

Jagodics-Varga Leila

## A TÁMASZOK TÁMASZÁNAK LENNI. PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS A BETEGEK HOZZÁTARTOZÓI SZÁMÁRA

---

Amikor balesetet, valamilyen testi sérülést, betegséget elszenvedő személyekről szóló hírekkel találkozunk, többféle reakciót adhatunk: megbotránkozhatunk, elszomorodhatunk, empátiával fordulhatunk a sérült és családja felé, de megjelenik sokszor az a gondolat is, hogy „*Milyen jó, hogy nem velem történik!*”. Amikor viszont a hírekben az ismerős házat mutatják, a baleset képei közt az ismerős autó hever roncsként, egy név nélküli számon – a kórházból – kapunk váratlan hívást, vagy akár mi magunk leszünk azok, akik várva a mentőket a szeretett családtag mellett próbálunk helytállni, akkor az addig távolítható hírek hirtelen válnak nagyon is közeli valósággá: a bőrünkön, a zsigereinkben, az egész testünkben érezzük, hogy baj van. Egyszerre jelenik meg az érzések és gondolatok között a zavarodottság, a kétségbeesés, a valóság tagadása, a reménykedés. Egy sérülés utáni ellátás során többek között ehhez hasonló érzelmi állapottal találkozunk a kórházban dolgozó pszichológus, nem csak a betegek, de hozzátartozóik ellátása során is. Az egyén betegsége, sérülése, noha nem fizikailag, de érzelmi szempontból a hozzátartozók, közvetlen ismerősök betegsége is, hiszen mint új jelenség az életükben, a mindennapjaik részévé válik, akár képes felülírni is az addigi rutinokat, felborítja az addigi rendszert és rendet is.

Ebben a fejezetben az egészségpszichológiai munka klinikai területét kívánom bemutatni, abból is kiemelve a hozzátartozók, közeli ismerősök pszichés ellátásának egy-egy aspektusát. A fejezetben szereplő esetleírásban egy olyan hozzátartozóval való pszichológiai munkáról számolok be, akire teljes mértékben igaz volt a bevezetőben említett érzelmi állapot, miszerint az egész testében, a zsigereiben is megjelent az érzés, hogy baj van. Találkozásaink során az őt ért szomatikus, valamint pszichés hatások kezdetétől egészen a lezáró alkalmat követő kontroll alkalomig dolgoztunk együtt. Ennek során a kliens egyéni megélései mellett a szakmai munkába is betekintést nyújtok, olyan témák érintésével, mint a gyász, az egészségsszorongás, a családi kapcsolatok átrendeződése, és az alkalmazott intervenciók.

Az intenzív osztályra súlyos, gyakran életet veszélyeztető állapotban kerülnek be a betegek, ahol ilyen esetekben az életben maradás sokszor a szakmai munka, a megfelelő terápiás kezelés, a gépi és szakemberi segítségnyújtás ellenére sem garantálható. A betegek egy része eszméletlen állapotban tölti ezt a kritikus időszakot, azonban a hozzátartozók napról napra, akár óráról órára is végig élik az állapotváltozásokat. A kis reményt

adó javulástól kezdve a kétségbeejtő romlásig bármely állapot megtapasztalható, és akár az ezek közötti hullámzásban is telhetnek a napok. Ezen körülmények között érthető, hogy a hozzátartozók is szorongást, depressziót, dühöt, összezavarodottságot és nagyfokú stresszt élnek át (Askari és munkatársai, 2013). Ehhez járul még hozzá, hogy a betegség kimenetele sokszor rendkívül bizonytalan, illetve nem várt állapotváltozások teljes mértékben felülírhatják az addigi becsléseket. A bizonytalanság, szorongás és számos további pszichés reakció természetesen nem csak a súlyos állapotban lévő betegek hozzátartozói körében előforduló jelenségek. Minden egészségügyi állapotváltozás magában hordozza a pszichés megterheltséget mind a beteg, mind pedig hozzátartozói számára.

### I. A HOZZÁTARTOZÓK SZEREPE AZ ELLÁTÁSBAN

A hozzátartozókra az egészségügyi ellátás történetében hosszú ideig látogatóként tekintettek, akikkel az ellátó szakemberek kapcsolata az alapinformációk megosztásáig terjedt (Jolly & Schields, 2009). Arra is volt példa, hogy a családtagok jelenlétét ellenjavaltnak tartották. Ennek, a ma már kifejezetten károsnak tartott, de korábban az alkalmazott irányelveknek megfelelő eljárásrend példajaként említhetjük, amikor a beteg gyermeket elválasztották közeli hozzátartozóitól, és a látogatást csak ritka, heti, vagy havi pár alkalomban és órában határozták meg. A második világháború során gyermekek ezrei veszítették el a kapcsolatot családtagjaikkal, és szeparálódtak el tőlük hosszú időre. A felnőttek és a gyerekek számára ez a körülmény egyaránt jelentős pszichés megterhelést okozott (Jolly & Schields, 2009; Bellou & Gerogianni, 2010). Tömeges előfordulása miatt a gyógyításban résztvevők és a kutatók sem tudták figyelmen kívül hagyni ezt a jelenséget, és részben a kutatási eredményeiknek köszönhetően a családtagoktól való elszeparált gyógyítás koncepciója lassanként változott. A modern orvoslás szemléletében a szülő/hozzátartozó jelenléte a kórházban kezelt gyermek mellett ma már alapvető gyakorlat. Ez a családközpontú ellátás vált standarddá, nem csupán a gyermekgyógyászat területén, hanem a felnőtt páciensek esetében is (Jolly & Schields, 2009).

