lépéseinek megtanítása következik, vagyis a *múltbeli szokások áttekintése után történik meg egy újfajta veszteség-feldolgozó technika ismertetése*. A strukturált gyakorlatokat a csoportvezető minden esetben saját élményei bemutatásával demonstrálja, majd a résztvevők az aktuális gyakorlatot házi feladatként otthon elkészítik és a következő alkalmon a kiscsoportban osztják meg társaikkal. Az első gyakorlat a *veszteségdiagram* elkészítése, melyen a résztvevők időrendi sorrendben feltüntetik életük minden jelentős érzelmi veszteségét. Ezt követően a diagramról kiválasztanak egy veszteséget, illetve meghatározzák azt a személyt, akihez a leginkább kapcsolódik az adott érzelmi veszteség. A továbbiakban a kiválasztott személlyel való kapcsolatra fókuszál a módszer, a következő feladat a vele való kapcsolat diagramjának elkészítése. A *kapcsolatdiagram* a megismerkedéstől (szülő esetében a megszületéstől) a diagram elkészítésének napjáig tartalmazza a kapcsolat jelentős pozitív és negatív eseményeit, történéseit. Majd a módszer elsajátításának végső fázisában a résztvevők azonosítják a kapcsolat pozitív és negatív aspektusaihoz tartozó érzelmeiket, és ezeket *beteljesítő levélbe* foglalják. A beteljesítő levélben az

adott személyhez szóloán fogalmazódik meg minden fontos érzelmi mondanivaló, emellett a hála, a sajnálat (megkövetés) és megbocsátás kifejezése is, majd egy ki-mondott búcsúval zárul. A teljes folyamat a beteljesítő levél kiscsoportban történő felolvasásával válik teljessé. A módszer megtanításának fő célja, hogy a résztvevők a cselekvésprogram használatát beépítsék a mindennapi életükbe, és segítségével minél több kapcsolatukat „teljesítsék be érzelmileg”, vagyis, hogy egy új szokást alakítsanak ki veszteségeik kezelésére.

2.3. Néhány fontos szempont áttekintése

A *Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM* egyénileg 7 alkalommal, csoportos formában 12 hét alatt sajátítható el, a 90-120 perces ülések hetente kerülnek megtartásra. A csoporthoz az első két alkalommal lehet csatlakozni, utána zárt csoporttá alakul a tagok érzelmi biztonságának megőrzése érdekében. Egy csoportban általában 12-16 személy vesz részt, akik az ülések egy részében a csoportvezető irányításával közösen beszélgetnek, az ülések másik részében pedig állandó összetételű 3-4 fős kiscsoportokban dolgoznak. A fentiekben bemutatott tematika alapján a csoportvezetőnek ügyelni kell arra, hogy az irányított beszélgetés ne húzódjon el egy-egy hosszadalmas hozzászólás miatt, a fókusz mindvégig a cselekvésen és az érzelmek otthoni feladatokon keresztül történő megosztásán kell tartani. Ugyanakkor fontos, hogy a résztvevők megtapasztalják: a csoportban szabadon elmesélhetik történetüket, élményeiket anélkül, hogy bárki félbeszakítaná vagy elemezné az elhangzottakat. Erre nyújt megoldást a kiscsoportos élménymegosztás, melynek során előre meghatározott idővel gazdálkodhat minden egyes tag a szabad elbeszélés során. A megosztás és meghallgatás is egyfajta szabályozást, struktúrát követ: az egyik ilyen szempont, hogy az elmondottakra semmiféle elemző reagálást nem adnak egymásnak a tagok. A csoportok összeállításánál *nem kell homogenitásra törekedni*, az eljárás kidolgozóinak tapasztalata alapján nem befolyásolja a gyászfeldolgozás sikerét, hogy azonos vagy vegyes típusú veszteséggel küzdők vannak egy csoportban. A módszer egyik fő alapvetése, hogy *minden gyász egyedi*, mivel minden kapcsolat is egyedi, így nem lehet összehasonlítani egyik ember veszteségét egy másikéval. A gyakorlatban a hozott veszteség-típustól függetlenül megfelelően együtt tudnak működni a résztvevők. A csoport vezetéséhez nem szükséges pszichológiai, pszichiátriai, pszichoterápiás végzettség, ugyanakkor szükséges hozzá a The Grief Recovery Institute® egyik (amerikai vagy európai) központjában megszerzett Gyászfeldolgozás Specialista (Certified Grief Recovery® Specialist) képzettség. A gyakorlatban többnyire olyan személyek döntenek a kiképződés mellett, akik vigaszt keresve személyes veszteségélményükben részt vettek gyászfeldolgozás csoportban, majd a módszer használatának következtében jelentkező pozitív változások hatására megfogalmazódott bennük, hogy saját magukon kívül másoknak is szeretnének segíteni érzelmi veszteségeik feldolgozásában.

3. A módszer kapcsolódásai az elméletekhez és más segítő módszerekhez

3.1. Kapcsolódás a gyász elméleteihez és a gyászszal kapcsolatos kutatási eredményekhez

A klasszikus gyász-elméletek (Freud 2003, Lindemann 1998) fázisokkal kapcsolatos elgondolásaival ellentétben a Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM megalkotói az elmúlt 30-40 év alatt azt tapasztalták a gyakorlatban, hogy nincsenek jól követhető fázisok a gyász folyamatában. Az általános gyászreakciók ismertetése mellett (alvászavar, koncentrációs zavarok, érzelmi hullámvész vagy épp az elérés-telenítettség érzése) kiemelten foglalkozik a gyász egyediségével. Az ő több évtizedes gyakorlati tapasztalataik érvényességét tükrözi az elmúlt évtizedek számos kutatási eredménye. Silver és Wortman (1989, 2007) több tanulmányában is foglalkozik azzal, hogy az elmúlt évtizedek vizsgálatai és a gyakorlati megfigyelések alapján kijelenthető: *a gyász természete és lefolyása olyan széles variabilitást mutat, hogy nem tarthatóak fenn tovább a korábbi fázis-elméletek.* Több írásukban kiemelik, hogy a fázis-elméletekről szóló téves hiedelmek és információk kétféle módon is ártalmasak lehetnek: egyfelől a gyászoló könnyen azt érezheti, hogy nem megfelelően küzd meg a folyamattal, másrészt tévutakra vezethetik a segítőket is.

Ugyanezt hangsúlyozzák ausztrál szerzők is, akik a szakirodalmi áttekintést követően kifejezetten paradoxonként fogalmazták meg azt a tényt, hogy a gyász egyedi és sokféle változó által megtapasztalt sokfélesége mellett mégis fennmaradtak a klasszikus gyászelméletek (Breen és O'Connor, 2007). Hangsúlyozzák azt is, hogy az élmény egyedisége mellett a szakirodalom csak a „normál” és „komplikált” gyász kétpólusú fogalmait használja. Azt javasolják, hogy biztosítani kell a gyászszal kapcsolatos új, továbbfejlesztett információk átadását a gyászolóknak, a szélesebb társadalmi közösségek és a segítőik részére. Kiemelik annak szükségességét, hogy a kutatások a gyász kontextusára és a gyakorlatban is használható szempontokra is irányuljanak, valamint, hogy kiemelten fontos lenne a gyászszal kapcsolatos segítő módszerek hatékonyságvizsgálata.

James és Friedman (2011) módszerének alapvető szemléletével és az általuk tapasztalt több százezer gyászolónál megfigyelt jelenségek leírásával tehát az elmúlt évtized szakirodalmi eredményei összecsengenek: *minden gyász egyedi, nincsenek fázisok, a téves hiedelmek árthatnak a gyászolónak.*

Különösen érdekes az a gyász feldolgozását vizsgáló tanulmányokban leírt jelenség, amely felhívja a figyelmet a támogató környezet hatásaira, az érzelmki-fejezés jelentőségére és a segítő módszerek hatásaira. Gyászoló szülőikkel készített mély-interjúk alapján a környezet részéről érkező támogatás hat kategóriáját különböztették meg: emlékezés, hit, ajándékok, napi aktivitás, fizikai jelenlét és kommunikáció. Négy jelenséget írtak le, amely nem volt támogató a részükre: elkerülés, bántó megjegyzések, az idő és a rájuk gyakorolt nyomás (Richardson,

2010). A gyással való megküzdést nehezíti az elkerülő coping (Schnider és Elhai, 2007), ugyanakkor egy longitudinális utánkövetést is magába foglaló tanulmányban, amely Pennebaker (2005) korábbi vizsgálatait ismételte meg gyászolókkal, azt a meglepő eredményt találták, hogy az érzelme kifejezés önmagában nem okozott enyhülést a gyászban (Strobe, Strobe, Schut, Zech és Bout, 2002). Mindezen megállapítások kifejezetten egybecsengenek a *Gyógyulás a gyászból* szerzőinek tapasztalataival és javaslataival: *a gyászból való felépülést nem az idő, hanem a cselekvés hozza meg*. A környezet részéről a gyászolónak nincs szüksége kritikára, javaslatra vagy ítélezésre, csak együttérző jelenlétre és meghallgatásra. Ők a kifejezetten ártalmas közterek között sorolták fel a következőket: „Idővel majd jobban leszel”, „Tudom mit érzel...”, „Már nem így kellene érezned...”. Amelyek segítséget nyújtottak: „Nem tudom elképzelni sem, hogy milyen lehet most neked...”, „El sem tudom képzelni, hogy milyen fájdalmas lehet neked...” és az, ha a „szívükkel” kritika és ítékezés nélkül együttérzően hallgatták meg a gyászolót (James és Friedman, 2011).

3.2 A cselekvésprogram néhány lehetséges elméleti kapcsolódása

A gyász egyedi élménye megtapasztalásának hangsúlyossága, a módszer cselekvésorientált jellege, a veszteségek és a kapcsolati élmények összegzésére, narratívába foglalására vonatkozó gyakorlatok, valamint az a fókusz, amelyet a jelen átélésének fontosságára helyez, többféle elméleti kapcsolódást is felvet.

A fenomenológia a közvetlen élményben megélt tapasztalatot, az emlékezés és a saját érzelmek megélésének módját helyezi vizsgálódásainak fókuszába. Husserl (1998) az élő jelen tapasztalatban látja a feloldást arra a tudományos és kulturális paradoxonra, hogy az elméleti konstrukciók sokszor szűk térbe zárják a tudományos gondolkodást, önmagunk vagy a világ megértését. Ez az élő jelen pillanat tud igazi támaszt adni minden segítő módszer gyakorlása közben, a segítő beszélgetés értő és együtt érző odafordulásától a pszichoanalitikusan orientált terápiákon át a mozgásterápiáig (Vermees, 2012). A közösen megélt jelen lehetőséget adhat arra, hogy a gyászfeldolgozás cselekvései során a gyászoló a megosztásban kritika, ítékezés és direkt javaslattétel nélkül meghallgatásra találjon. Az egyes gyakorlatok csoporttagokkal való megosztása közben a vezető által adott kiemelten fontos instrukciók (nem szakíthatják meg a beszélő folyamatát szóval és érintéssel sem, utólag sem elemezik az elhangzottakat) megteremtik azt a teret, amelyben a gyászoló a saját egyéni ritmusában, a múltnak folytonos narratívát adva kifejezheti szabadon a társuló gondolatait és érzéseit. A Dasein-analitikus megközelítés a jelen-való-lét minőségét helyezi fókuszba, amely a másokkal való együtt-létben sajátosan tapasztalható meg (Condrau, 2013). A pszichodinamikusan orientált terápiák fő fókusza a múlt jelennel való összekapcsoltságának feltárása, ugyanakkor legalább akkora hangsúlyt helyez ennek a kapcsolatokban (terápiás, múltbeli, jelenbeli) megnyilvánuló mozzanataira is. A *Gyász- és veszteségfeldolgozás Módszer™* hasonlóan a múlt eseményeit foglalja időrendbe, megadva ezzel az új

narratíva megszületésének lehetőségét, azonban kiemeli a cselekvés hangsúlyosságát a túlzottan elemző, reflektív munkamóddal szemben. A szerzők a feldolgozás lehetőségét kifejezetten a gyakorlatok megcselekvésére, a megosztás háborítatlan, megszakítás és reflexió nélküli élményére helyezik. Kiemelik annak jelentőségét, hogy a feldolgozatlan érzelmi veszteség a múlton való tépelődéshez és a jövőben bekövetkező újabb veszteségektől való állandó félelemhez vezet, amelyek megakadályozzák jelenbeli kapcsolataink élményeinek szabad átélését. A gyakorlatok, házi feladatok kiscsoportos megosztása során megélt elfogadó, együttérző meghallgatás mellett a jelen pillanatba való visszatérést segíti a szűkebb csoport tagjaitól kapott ölelés is. Ezzel kapcsolatosan a tagok előre egyeztetik, hogy kinek biztonságos és elfogadható ez az érintés és csak ezután ajánlják fel egymásnak. Ez az ölelés nem vigasz, hanem támasz: kifejezi, hogy nincs egyedül a gyászoló a megosztott érzelmekkel, és azt is, hogy az „erősnek kell lenni” mítoszt elengedheti, valamint, hogy elfogadják őt a társak minden megosztott élményével együtt (James és Friedman, 2011). A másiktól kapott érintés a pszichodinamikusan orientált mozgásterápiák gyakorlatában is azt hivatott segíteni, hogy meg- és felerősítse az adott jelen pillanat élményét a találkozás pillanatában (Vermes, 2012). Ezzel új narratív élményt és új cselekvő megélést nyújt a gyász feldolgozásának: az érzelmi izolációból, az egyéni mítoszok zsákutcáinak világából átvezeti a gyászolót a szabad érzelmkifejezés ítélezésmentes, saját ritmusban megélt világába.

A trauma feldolgozásának akadálya lehet az a jelenség, hogy a túlélő, traumát átélt személy a megítéléstől való félelmében, esetleges mély büntudatától vezérelve nem osztja meg érzéseit, élményeit (Herman, 2003). Ezt a félelmet hivatott eloszlatni a módszer gyakorlati cselekvésprogramjának során elismételt sokféle instrukció: a gyász egyediségének elfogadása, ítélezésmentesség, a megosztások után az elemzés és kritika, tanácsok helyett a választható megtartó ölelés.

Az életünkről megalkotott narratívumok és az emlékezés is társas létbe ágyazottak, szociális folyamatként legfőképp nyelvi eszköznek tekinthetők (Gergen és Gergen, 2001.) A Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM-ben megírt és megosztott veszteségdiagram, majd a kapcsolatdiagram és végül a beteljesítő levél megírása megteremti a lehetőséget az emlékezés folytonosságáról leszakadt veszteségek rész-történeteinek integrálására. A beteljesítő levélben használt kifejezések, a kapcsolati események három kategóriája összecseng néhány nyelvészeti és narratív pszichológiai vonatkozással is.

A performatív beszédaktusok nem értelmezik, leírják, hanem megvalósítják a cselekvést, így képesek hatni a kapcsolatra. Az Austin által leírt performatívumok közé tartozik a magyar nyelvben a „megbocsátom” (megbocsátások), a „köszönöm” és a „sajnálom/megkövetlek” (beszédrítusok) kifejezések is (Krékits, 2006), melyeket a beteljesítő levélben használunk.

A harag és a szomorúság érzelmkifejezései által keltett diskurzusokat Gergen és Gergen (2001) vizsgálatai szerint a megbocsátás, a bűnbánat (sajnálát) és a hála megnyilatkozásai zárják le leggyakrabban. Ezzel szemben mind az újrakeretezés, mind az érzelmekhez való ragaszkodás nyitottan hagyja a diskurzust.

A módszer utolsó gyakorlataként az adott személyhez szóló beteljesítő levélbe beleírják a saját érzelmkifejezéseiket, úgymint a másik tettei által keltett pozitív érzelmeket, mint pl. az öröm, hála, amelyekért köszönetet mondanak. A negatív érzelmeknek pl. harag, fájdalom, a „megbocsátom” kifejezéssel való megosztása központi mozzanat a gyászfeldolgozásban. A saját büntudati, vétkességi érzéseket pedig a „sajnálom, megkövetlek” performatívumokkal teljesíthetik be.

Az *érzelmi kommunikáció beteljesítésének hiánya* és az érzelmi izoláció a legfőbb oka a szerzők szerint a gyász feldolgozatlanságának (James és Friedman, 2011).

Elmondható a fentiek alapján, hogy a szerteágazó elméleti kapcsolódás egy sokszínű háttérrel nyújthat a gyász- és veszteségfeldolgozás módszerének megértéséhez, az önsegítő módszerek közé való integrációjához.

3.3. Kapcsolódások más gyászfeldolgozást segítő módszerekkel

A *Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM* cselekvés-programjában található gyakorlatok egyes mozzanatait, bár eltérő módon, de más veszteség feldolgozási eljárásokban is megtalálhatók. Egyéni és családi gyászfeldolgozásban is alkalmazott gyakorlat az idővonal készítése, melyen a születéstől kezdve bejelöli az illető életének negatív és pozitív eseményeit. Az idővonal segítségével lehetőség van áttekinteni a múltbeli veszteségeket és azt, hogy a korábbi veszteségeket hogyan tudta a személy kezelni (Koltai, 2011). Gyászolók önsegítő csoportjaiban használt eljárás a veszteséglista készítése (Pilling, 2003), melynek célja ugyancsak a korábban sikeresen alkalmazott megküzdési technikák felelevenítése. A Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM-ben használt *veszteségdiagram* egyrészt egyfajta leltárként összegez, másrészt segíteni tud annak eldöntésében, hogy aktuálisan a csoportban melyik veszteségét dolgozza fel a résztvevő. Gyakori tapasztalat, hogy a veszteségdiagram elkészítése után gyakran döntenek úgy a tagok, hogy nem az a veszteségükkel fognak dolgozni, amely miatt a csoportba jöttek, hanem egy korábbival, mely ugyancsak feldolgozatlan maradt és aktuálisan is nagy hatással van az életükre. Mivel a *cél az, hogy a résztvevők a módszert a későbbiekben rendszeresen használják*, szabadon választhatnak a diagramjukon található esetek közül.

Gyászolók önsegítő csoportjában használt további technikák „az Ő legfőbb tulajdonságai”, „egy tanulságos emlékem” és „szellemi örökségem” gyakorlatok (Pilling, 2003). Ezekben a gyakorlatokban a gyászolók leírják, majd a többi résztvevőnek felolvassák az elveszített személy néhány lényeges, mintaként jelentős tulajdonságát, gondolkodásmódját, beszélnek a személlyel kapcsolatos emlékeikről, érzéseikről. Hasonló tematika jelenik meg a Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM-ben alkalmazott *kapcsolatdiagramban*, melyet szintén felolvasnak egymásnak a csoporttagok. Ebben a gyakorlatban a gyászoló felsorolja az elveszített személlyel kapcsolatos pozitív és negatív emlékeit, érzéseit, illetve összefoglalja a személy általa lényegesnek tartott tulajdonságait. A Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM záró gyakorlata az elveszített személynek szóló „beteljesítő levél” megírása és a kiscsoportban való felolvasása. A levél azért „beteljesítő”, mert a kapcsó-

latban a korábban ki nem fejezett érzelmi kommunikáció beteljesítésére ad lehetőséget. Más típusú gyászfeldolgozási eljárások is használják a levélírás technikát, az ajánlás szerint a levélben a gyászoló megfogalmazza érzéseit, kérdéseit, majd elbúcsúzik az elhunyt személytől (Koltai, 2011). A Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM-ben alkalmazott „beteljesítő levél” lényeges része a korábban elszenvedett sérelmek felsorolása, az azokkal kapcsolatos érzelmek kimondása, majd a sérelem megbocsátásának kimondása. Szondy (2006) megbocsátásról szóló összefoglaló tanulmányában részletesen ír a megbocsátás fontosságáról, a mentális és fizikai egészségre kifejtett hatásairól és a megbocsátást elősegítő technikákról. Cikkében megemlíti a Worthington, Witvliet, Lerner és Scherer (2005) által leírt *döntési és érzelmi megbocsátást*, melyek közül a döntési megbocsátás rövid idő alatt megtörténhet és nem szükséges hozzá a negatív érzelmek megszűnése, míg az érzelmi megbocsátáshoz általában hosszabb időre van szükség. A „beteljesítő levélben” leírt, majd kimondott megbocsátás ezek alapján a döntési megbocsátás körébe tartozik, hiszen tudatos döntési folyamat eredménye és nem elvárt a gyászoló személytől, hogy a megbocsátás kimondásának pillanatában megszűnjenek a sérelemmel kapcsolatos negatív érzései. Számos csoporttag visszajelzése alapján a tudatos döntési megbocsátás elvégzése után bizonyos idő elteltével – az idő hossza egyedi, csakúgy, mint maga a gyászfolyamat – megjelenik az érzelmi megbocsátás is. A Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM-ben szereplő kapcsolatdiagram és „beteljesítő levél” tematikája több ponton hasonlóságot mutat a megbocsátást támogató intervenciós technikák lépéseivel. Ilyen elemek például a sérelem felidézése, a mások kárára elkövetett saját tettek elismerése és a megbocsátás melletti elköteleződés (Szondy, 2006). A kapcsolatdiagramon a gyászoló személy az általa elszenvedett sérelmek mellett feltünteteti azokat az eseteket is, amikor ő követett el (szándékosan vagy nem szándékosan) olyan tettet, mely a másik félnek sérelmet okozott. Az elszenvedett sérelmekhez kapcsolódóan megbocsátás, az okozott sérelmekhez kapcsolódóan pedig a megkövetés kimondása történik meg a „beteljesítő levélben”.

Összességében a Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM-ben alkalmazott gyakorlatokhoz hasonló elemek egy része megtalálható más típusú veszteségfeldolgozó eljárások technikái között is, a különbség elsősorban a gyakorlatok és azok sorrendjének strukturáltságában, valamint a későbbi alkalmazási lehetőségekben található.

4. Összegzés és kitekintés: a módszer szerepe a hatékony önsegítés kialakításában

A Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM legalapvetőbb előnye, hogy önsegítő technika, melynek segítségével a gyászoló megtapasztalhatja a saját érzelmi állapota feletti szabályozási készségét és ezáltal az önsegítés, az énhatékonyság élményét. A módszer elsajátítása után vezető, tanácsadó, terapeuta segítsége nélkül

is képes a résztvevő a különféle veszteségei következtében fellépő negatív érzelmi állapotainak kezelésére. Mindez általában biztonságérzetet is nyújt, hiszen egy konkrét cselekvésprogram lesz a résztvevők kezében, amikor később ismét veszteségélményt élnek át, vagy esetleg egy korábbi feldolgozatlan veszteséget szeretnének érzelmileg beteljesíteni. További előny, hogy a módszer segítségével lehetőség nyílik – a veszteségélmények esetén a nehéz érzések csökkentésére – a korábban használt, ugyanakkor hosszú távon nem hatékony viselkedéseknek a felismerésére és ezek helyett egy újfajta viselkedés bevezetésére. Sokoldalú alkalmazását teszi lehetővé, hogy a módszer a haláleseti veszteségen kívül más típusú érzelmi veszteség esetén is alkalmazható: egy élő kapcsolat megromlása, bizalomvesztés, költözés, munkahelyváltás, az egészségi és anyagi helyzet megváltozása, szakítás, válás, felnőtt gyerekek otthonról való elkerülése. A módszer alkalmas lehet munkahelyi mentálhigiénés eljárásként is, például olyan dolgozóknál, akik munkatevékenységük jellegéből adódóan sok veszteséggel találkoznak (mentősök, ápolók, orvosok, tűzoltók). A módszer hozzájárulhat traumatikus élmények feldolgozásához, mint például testi, szexuális bántalmazás vagy baleset elszenvedése, amikor a veszteség a testi épség és a biztonságérzet átmeneti vagy tartós elvesztéséből adódik. A módszer használatához nem szükséges az, hogy az áldozat személyesen ismerje az elkövetőt, ismeretlen tettesre vonatkozóan is elkészíthető a kapcsolatdiagram, melyen ilyen esetben elképzelhető, hogy mindössze 1–2 esemény lesz feltüntetve, valamint a „beteljesítő levél” is rövidebb lesz. A módszer segítségével az élő, konfliktusos kapcsolatokban elszenvedett sérelmek is feldolgozhatóak, így hozzájárulhat az élő kapcsolatok elmélyítéséhez, az azokban jelentkező feszültségek csökkentéséhez.

A módszer akkor okozhat hátrányokat a résztvevőknek, ha az élő kapcsolatokra vonatkozó „beteljesítő levél” felolvasása után nem tartják be azokat az ajánlásokat, szabályokat, melyek az elszenvedett és okozott sérelmek utólagos személyes közlésére vonatkoznak. Ilyen ajánlások a következők: soha ne olvassák fel vagy mutassák meg az adott személynek a hozzá szóló beteljesítő levelet, a negatív érzések és a megbocsátás, a megkövetés tartalmait csak meghatározott helyzetekben és feltételekkel oszthatják meg vele. Amennyiben a résztvevő nem az ajánlásoknak megfelelően jár el, elképzelhető, hogy a kapcsolat elmélyülése helyett további konfliktusokat, feszültségeket idéz elő.

A módszer megtanítása során a nagycsoportos beszélgetést kiscsoportos élménybeszámolók egészítik ki. Így nem okoz problémát, ha a nagycsoportban néhány fő ismeri egymást, hiszen a kiscsoportok beosztását lehet úgy végezni, hogy az ismerősök ne egymás előtt osszák meg élményeiket. Ugyanakkor olyan esetben, amikor a tagok nagy része ismeri egymást, például munkahelyi mentálhigiénés eljárás esetén, a csoportbeosztás már nehézségeket okozhat. Ilyenkor érdemes úgy tervezni, hogy a nagycsoport a munkahelynek különböző egységein dolgozó személyekből álljon össze (például egy kórháznak különböző osztályairól érkezzenek a résztvevő dolgozók), hogy közvetlen munkatársak ne kerüljenek egy kiscsoportba.

Habár a módszerben való kiképződéshez nem szükséges pszichológiai, pszichoterápiás végzettség, a tapasztalat azt mutatja, hogy a hazai képzésre előzetesen

jelentkezők között magas a lelki segítségnyújtásban dolgozók aránya. A tanácsadási, terápiás folyamatban a tanácsadó-terapeuta többnyire nem, vagy csak nagyon korlátozott mértékben oszt meg saját magáról információkat a hozzá forduló személyekkel. A Gyász- és veszteségfeldolgozás MódszerTM-t alkalmazó csoportvezető ugyanakkor minden új gyakorlatot a saját példáján, élményén keresztül szemléltet a résztvevők számára. Így például beszél a saját korábbi veszteségei kapcsán alkalmazott feszültségcsökkentő viselkedésmódjairól, bemutatja a résztvevőknek saját veszteségdiagramját, egy valós kapcsolatdiagramját. Ezek alapján a módszerre épülő csoport vezetése más típusú hozzáállást, munkamódot igényel a tanácsadótól, terapeutától, mint amit a kliensekkel folytatott munkájában megszokott, s ez nehézségekkel járhat. Ugyancsak hasonló okból okozhat nehézséget a módszerben használt ölelés is, melyet minden gyakorlat után felajánl a vezető a tagoknak, illetve a résztvevők egymásnak. Az ölelés szerepe a gyászolókra jellemző érzelmi izoláció feloldása, melyet szabadon elfogadhat és visszautasíthat minden résztvevő aktuális igényeinek megfelelően. Különösen akkor okozhat az eltérő munkamód problémát a szakember számára, ha egy aktuális vagy korábbi kliens részére szeretné megtanítani a módszert (a módszer a csoportos formán kívül egyéni, kétszemélyes helyzetben is átadható). Ilyenkor megoldást jelenthet egy másik gyászfeldolgozás specialista kollégához irányítani a klienst.

Tapasztalataink az elmúlt évek során egyértelműen megmutatták a módszer sokoldalú alkalmazhatóságát és a visszajelzések, utánkövetések szerinti hatékonyságát. 2009 óta a Gyógyulás a Gyászból Magyar Központban több száz résztvevő sajátította el a módszert, számosan azóta is aktívan használják korábbi vagy újabb érzelmi veszteségeik feldolgozásainak megsegítésére.

Úgy gondoljuk, hogy az önszegítő erőforrásaink és technikáink bővítése egyrészt az önmagunk fejlődéséért vállalt felelősség felvállalását jelenti, másrészt a szomatikus és lélektani egyensúly érdekében tett aktív, cselekvő prevencióként is értelmezhető.

Álljon itt befejezésül néhány a résztvevők visszajelzéseiből:

„Mindaddig míg nem néztem szembe velük, a veszteségek érinthetetlennek tűntek. Mindenki azt mondta: 'ami megtörtént az már nem változtatható meg'. Ez lehet, hogy így van, de az érzéseim megváltoztak.”
Cs. É.

„Imádom, hogy van egy módszer a kezemben, amit akkor veszek elő, amikor úgy érzem, szükségem van rá, hogy kiadjak magamból valamit.

Eléggé racionális vagyok, nem volt soha erős oldalam az érzelmek megélése és kifejezése. A módszerrel hamar megbarátkoztam, mert érthető, világos, logikus és egyszerű – még egy ilyen 'kockának' is, mint én.

Ráadásul működik a dolog – én főleg élő kapcsolatokkal dolgoztam, és érezhető a változás. Akikkel még tartom a kapcsolatot, velük őszinték és sokkal felszaba-

dultabbak a beszélgetéseink, akikkel már nem (mert el kellett válnak útjaink), a velük történeteket pedig sikerült szépen elrendezni magamban.”

V. Á.

„ A gyászfeldolgozás megadta számomra a jelenbe való visszatérés élményét. Nemcsak a múltbeli kapcsolataim nyomasztó terhe lett könnyebb, hanem a jelenlegi, problémás vagy akár jó kapcsolataim is felszabadultak a nehéz érzésektől. Számptalan alkalommal éltem át, hogy a szokásos konfliktusok sem hatottak rám ugyanazon a sérelmes módon, mert szabaddá váltam a korábbi feldolgozatlan nehezteésektől. És ami még nagyon fontos: kevésbé félek a jövőbeli, elkerülhetetlen veszteségeimtől, így bátrabban tudok szeretni is és – ha arra van szükségem - elhatárolódni is.”

R. É.

Irodalom

- Breen, L. J., O'Connor, M. (2007). The Fundamental paradox in the grief literature: a critical reflection. *Omega*, 55(3), 199–218.
- Condrau, G. (2013). *Freud és Heidegger*. Budapest: L'Harmattan.
- Freud, S. (2003). Gyász és melankólia. In Erős F. (Szerk.), *Freud, S. Válogatás az életműből*. Budapest: Európa, 453–469.
- Gergen K. J., Gergen, M. M. (2001). A narratívumok és az én mint viszonyrendszer. In László J., Thomka B. (Szerk.), *Narratívák 5*.
- Husserl, E. (1998). Fenomenológia. In Bókay A.-Vilcek B. *A modern irodalomtudomány kialakulása*. Budapest: Osiris, 424–427.
- Herman J. (2003). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér.
- James, J. W., Friedman, R. (2011). *Gyógyulás a gyászból*. Budapest: Zafir Press.
- Koltai M. (2011). A múlt öröksége: gyász és remény. In Bagdy E., Koltai M., Pál F., Popper P. (Szerk.), *A belénk égett múlt*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó, 9–47.
- Krékits J. (2006). *Felszólító performatív beszédaktusok*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Lindemann, E. (1944/1998). Az akut gyász tünettana és kezelése. (ford.: Révész Renáta). *Kharón*, 2(4), 13–26.
- Pennebaker, J. W. (2005). *Rejtett érzelmeink, valódi önmagunk*. Budapest: Háttér.
- Pilling J. (2003). Strukturális technikák a gyászolók önségítő csoportjaiban. *Kharón* 7(1–2), 97–118.
- Richardson, H. E. (2010). *A Phenomenological Study of Parental Grief: The Impact of Support Systems*. Dissertation Submitted to Northcentral University, Graduate Faculty of the School of Psychology. In Partial Fulfillment of the Requirements of the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY 2010. http://library.ncu.edu/ncu_diss/display_abstract.aspx?dissertation_id=1430 Letöltés: 2013.01.18.

- Schnider, K.R., Elhai, J. D. (2007). Coping Style Use Predicts Posttraumatic Stress and Complicated Grief Symptom Severity Among College Students Reporting a Traumatic Loss. *Journal of Counseling Psychology* 54(3), 344-350.
- Silver, R.L., Wortman, C.B. (2007). The Stage Theory of Grief, *The Journal of the American Medical Association* 297(24), 2692
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., Bout, J. (2002). Does Disclosure of Emotions Facilitate Recovery From Bereavement? Evidence From Two Prospective Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(1), 169-178.
- Szondy M. (2006). A megbocsátás pszichológiája: kialakulása, hatásai és fejlesztése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7(1), 15-34.
- Vermes K. (2012). A jelen pillanat. A felpörgött idő és a terápiás jelen a posztmodern kultúrában. *Imago* 2, 47-66.
- Wortman, C.B., Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 349-357.
- Worthington, E.L., Witvliet, C.V.O., Lerner, A.J., Scherer, M. (2005). Forgiveness in health research and medical practice. *Explore* 1, 169-176.

FORGÁCS ATTILA

TÁRSAS TÁMASZ A GYÁSZBAN

1. A társas támasz

A társas támasz az, amikor az egyén tudja és érzi, hogy szeretik, megbecsülik, értékelik és törődnek vele. Tartozik valahová, azaz tagja a közösségnek, ahol kölcsönös kötelezettségek érvényesülnek (Cobb, 1976). A társas támogatás – lényegét tekintve – a Maslow-féle szükséglet-hierarchia harmadik szintjének felel meg. A jelenség az utóbbi 50 év leginkább újító pszichológiai törekvéseit ötvözi magába. Egyrészt szakít a lelki működések traumahangsúlyú megközelítésével, másrészt a problémák helyett eleve a lelki egészségre helyezi a hangsúlyt, mint ilyen, egyike a proszociális magatartásformáknak: növeli a munka-, a tanulmányi- és a sportteljesítményt, míg hiánya egészségromboló hatású (Nagy, 1998; Czigány, 2012).

A lelki problémák okait többféleképpen magyarázták a pszichológia történetében. Kiemelkedik ezek közül a traumakoncepció, mely értelmében a lelki megrázkódtatások (születés, az anyától való elszakadás, egy fontos személy elvesztése, gyász, stb.) sokszerű nyomot hagynak a lelkivilágban. A pszichológia korai története patológia-, deviancia- és traumaorientált. Az újabb megközelítések nem az egyszeri hatások jelentőségét hangsúlyozzák, hanem a tartós társadalmi állapotok – a kultúra, a média, valamint a kommunikációs mintázatok (pl. double bind) – patogén szerepére hívják fel a figyelmet. A stresszek folyamatos részesei a modern életnek, számuk alig csökkenthető, ezért előtérbe került a megküzdés (coping) mechanizmusainak feltárása. A társas támasz olyan egészségvédő tényező, mely a stresszek és a kóros lelki-testi következmények között áll. A II. világháborút követően jelentek meg a pozitív pszichológiák, a humanisztikus megközelítés, (önmegvalósítás, flow-élmény, feltétel nélküli elfogadás, növekedési potenciál, transzperszonális élmény, stb.) valamint a szociálpszichológiában a proszociális magatartás vizsgálata. Ez utóbbi nem a korábban kedvelt szociálpszichológiai kérdéseket, a társadalmi anomáliákat (agressziót, versengést, devianciákat, normasértést, konfliktusokat, előítéletet, stb.), hanem a társadalmi haszonnal járó társas viselkedésformákat helyezte az érdeklődése középpontjába (szinergia, bizalom, méltányosság, igazságosság, együttműködés, segítség, empátia, szeretet, boldogság, szolidaritás és természetesen a társadalmi támogatás). A társas támasz kutatása az 1980-as, 1990-es években élte fénykorát. Öröndetesen egyre több pszicho-szociokulturális tényezőt fedeztek fel a betegségek és az egészségi állapot hátterében. A pszichoszociális tényezők túl magas száma azonban egyre kezelhetetlenebbé és átláthatatlanná tette a terepet. A támasz fogalmával és jelenségvilágával kiválthatónak tűnt a rengeteg szociokulturális faktor. Úgy tűnt, hogy a kezelhetetlen számúra duzzadt szociokulturális tényezők közös nevezőre hozha-

tók a társas támasz fogalmában. Ugyanis szinte valamennyi szociokulturális megbetegítő tényező redukálható a társadalmi integritás megbomlására. Gyakrabban betegszenek meg azok, akik munkahelyet, vagy lakóhelyet változtatnak, elvesztik az állásukat, vagy éppen a szeretett hozzátartozójukat (Cohen és Syme, 1985). Az ezredfordulót követően a finomszemcsés vizsgálatok a társadalmi támasz egyre több releváns vonatkozását és változóját tárták fel, így összességében bármennyire is legyen ígéretes a fogalom, a szociokulturális tényezők átláthatatlansága helyébe a társas támasz bonyolultsága lépett.

Az 1990-es években a hazai társas támasz kutatások fellendültek, a legkülönbözőbb területeken (sport, iskola, egészségügy) születtek tanulmányok (Szeverényi és Forgács, 1994; Nagy, 1998; Forgács, Márton, Kákonyi, Németh, Szabó, 1998; és Czigány, 2012). Szakdolgozatok és megvédett doktori disszertációk készültek (Lehosik, 1997; Zsákai, 2008), különböző műhelyekben kutatták, Kopp Mária, Pikó Bettina, Kósa Éva, valamint Szeverényi Péter vezetésével. Az érdeklődés arra utal, hogy a társas támasz az élet számos területén életminőség-, teljesítmény- és egészség-növelő hatású.

2. Támasz a gyászban

Egy fontos személy elvesztésével a szociális háló sérül, mely sajátos lelkiállapottal, gyászreakcióval társul, emeli a stressz szintjét, a veszteséget követő 2 évben a testi-lelki megbetegedések valószínűsége 70-80%-kal emelkedik, és még a halálozás valószínűsége is nagyobb. Egy átlagos ember legalább 5-10 súlyos veszteséget kénytelen megélni élete során. A gyászt – főként a saját gyermek vagy a házastárs elvesztését – a legsúlyosabb stresszek közé sorolják (Kaunonen, Tarkka, Paunonen és Laippala, 1999; Kovácsné, Szeverényi és Forgács, 2009b; Anusic és Lucas, 2011). A problémákkal terhelt gyász hátterében rendszerint elégtelen vagy konfliktusos társas támogatás húzódik (Worden, 2009). A társas támasz hiánya patológiás gyászreakciót válthat ki, a gyász éveig elhúzódhat (Vachon és Stylianos, 1993).

A gyász magányos és mégis társas jelenség, mely során – rendszerint – fokozódik mások jelenlétének igénye és hajlandósága (Stroebe, Schut és Stroebe, 2005; Worden, 2009), a kulturális normák előírják a segítségi kötelezettséget a krízisben. A társadalmi támasz csökkenti a stressz ártalmas hatásait (Schwartzberg és Janoff-Bulman, 1991; Sherkat és Reed, 1992; Stroebe, Stroebe és Abakuomkin, 1999).

3. A támasz és a pszichikus státusz

A társas támasz és a mentális egészség (Goldberg-féle mentális egészség kérdőív értékei) között összefüggés található (Kósa, Nguyen Luu, Goowin, Nizharzde és Emelyanova, 1999). Az erősebb támogatottság kedvezőbb mentális egészségi mutatókkal jár. A szélesebb szociális hálóval rendelkező személyek boldogabbak

(Anusic és Lucas, 2011). Ugyanakkor a támasz nem teszi könnyebbé a gyász folyamatát, de a barátok és a család jelenléte, vagy elérhetősége mégis tompítja a csapást (Worden, 2009).

3.1. Önértékelés

Az igénynek megfelelő támasz javítja az önértékelést, ezáltal a helyzet kontrollálhatóságának érzetét. A szociális integráció növeli a jóslhatóság és a stabilitás élményét, miközben enyhíti a büntudatot, hiszen a személy tapasztalja, hogy a viselkedése megfelel a normatív szerepelvárásoknak. Ezen élmények csökkentik a pszichikus igénybevételt, kedvezőbb megküzdési módokat generálnak, hatékonyabb egészségmagatartásra motiválnak, összességében jobb egészségi állapothoz vezetnek (Cohen és Syme, 1985).

3.2. Depresszió

Számos vizsgálatban igazolták a társas támasz és a depresszió fordítottan arányos viszonyát (Stroebe, Stroebe, Abakuomkin és Schut, 1996; Carr, House, Kessler, Nesse, Sonnega és Wortman, 2000; Murphy, 2000; Nolen-Hoeksema és Morrow, 1991). Valamennyi vizsgálat megerősíti, hogy – a krízis bármely szakaszában mérve – az erősebb társas támogatottság alacsonyabb depresszió szinttel társul. A támasz növeli az önértékelést, ezáltal az egyéni hatékonyság élményét, míg a stressznek éppen ellentétes hatása van: a kontrollálhatóság hiánya tanult tehetetlenséghez, végül depresszióhoz és betegségek iránti fogékonysághoz vezet. A támasszal együtt járó kontrollérzet és az önértékelés rugalmasabbá teszik a viselkedést, ami megvéd a stressz károsító hatásaitól. Az önértékelés és a kontrollálhatóság hite a stresszor fontosságát csökkentik.

3.3. Szorongás

A stressz által kiváltott szorongás mértéke csökken a támasz hatására. A bombázások élménye kisebb traumával jár, ha valakivel együtt élik át. A társas támasz a negatív élmények ártalmas hatását tompítja, míg a közösen átélt kellemes élmények érzelmi hőfoka magasabb. Ez utóbbi jelenséget nevezi Mérei Ferenc (2004/1970) együttes élménynek.

4. A támasz és a testi egészség

Az izolált személyek morbiditási és mortalitási arányai minden betegség esetén magasabbak, mint az összetett szociális hálóban élő személyeké. Gyorsabban gyógyulnak azok a betegek, akiket látogatnak.

4.1. Morbiditás (megbetegedés)

Számos kutatás bizonyítja a támasz és az egészség kapcsolatát. A társadalmi integráció hiánya (izoláció és magány) betegséget vált ki, míg a társas támasz egészségmegőrző hatású. Az összefüggés sokszintű. A támasz hiánya megemeli számos betegség incidenciáját (előfordulási gyakoriságát), súlyosságát, lefolyását, valamint a rehabilitáció (felépülés) hosszát.

A kedvező egészségügyi hatásokat a társas támasz a viselkedés-, a fiziológiai működés, valamint a percepció (a dolgok értelmezésének) változása útján biztosítja. Többnyire eme hatások kombinációi fejtik ki kedvező hatásukat.

4.1.1. Viselkedéses mediátor

A társadalmi integráció és a támasz hiánya csökkenti az egészségmagatartás (testmozgás, egészséges táplálkozás, relaxáció, stb.) gyakoriságát, miközben emelkedik az egészségre káros viselkedések (dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás, gyógyszerfüggőség, stb.) valószínűsége. A drogfogyasztás 10% körüli az elváltak és az egyedül élők körében, míg csupán 2%-os a házasságban élők között. Az öngyilkosság hatszor gyakrabban fordul elő a különélők körében, mint a házasságban élők között (Kopp, Skrabski és Szedmák, 1998). Hasonló különbséget figyeltek meg zuni indiánok és a Dobu-szigetek lakói között. A zuni indiánok közösségi kötődése erős, alig fordul elő körükben anómiás viselkedés (pl. (ön)gyilkosság). A Dobu-szigetek lakói az intimitást szégyellik, nem is rendelkeznek mély kapcsolatokkal, körükben igen gyakori mindenféle viselkedészavar (Fromm, 1973).

A társas háló információkat biztosít, a helyes viselkedést számon kéri és betartatja (Berkman, 1985), valamint olyan viselkedéselemeket javasol, melyek csökkentik a stressznek való kitettség veszélyét. A krízis esetén a támasz segíti az adaptív megküzdési módok megtalálását.

A támasz jelenléte ugyanakkor nem vezet automatikusan egészségmagatartáshoz, hiszen a szociális háló egészségre káros normákat is képviselhet. A támaszkérés magatartás és integrációs törekvés esetenként káros identifikációra és betegségmagatartáshoz (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) is vezethet (Cohen, 1988).

Az idősebb személyek (főként a nők) egészségét kevésbé veszélyezteti a veszteség, mint a fiatalokét, ami részint a halálozás várhatóságára vezethető vissza. Az idősebbek inkább fel tudnak készülni az özvegyiségre, és találnak mintát az özvegy szerepre a kortársak között.

4.1.2. Perceptuális mediátor

A támasz a potenciális stressz és a stresszreakció közé áll, ezáltal megelőzi, vagy tompítja a stressz veszélyességének megítélését. A társak segítenek újradefiniálni a helyzetet, megváltoztatni a kiértékelést (percepciót), segítik a döntési folyamatot, eligazítanak a probléma megoldási eljárásokban, esetenként konkrét tanácsokat

adnak, következésképpen a szituáció kevésbé tűnik kártékónynak. A támogatás észlelése kedvezőbb közérzethez vezet, mely jobb mentális és szomatikus állapotot biztosít. A támaszdeficit és a társas kapcsolatok hiánya ezzel szemben önmaga is stresszforrás. A drasztikus élethelyzet változások (válás, gyász, munkahelyvesztés) sértik a szociális hálót, növelik a stressz szintjét.

4.1.3. Fiziológiai mediátor

A társas támasz és a stressz csökkentése 3 fiziológiai mechanizmus közvetítésével befolyásolhatja az egészségi állapotot:

1. A stressz fokozott ingerléssel jár, aminek számos fiziológiai következménye van: a Cannon-féle vészreakciónak megfelelően nő a test anyagcseréje, emelkedik a vérnyomás, a szívfrekvencia, az adrenalin szint, a légzésszám, stb.) (Sass, 2011). A támasz a stresszélmény és a patológiás következmény közé is állhat, azáltal védi az egészséget, hogy megelőzi, vagy csökkenti a stressz negatív következményeit. A stressz reaktivitás szintje csökken, ami azt jelenti, hogy tompulnak az affektív és a fiziológiai válaszok.
2. Csökkent immunaktivitás. Harmonikus családi környezetben élő idős emberek immunfunkciói jobbak. nmagában annak észlelése, hogy segítenek valakinek, – a tükrö neuronok aktivitása révén – immunaktivitás fokozó hatású (Bagdy, 2010). Az elvált asszonyok alacsonyabb immunsejt (NK, T helper) koncentrációval rendelkeznek (Lázár, 1991). Magasabb virális aktivitást tapasztaltak azon orvosok, illetve pszichiátriai betegek körében, akik magányosságról panaszkodtak.
3. Neuroendokrin működés. Szociális támogatás hatására bizonyos neuropeptidok (különösen béta-endorfinok) szabadulnak fel. Az endokrin aktivitás különösen érzékeny szociális ingerekre. A szociális integritás drasztikus megváltozását (deportálást, gyászt, válást, stb.) követő leggyorsabban kialakuló testi tünet nőknél, a havi vérzés elmaradása (amenorrhoea). A szociális miliő pozitív érzések esetén is befolyásolja a hormonális működést, az együtt élő nők menstruációs ciklusa hajlamos szinkronizálódni (Kovácsné, Szeverényi és Forgács, 2009a).

Fontos kérdés, hogy a társas támasz növelése enyhíti-e a megbetegedések számát? Raphael (1977) vizsgálatában 200 – házastársát gyászoló – személyt random módon 2 csoportba osztottak. Az egyik csoportban 3 hónapon keresztül profeszionális támogatást kaptak, míg a másokban nem volt ilyen beavatkozás. A támogatott csoportban szignifikánsan kevesebb megbetegedést diagnosztizáltak a következő 13 hónapban.

4.2. Mortalitás (halálozás)

Számos kutatás igazolja a házastárs halála és a korai halálozás közti összefüggést (Jacobs és Ostfeld, 1977; Stroebe, Stroebe, Gergen és Gergen, 1982). Az özvegyek

rövidebb ideig élnek, mint a házasságban élők, vagy az elváltak. A gyász első 6 hónapjában 40%-kal emelkedik a meghalás valószínűsége (Parkes, Benjamin és Fitzgerald, 1969). Mind a strukturális (társadalmi integráció), mind a funkcionális támasz (mindkettő értelmezését ld. alább) hatással van az élet hosszára. Az erősebb szociális integrációval rendelkező személyek mortalitási mutatói kedvezőbbek (Cohen, 1988). A tragikus hirtelenséggel bekövetkező veszteséget követően a meghalás valószínűsége inkább emelkedik, a hosszú szenvedést követő gyászhoz képest. Az utóbbi esetén inkább lehetséges a lelki adaptáció, az elbúcsúzás, következményesen a büntudatcsökkentés és traumatompítás (Smith és Zick, 1996).

5. Társadalmi integráció

A társas támasz szintjének egyik mutatója a szociális integráció (társadalmi beágyazottság) foka. A másokkal töltött idő hossza, a társak elérhetősége, csoporttagságok száma (pl. vallásos-, politikai-, egyesületi-, vagy informális csoportokhoz tartozás) határozza meg a társadalmi beágyazottság fokát. A szociális háló hiánya, vagy alkalmatlansága megnehezíti a gyászmunkát (Vachon és Stylianos, 1993). Minél többféle szerepet (pl. szülő, alkalmazott, barát, hozzátartozó, stb.) tölt be egy gyászoló, annál nagyobb a pszichikus és társadalmi védettsége. Ehhez képest a beszűkült szerepkészlet (pl. kizárólag nyugdíjas) veszélyforrás lehet. Hazánkban az idősek, az iskolázatlanok, az elváltak, valamint az özvegyek köréből kerülnek ki azok, akiknek egyetlen bizalmas kapcsolata sincs (Albert és Dávid, 1999). A magyar férfiaknak általában több barátjuk van, ellenben a nők kapcsolatai bizalmasabbak.

Az idős korban több módon is sérülhet a szociális integráció: a nyugdíjazással lazulnak a kollegiális kapcsolatok, a hazai 60 év felettiiek 80%-a állította, hogy semmit nem számíthat korábbi munkatársai segítségére (Kopp és Skrabski, 1992). A gyerekek kiszállnak a családi fészekből, ráadásul a későbbiekben a szülők inkább támogatják a gyerekeket, mint fordítva. Előbb-utóbb a közeli hozzátartozók meghalnak. Fokozatosan erősödik a magányosság, sok esetben végül a lakhelyet is meg kell változtatni, amivel a szociális háló gyökeresen megváltozik (Minkler, 1985). Hazánkban az életkor növekedésével a szomszédok támasznyújtó szerepe nő, a 60 év felettiiek 38%-a számít a szomszédok segítségére (Kopp és Skrabski, 1992). A fenti társadalmi folyamatoknak és állapotoknak – a lakosság folyamatos öregedésével – egyre nagyobb jelentősége lesz.

Kopp Mária és Skrabski Árpád (1992) reprezentatív kutatása szerint, a hazai lakosság 11%-ának egyáltalán nincs kapcsolata a szomszédokkal, 42%-a nem számíthat a szomszédok segítségére, 29%-a nem számíthat a munkatársak, 18%-a a barátok, 15%-a a rokonok segítségére, 88%-a hivatalos segítséget nem remél.

Nem szabad megfeledkezni arról, hogy a szerteágazó kapcsolatrendszer nemcsak a támogatás lehetőségét biztosítja, de egyszersmind a potenciális konfliktusok számát is gyarapítja. Ugyanakkor veszélyforrás lehet az is, hogy esetenként a gyászolónak át kell vennie az elveszett személy családi, vállalkozási, stb. szerepeit.

Könnyen szereptúlterhelés állhat elő, főként akkor, ha készületlenül kénytelen a szerepeket megvalósítani. Az ilyen helyzetek patológiás gyászreakciót válthatnak ki, hiszen a személy az új szereppel van leterhelve, nem tudja időben elgyászolni a veszteséget, és egy későbbi élethelyzetben bűvópataként törhet elő a feldolgozatlan gyász.

A társadalmi integráció által mindenki valamilyen szubkultúrához is tartozik. Ezek vezérfonalat adnak az érzelmek, a lehetséges gondolatok és az elfogadható viselkedések tekintetében. Az írek másképpen gyászolnak, mint az olaszok, a romák veszteségviselkedése is eltér a többségi társadalom gyászmintáitól. Tisztában kell lenni az etnikai, a vallásos és egyéb szubkulturális hagyományokkal a gyász-munka megfelelő értékeléséhez (Pilling, 2003).

6. A társas támasz funkciói

Míg a társas támasz diffúz és általános aspektusa a társadalmi integráció, addig a támasz direkt hatásokkal is rendelkezik, amit különféle támasz funkciók képviselnek. A társas támasz funkcionális megközelítése azt feltételezi, hogy a támogatandó személynek speciális támaszigényei lehetnek (Pierce, Sarason és Sarason, 1990).

6.1. Információs támasz

A támogatás kognitív aspektusa: a tájékoztatás, az informálás, vagy a probléma pusztá átbeszélése és kiértékelése segít a megküzdés mozgósításában. A veszteség átbeszéléséből adódó információ és kognitív megmunkálás növeli a megküzdő képességet. Az információs támasz paradoxonja, hogy egy iskolázatlan személy számára bizonyos információ kevésbé felfogható, miközben a tájékozatlanság extra információs támaszt igényel.

6.2. Emocionális támasz

A támogatás érzelmi aspektusa: biztatás, bátorítás, dicséret, empátia, a problémák kiventilálása, együttes élmény, együtt nevetés, csevegés, szeretet, tisztelet, nagyrabecsülés, elfogadás, stb. Fontos szempontja az önértékelés növelése. Az egyén önértékelése nagyban függ attól, milyen képet alkotnak róla mások. Támogató hatású tapasztalni, hogy másoknak hasonló attitűdjeik (érzéseik, véleményük és viselkedési mintázatai) vannak. Az érzelmi ventilálás lehetősége és az emocionális támasz abban segíti a gyászolót, hogy tudja, vannak még emberek, akiktől segítség remélhető.

Az információs és az emocionális támaszfajtákat a stresszel való megküzdés univerzális katalizátorának tekintik. A pozitív önértékelés, valamint a stressz kognitív megmunkálása általánosan növeli a megküzdés hatékonyságát.

6.3. Komfort támasz

A támogatás kényelmi aspektusa: minden gesztus, mely a fizikális jóllétet szolgálja: szállás, ruha, vagy étel adása, kiszolgálás, a helyváltoztatás segítése, simogatás, vagy akár a kikapcsolódás biztosítása. A komfort általános aspektusa a pénzadomány (financiális támasz). Az instrumentális támasz (eszközök biztosítása) – esetenként – jelentősebb depresszió megelőző értékű, mint az érzelmi, vagy az információs támasz.

6.4. Advokációs támasz

A támogatás képviseleti aspektusa: közvetíteni a személy akaratát, kérését, képviselni érdekeit, eljárni az ügyeiben.

A támasz kedvező hatása akkor várható, ha a támaszigény és az észlelt támasz típusa megegyezik, tehát amennyiben érzelmi támaszra van szüksége, éppen azt kap, nem – mondjuk – pénzadományt. A support skills kifejezés azt jelöli, amikor a támogató képes megfelelő funkcionális támaszt nyújtani, mert észleli a támogatott támaszigényét, és módja, valamint szándéka is van ezt az igényt kielégíteni.

7. Támaszigény

A támasz strukturális felfogása szerint, egymástól többé-kevésbé elkülönülő támaszfajták léteznek. Az optimális támasz olyan területen nyújt segítséget, melyben hiány van. Érzelmi stressz esetén emocionális, tájékozatlanság esetén információs támasz az optimális. A támasz inkongruencia az, amikor a támaszigény és a ténylegesen kapott támasz nem fedik le egymást, ami természetesen nem szolgálja a kívánt pozitív hatást, sőt inkább ártalmas. Például nem jelent támogatást a pénzadomány egy dúsgazdag özvegynek, míg az érzelmi támasz nem biztos, hogy elegendő annak, aki nem tudja befizetni a számláit.

A támasz védekező, illetve negatív hatásokat hívhat elő, amennyiben a kapott támasz nem illeszkedik a támaszigényhez. A látássérült ember nem örvendezik, ha átsegítik az úton, amennyiben esze ágában sem volt átmenni. A gyámoltalanság, elbizonytalanodás, valamint az ügyefogyottság élményét éli át, akit kéretlenül, a szükséglete felett támogatnak. A kéretlen támasz kifejezetten irritáló lehet, esetenként az önértékelést sérti. Súlyosabb esetben védekező ellenállást válthat ki az autonómia helyreállítására.

A stresszfolyamat során a támaszigény folyamatosan változhat. Ráadásul ugyanaz a stresszor többféle támaszt is igényelhet az adott időpontban és az idő múlásával is. A folyamat legelején az érzelmi és az információs támasz mellett a képviseleti támasz az elsődleges fontosságú, míg a pénzügyi (anyagi) támasz jelentősége ezeket követően emelkedik, főként a családfenntartó hozzátartozó halála esetén. A támasz segítő, stressztempító hatása a támasz kongruencia esetén

jelentkezik, amikor a kapott támasz konstellációja harmonizál az éppen aktuális támaszigény változásaival (Cohen és Syme, 1985).

A támaszigény mértéke függ a támaszforrástól, a támogató személyétől is. A nőktől eleve erősebb támogatást várnak, mint a férfaktól. A nőkre vonatkozó szerepeltvárások inkább előírják, hogy felelősséget vállaljanak a férjük, szüleik és gyermekeik jóllétéért.

8. Támaszforrás

Nem mellékes, hogy egy személyt kik támogatnak, kik azok, akik támaszforrást jelentenek. Bizonyos támaszforma elfogadható valakitől, míg mástól nem. A támogatás forrásait a társadalmi integráció mutatja. A direkt támasz forrásai a családtagok, barátok, munkatársak, szomszédok, míg diffúz támasz származhat a legkülönbözőbb csoportokból (szakszervezet, futballcsapat, egyház, egyesület, stb.). Bizonyos források relevanciája helyzetfüggő. A munkahelyi konfliktusok esetén a házastársi támasz kevésbé hatásos, mint a munkatársi támogatás. Egy hozzátartozó elvesztése esetén pedig a családon belüli kohézió emelkedése, és a családtagok kölcsönös támasznyújtása a leghatásosabb (La Rocco, House és French, 1980). A magyar emberek túlnyomó többsége családtagjaiban bízik a leginkább, közülük is a nőkben. 1997-ben a magyarok 75%-a családtagot, vagy rokont nevezett meg bizalmasként, míg 1999-ben ez az arány már 85%-volt (Albert és Dávid, 1999). Ezzel szemben az USA-ban a bizalmasok fele a barátok közül kerül ki.

A 60 év feletti magyarok 77%-a számíthat gyermekei segítségére, ellenben hivatalos támaszt ennek a korosztálynak 90%-a nem remél. A korosztály 32%-ának nincs barátja, 80%-a nem számíthat a volt munkatársakra, ezért a szomszédok támogató szerepe ebben a korosztályban felerősödik, ők jelentik a leginkább élő kapcsolatot (Kopp és Skrabski, 1992).

A férfiak támogatási rendszere sokkal felületesebb. A 35 év feletti férfiak körében 20%-kal csökken a legalább két bizalmasal rendelkezők aránya. A középkorú házas férfiak bizalmas dolgaikat kizárólag a partnerükkel osztják meg (Albert és Dávid, 1999). A házastárs elvesztése a férfiak esetén azonos a támasz megszűnésével.

Még a nem-humán támaszforrásoknak is van testi-lelki egészségmegőrző erejük. A hobbiállat tartása növeli a szívinfarktus túlélésének esélyét (Friedmann és Thomas, 1995). Egy átlagos özvegy 4 évvel él tovább, ha rendelkezik kisállattal (akár egy aranyhállal), amiről gondoskodhat. Az idős személyek számára fontos, hogy támogathassanak valakit, esetenként még fontosabb, mint hogy őket támogassák. A támasz adásával azt élik meg, hogy fontosak, ráadásul az önértékelésük is emelkedik azoknak, akik támogatnak, míg a támogatás az elesettebb státuszú személyeknek jár (Akiyama, Holtzman és Britz, 1986).

9. Észlelt támasz (támasz percepció)

A társadalmi integráció viszonylag megbízható jele annak, hogy a személy ténylegesen mennyi támaszt kap. Ugyanakkor az észlelt támasz sokkal erősebb korrelációt mutat a stressztompítás mértékével, ezáltal az egészséggel. Tehát nem csak az a fontos, hogy a környezet milyen mértékűnek és minőségűnek ítéli meg a támogatást, hanem hogy a támogatott személy ebből mennyit érzel.

Létezik olyan értékelés is, mely azt hangsúlyozza, hogy a gyász és a betegség hatással van az észlelésre. A gyász gyakran emeli a pesszimizmus szintjét, ami rávetül a szociális viszonyok megítélésére is. Hiába emelkedik a kapott támasz szintje, hiába aktivizálódik a társadalmi háló, az észlelt támasz szintje csökken gyász és betegség idején.

A támasz percepciójának megfigyelhető egy személyre jellemző alapszintje, melyet a korai szülő-gyermek viszony alapoz meg, a korai támaszélmény a személyiség inherens részévé válik (Sarason, Pierce, Bannerman és Sarason, 1993). Erik Erikson (1991/1975) ezt a jelenséget nevezi ösbizalomnak, míg az ellenkezőjét ösbizalmatlanságnak.

Kopp Mária és munkacsoportja 1988-95 között vizsgálta a magyar lakosság támaszészlelésének változásait. A rendszerváltás során 60%-kal csökkent a munkatársaktól várható támasz mértéke, a rokonoktól és szülőktől várható támasz negyedére csökkent, míg a gyerekektől várható támasz nem változott (Kopp és mtsai, 1998). Számos hazai vizsgálat szerint, az észlelt támasz mértéke (valamint a testi-lelki egészségállapot) párhuzamosan javul az iskolázottsági szinttel (Forgács és mtsai, 1998; Kopp és mtsai, 1998; Kósa és mtsai, 1999).

10. Elégedettség a támasszal

Támasz elégedettség az, amikor a támaszigény, a kapott támasz és az észlelt támasz egymásnak megfelel, ezért ökológiai kongruenciával rendelkezik (Hobfoll, 1988). A támasz elégedettség dimenzióit a szociális integráció foka, az elérhető támasz struktúrája, valamint a társas bizalom szintje alkotják (Sherkat és Reed, 1992).

Sokszor előfordul, hogy a személy észleli a támaszt, azonban elégedetlen vele, például őszintétlenségnek vagy közhelyesnek véli (Lehosik, 1997). A támasz elégedettség fontosabb, mint a ténylegesen kapott támasz. Az elégedettség szorosabb összefüggést mutat a támasz észleléssel, mint az objektíven mérhető kapott támasszal. Ez azt jelzi, hogy a támasszal való elégedettséget szubjektív (belső és külső) tényezők színesítik. Számos tapasztalat és tudományos vizsgálat megerősíti, hogy esetenként hiába van jelen az elvárható támasz, a gyászoló személy mégis elégedetlen lehet vele. A betegek, a gyászolók, és általában az idősebbek kevésbé elégedettek a kapcsolataikkal (Kósa és mtsai, 1999).

11. Támaszkeresés

A támasz nem egyszerűen egy külső erőforrás, a jelenségnek belső aspektusa is van. A támaszkeresés olyan stressz csökkentő megküzdési mód, ami nem minden személyre jellemző azonos mértékben. Az erős társas támogatásban részesülő személyek szélesebb társadalmi beágyazottsággal rendelkeznek, vagy/és sikeresebben mozgósítják társas hálózatuk tagjait (Lin, Simeone, Ensel és Kuo, 1979). A támaszkereső magatartást több tényező határozza meg:

1. Kulturális hagyományok és szocializáció
2. Szituációs tényezők
3. Személyiségtényezők

11.1. Kulturális hagyományok és szocializáció

A hagyományok meghatározzák, hogy ki, kitől, mikor és mennyi segítséget kérhet és kaphat. A segítségkérés és segítés koreográfiája és dramaturgiája a szocializáció során épül be a viselkedésrepertoárba. A nők hajlamosabbak a problémákat támaszkereséssel orvosolni, könnyebben és ügyesebben kérnek segítséget. Az özvegy férfiak sérülékenyebbek, mivel járatlanok a házasságon kívüli (érzelmi) támasz keresésében (Smith és Zick, 1996). Normák írják elő bizonyos alkalmakhoz (ünnepekhez, vagy krízishez) fűződő támogatást: a temetés, a gyász, a születés- és névnap, karácsony, az esküvő a legjellegzetesebb alkalmak a normatív támogatásnak. Először a közeli hozzátartozókhöz szokás támogatásért fordulni, majd ezt követően keresik a tágabb hálót (távoli rokonokat, barátokat, munkatársakat). Az informális kapcsolati háló kimerülését követően a formális támogatási források következnek. A támaszkeresés szekvenciája más és más lehet kultúránként, társadalmi rétegenként, vagy éppen nemenként is (Berkman, 1986).

11.2. Szituációs tényezők

A társas támasz elméleteinek döntő többsége úgy tekint a jelenségre, mint ami az individuumra vonatkozik: az egyén különböző helyzetekben és különböző következményekkel kap, vagy nem kap támaszt, következményesen szenved, vagy nem szenved valamilyen betegségben. Helyénvalónak tűnik a társas támasz csoportjellemzőnek tekintése is. Az egyes társadalmi rétegeket viszonylag konzisztens betegségráták jellemzik, jóllehet a tagok folyamatosan cserélődnek. A családi állapot, vallás, foglalkozás stb. meghatározzák a morbiditási és mortalitási mutatókat. A magányosság valamennyi betegséget súlyosbít. A szociális perspektívából az a kérdés, hogy egy társadalmi rétegben miért magasabb egy betegség prevalenciája (előfordulási gyakorisága), mint egy másikban?

A támaszkereső viselkedést az alábbi leggyakoribb szituációs tényezők indítják el:

1. A szociális háló drasztikus változása (gyász, válás, munkahely elhagyása, kolégiumba kerülés, költözés, vagy bármilyen egyéb migráció).
2. Krízis hatására a támaszigény emelkedhet, amit a létező társas háló nem tud kielégíteni, ami támaszkeresést indíthat el.
3. A támasz hiányának érzete szintén támaszkereséssel járhat.

11.3. Személyiségtényezők

A kollektivisztikus, szociábilis, magas szociális intelligenciával rendelkező személyek sikeresebben mozgósítják a társas hálózatukat fenyegetés esetén (Kósa és mtsai, 1999).

Vannak olyan személyek, akik nemcsak hogy nem keresik, egyenesen taszítják a támaszpróbálkozásokat. Ez figyelhető meg, például paranoidások esetén.

Az újszülöttek veleszületett kötődési tendenciával jönnek a világra. A csecsemőkori empátiamegvonást elszenvedő egyének később nem tudják sem kérni, sem elfogadni mások empátiás támogatását, mert eredeti kötődési tendenciájukhoz gátlás kapcsolódott. A segítőszándék észlelése – tragikusan paradox módon – averzív állapotot eredményez náluk. Így a szociális elszigetelődés sajátos büvköre alakul ki sorsukban (Molnár, 1996).

A segítőnek tiszteletben kell tartania, hogy bizonyos személyek nem tartanak igényt támogatásra, vagy részvétre, sőt kimondottan zavarja őket (v.ö. a Támaszigény c. alfejezetet).

12. A támasz időzítése

Az egyik legsúlyosabb probléma a gyászolók támogatásában, hogy döntően a veszteség (a haláleset és a temetés) idejére szorítkozik, fél-egy évvel rá már jelentősen elmarad a társas támogatás, pedig a gyászoló ekkor szembesül az elvesztett személy hiányának mindennapi és gyakorlati következményeivel (Worden, 2009). A családtagok feladata, hogy hosszú távú támaszt nyújtsanak. Ezt a funkciót kevésbé töltik be a barátok, a munkatársak és az ismerősök. Egy barát rövid időre esetleg ad kölcsön pénzt, de hosszabb távon inkább az önértékelést hajlandó erősíteni. Ezzel szemben a családtag inkább ad hosszú távra pénzt kölcsön, ellenben az önértékelést csak rövid ideig erősítgeti (Cohen és Syme, 1985). A legszorosabb kapcsolatoktól (pl. házastárstól) várható a leghosszabb távú támogatás. A legsúlyosabb gyászt éppen eme szoros kapcsolatok elvesztése okozza, tehát a gyászmunka során éppen a hosszú távú támogatás hiánya okozza a legnagyobb pszichoszociális veszélyt, mivel ezt az egyéb támaszforrások nem töltik be. A mentálhigiéniai érdeklődésre érdemes gyászban éppen a legfontosabb támaszforrást veszítik el. Tehát a gyász felfogható támaszvesztésnek is. Hosszú távon a társadalmi integráció és a támaszrendszer újrastrukturálódása zajlik a gyász során.

13. A támasz kontingencia

A támasz, ami egy kapcsolatban segítő hatással van, egy másikban nem jár pozitív hatással, sőt esetenként zavaró, vagy káros is lehet. Fontos és ellentmondásokkal terhes a támogató-támogatott összeillésének kérdése. Vajon hasznos-e, szükséges-e a (kulturális, szociális, személyiségbeli, vagy gazdasági) hasonlóság? Hasonló sorsú és élményvilágú személy könnyebben tudja megérteni a válsághelyzet lényegét, ezért hitelesebben tud támogatni. Azonban a hasonló státusz esetenként szociális összehasonlítást provokál, ami során a támogatott alulmarad (Bierhoff, 1994). Nem jelentkezik önértékelési problémák, egyenlőtlen státuszúak segítő kapcsolatában. Például egy tanár nem sérti önértékében a diákot, ha egy feladat megoldásában segít. Kimondott önértékelési válságként és státuszvesztésként élhető meg a segítség egy versengő viszonyban, míg egészen más felhangja van egy kooperatív társas miliőben. Az utóbbi közegben negatívan ítélik meg a támasz visszautasítását.

14. Támazkölcsonösség

A kooperatív szellem feltételezi a kölcsönös támasznyújtást. A támasz reciprocitás jó példája lehet a barátság, vagy a jó szomszédság. A kortársakkal erősebb a tendencia a viszonzásra, mint egyenlőtlen státuszú személyek között. Ugyanakkor a feleségek sokkal inkább támaszai a házastársuknak, mint fordítva. Számon tartanak generalizált reciprocitást is, amikor egy „A” személy segít „B” személynek, aki „C”-t segíti, aki viszont „A”-nak nyújt támaszt (Bierhoff, 1994). A kölcsönös támogatások száma csoportkohézió növelő és általában csoportklíma javító tényező. Azonban az aszimmetrikus alultámogatás éppolyan feszültségeket kelt, mint a túltámogatás. Érdekes percepció csaldódás, hogy az emberek általában úgy észlelik, hogy kétszer több támogatást nyújtanak másoknak, mint amit maguk kapnak. Ha nem így észlelnék, az önértékelés csökkenéssel járna. Kényelmetlen érzéseket kelt, ha nincs mód viszonzni a támogatást. Szívesebben fogadnak el segítséget attól, akinek van lehetősége más alkalommal viszonzni. Sokszor azért utasítanak el támogatást, mert elfogadva „adósságot” halmozónának fel. Az is problémát jelenthet, ha valamelyik szereplő jelentősen rosszabbul jár, vagy az is, ha valaki túlságosan drágán kívánja a támogatást visszafizettetni.

Vannak személyek, akik a kapcsolataikban azonnali és összemérhető viszonttámogatást várnak, ez az úgynevezett csereorientáltság. Mások inkább a partner igényeit tartják szem előtt, ezt pedig közösségre irányultságnak nevezik. A csereorientáció esetén jár igazán negatív következményekkel az alul-, illetve túltámogatottság. Az erősen csereorientált személyek elégedetlenebbek mindenféle társas kapcsolatukkal, mint a közösségorientált társaik (Buunk, Doosje, Liesbeth és Hopstaken, 1993).

15. A társas támasz potenciális veszélyei

A fellazult társadalmi integrációt az extra társas támasz hívatott betölteni. Az elesettség indokolja a társadalmi támogatottság fokozását. Azonban a támasz egyfajta betegségelőnyt is jelenthet. Ilyenkor az intenzívebb támasz maga válik a felépülés gátjává. A hatékony megküzdés viszont annak jele, hogy már nem szükséges extra támogatás.

A támasz káros hatással lehet akkor is, ha nem egyeztethető össze a támogatott személy énképével. Az önmeghatározás minél centrálisabb rétegét érinti a támasz, annál inkább inverz hatás várható.

A gyakorlat számára mindez azt sugallja, hogy a társas támasz a társadalmi együttélés fontos hatótényezője, de nem egy univerzális pszichoszociális csodatechnika, és növelése csak az egyéni jellegzetességek figyelembe vételével javasolható.

Irodalom

- Akiyama, H., Holtzman, J., Britz, W. (1986). Pet ownership and health status during bereavement. *Omega*, 17, 187-193.
- Albert F., Dávid B. (1999). A Tárki felmérése az emberek kapcsolatairól. *Magyar Hírlap*, 1999. december 27.
- Anusic, I., Lucas, R. E. (2011). *Social support and widowhood. Does Social Support Buffer the Effects of Widowhood? A Prospective Study of Adaptation to the Loss of a Spouse*. East Lansing: Michigan State University.
- Bagdy E. (2010). *Hogyan lehetnénk boldogabbak?* Budapest: Kulcslyuk Kiadó.
- Berkman, L. F. (1985). The Relationship of Social Networks and Social Support to Morbidity and Mortality. In S. Cohen, S. L. Syme (Szerk.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press, 241-262.
- Berkman, L. F. (1986). Social networks, support, and health: Taking the next step forward. *American Journal of Epidemiology*, 123, 559-562.
- Bierhoff, H. V. (1994). On the interface between social support and prosocial behavior: Methodological and theoretical implications. In F. Nestmann, K. Hurlmann (Szerk.), *Social networks and social support in childhood and adolescence. Prevention and intervention in childhood and adolescence*, 16. Berlin: Walter de Gruyter, 159-167.
- Buunk, B. P., Doosje, B. J., Liesbeth, G. J. M., Hopstaken, L. E. M. (1993). Perceived reciprocity, social support, and stress at work: the role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 801-811.
- Carr, D., House, J. S., Kessler, R., Nesse, R., Sonnega, J. & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *Journals of Gerontology*, 55(B), 197-207.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. and Syme, S. L. (1985). Issues in the Study and application of social support. In S. Cohen, S. L. Syme (Szerk.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press, 3-22.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Czigány D. (2012). *A társas támasz hatása az iskolai teljesítményre*. MA szakdolgozat, Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.
- Erikson, E. H. (1991). Az életciklus: az identitás epigenezise. In E. H. Erikson (Szerk.), *A fiatal Luther és más írások*. Budapest: Gondolat, 437-498.
- Forgács A., Márton S., Kákonyi Sz., Németh M., Szabó I. (1998). Social Support during Pregnancy and Delivery in Hungary. In P. Nijs, D. Richter (Szerk.), *Advanced Research in psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 1998*. Leuven: Uitgeverij Peeters, 157-166.
- Friedmann, E. and Thomas, S. A. (1995). Pet ownership, social support, and one-year survival after acute myocardial infarction in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *The American Journal of Cardiology*, 76(17), 1213-1217.
- Fromm, E. (1973). *The Anatomy of Human Destructiveness*. New York: Peguin.
- Hobfoll, S.E. (1988). *The ecology of stress*. Washington DC: Hemisphere.
- Jacobs, S. and Ostfeld, A. (1977). An epidemiological review of the mortality of bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 39(5), 344-357.
- Kaunonen, M., Tarkka, M-T., Paunonen, M. and Laippala, P. (1999). Grief and social support after the death of a spouse. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1304-1311.
- Kopp M. és Skrabski Á. (1992). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Végeken Alapítvány.
- Kopp M., Skrabski Á. és Szedmák S. (1998). A bizalom, a társas támogatás, az összetartozás, együttműködés képességének egészségügyi jelentősége. *Végeken*, 9(4), 4-11.
- Kósa É., Nguyen Luu, L. A., Goowin, R., Nizharazde, G. és Emelyanova, T. (1999). Bizalom és szociális támogatottság a rendszerváltás után. *Alkalmazott Pszichológia*, 1(3) 31-42.
- Kovácsné Török Zs., Szeverényi P. és Forgács A. (2009a). A másodlagos amenorrhoea pszichoszomatikája. In Forgács A. (Szerk.) *Pszichoarcheológia*. Budapest: Aula Kiadó, 32-42.
- Kovácsné Török Zs., Szeverényi P., Forgács A. (2009b). Perinatális gyászreakció. In Forgács A. (Szerk.) *Pszichoarcheológia*. Budapest: Aula Kiadó, 75-85.
- La Rocco, J. M., House, J. S., French, J. R. P. Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.
- Lázár I. (1991). *Pszichoneuroimmunológia*. Budapest: Mens Sana Hungarica.
- Lehosik M. (1997). *A társas támasz kapcsolata a nyitott szívűműtéten átesett betegek pszichikus és szomatikus állapotával*. Debrecen: KLTE, Pszichológiai Intézet.

- Lin, N, Simeone, R. S., Ensel, W. M. and Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Mérei F. (2004). *Közösségek rejtett hálózata*, Budapest: Osiris Kiadó.
- Minkler, M. (1985). Social support and health of the elderly. In S. Cohen, S. L. Syme (Szerk.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press, 199-216.
- Molnár P. (1996). Magatartástudományok. In Illei Gy. (Szerk.), *Közösségi ápolás*. Pécs: POTE, 53-71.
- Murphy, S. (2000). The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Studies*, 24, 585-602.
- Nagy S. (1998). Társas támasz a sportban. *Kalokagathia*, 1, 27-36.
- Nolen-Hoeksema, Morrow (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Parkes, C. M., Benjamin, B., Fitzgerald, R. G. (1969). Broken hearts: A statistical study of increased mortality among widowers. *British Medical Journal*, 1, 740-743.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G. (1990). Integrating social support perspectives: Working models, personal relationships, and situational factors. In S. Duck R. C. Silver (Szerk.), *Personal relationships and social support*. London: Sage. 173-189.
- Pilling J. (2003). A gyász kulturális vonatkozásai. In Pilling J. (Szerk.), *Gyász*. Budapest: Medicina, 19-26.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A., Sarason, I. G. (1993). Investigating the antecedents of perceived social support: Parents' views of and behavior toward their children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1071-1085.
- Sass J. (2011). A munkahelyi stressz és a stressz kezelése. In Forgács A. (Szerk.) *Alkalmazott pszichológia*. Budapest: Aula Kiadó, 193-229.
- Schwartzberg, S. S., Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270-288.
- Sherkat, D. E., Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26, 259-275.
- Smith, K. R., Zick, C. D. (1996). Risk of Mortality Following Widowhood: Sex Differences by Mode of Death. *Social Biology*, 43(1-2), 59-71.
- Stroebe, W., Stroebe, M. S., Gergen, K. J., Gergen M. (1982). The effects of bereavement on mortality: A socio-psychological analysis. In J. R. Eiser (Szerk.), *Social Psychology and behavioral medicine*. New York: Wiley, 527-560.

- Stroebe, W., Stroebe, M. S., Abakuomkin, G., Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1241-1249.
- Stroebe, W., Stroebe, M. S., Abakuomkin, G. (1999). Does differential social support cause sex differences in bereavement outcome? *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9, 1-12.
- Stroebe, M. S., Schut, H., Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48-66.
- Szeverényi P., Forgács A. (1994). A szülés alatti társas támasz jelentősége. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 5, 357-358.
- Vachon, M. L. S., Stylianos, S. K. (1993). The Role of Social Support in Bereavement. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson (Szerk.), *Handbook of bereavement. Theory, Research, and Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press. 397-410.
- Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Zsákai Sz. (2008). *Társas kapcsolathálók és alkoholizmus. Társadalmi támogatás szerepe az Anonim Alkoholisták felépülésében és visszaesésében*. Phd értekezés. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia Doktori Iskola.



Megjelenik a Pro Pannonia Kiadói Alapítvány kiadásában,
a Pannónia Könyvek Szerkesztőségének gondozásában.

Felelős kiadó: a kuratórium elnöke.

Felelős sorozatszerkesztő: Szirtes Gábor

Nyomdai előkészítés: Pannónia Könyvek Szerkesztősége (Jakab Attila)

A borítót Gyöngyösi Hunor készítette.

Készült a Molnár Nyomdában, Pécsen, 2015-ben.

Felelős vezető: Molnár Csaba.

Terjedelem: 25 B/5 (35.75 A/5) ív

ISSN 0237 4277

ISBN 978 615 5553 13 4

*

A kiadó régi és új kiadványai kedvezményesen megrendelhetőek és megvásárolhatóak:

7621 Pécs, Király u. 33. (Pannónia Könyvek Szerkesztősége, Líceum udvar)

T/F.: 72/ 516-866, 213-379,

www.propannonia.hu, info@propannonia.hu