A felnőtt ellátásban ugyanakkor az elsődlegesen tájékoztatott fél, és akivel a betegségről való kommunikáció zajlik, maga a beteg. A betegség kezelésében a beteg és a kezelőszemélyzet a modern szemléletnek megfelelően partnerségi együttműködésben vesz részt (Pilling, 2008). Ebbe az együttműködésbe vonhatóak be a hozzátartozók is, akik a látogatás és jelenlét fontossága mellett az egészségügyi személyzet számára is kulcsfontosságú információkkal szolgálhatnak. Ez az együttműködés például egy eszméletlen beteg anamnézisének feltárásában kifejezetten segíti az ellátó személyzet munkáját. Ezen túl a hozzátartozók érthető igénye, hogy tájékozottak legyenek a beteg állapotával kapcsolatban, amely kiskorúak, és cselekvőképtelen személyek esetében jogilag is biztosított. Számos kutatás világít rá arra, hogy az információhiány, illetve a nem megfelelő szintű tájékoztatás (például túl sok szakkifejezés használata) fokozza a hozzátartozók szorongását (Askari és munkatársai, 2013).

## **2. A HOZZÁTARTOZÓKAT ÉRINTŐ PSZICHOLÓGIAI HATÁSOK A BETEGELLÁTÁS SORÁN**

A szorongás, a depresszió és a stressz mértékének jelentős növekedése figyelhető meg az intenzív osztályra került személyek családtagjai esetében (Askari és munkatársai, 2013). A kritikus állapotú betegek ellátása kapcsán a stresszélmény hatására a hozzátartozók módosult tudatállapotba kerülhetnek, amelynek jellemzője többek közt a valóság beszűkült észlelése, a fokozott veszélyérzet és az információk befogadásának korlátozottsága (Varga, 2011). Amikor tehát az egészségügyi személyzet kapcsolatba kerül a hozzátartozóval, akkor ezt az állapotot is szükséges figyelembe vennie a kommunikáció során. Ebből a helyzetből fakadóan rendszeresen előfordul a pszichológiai tanácsadás során, hogy a hozzátartozók arra panaszkodnak, hogy az információk töredékét tudták megjegyezni az orvosi tájékoztatásból, főként amiatt, mert nem voltak abban a lelkiállapotban. Így sokszor a kezdeti sokkból kikerülve a tanácsadás fókuszában ennek a helyzetnek a feldolgozása állt.

A fentiek alapján egyértelműen látszik, hogy a klinikai gyakorlatban egészségpszichológusként, főként a beteg osztályos elhelyezése esetén, de a járóbeteg ellátás során is, a hozzátartozókkal való kapcsolatba kerülés is része a pszichológiai munkának. A klinikai osztályokon belül például a perinatális vagy neonatális intenzív osztályokon pedig a szakmai munka legfőbb célcsoportja a hozzátartozók. Bármely osztályos ellátásról is legyen szó, a hozzátartozók jelenlétével, hiányukkal és mindezek betegre gyakorolt hatásával találkozhatunk a pszichológiai támogatás során. A beteg ugyanis egy kapcsolati rendszer része, melynek jelentős mozgatórugója a betegség, illetve a betegséghez kapcsolódó viszonyulások ennek a működésnek a jellegét képesek a kapcsolatrendszeren belül módosítani. Ennek kapcsán tehát az egyént annak a rendszernek a részeként is érdemes megvizsgálni, ami körülveszi. A családtagokkal folytatott egészségpszichológusi tevékenység során nagyon fontos háttértudást jelent a rendszerszemléletű elméletek és intervenciók ismerete. Mára már kiterjedt szakirodalma van a beteg és a családtagok között zajló kapcsolati folyamatoknak, például annak, ahogy a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában és fennmaradásában szerepe van a családtagok diszfunkcionális működés módjának is, és ezen folyamatok jellegzetességeit is leírták (Túry, 2000, Minuchin és munkatársai, 1975).

## **3. A CSALÁDI RENDSZER VÁLTOZÁSAI**

Családonként eltérő, hogy az új élethelyzet milyen családi működésmódot, dinamikát hív elő. Nem szükségszerű, hogy a betegség megjelenése patológiás működésmódot indítson el, de elkerülhetetlen, hogy az addigi egyensúlyi állapot megbomlásával valamilyen változás álljon be a kapcsolatrendszerben. A változás már a kórházi kezeléssel elkezdődik, de a kórházból való eltávozás újabb kihívás elé állítja a hozzátartozókat és az egész családi rendszert. A beteg személy egészségügyi ellátása immáron kikerül az in-

tézményi felügyelet alól, és az egyénre, valamint a családtagokra helyeződik át. A kórházból való elbocsátás többnyire nem a teljes gyógyulást jelenti, hiszen ennek a folyamatnak általában otthon is szükséges folytatódnia, ezzel újabb feladatok és megoldandó problémák elé állítva a családot. A betegség jelenléte a családtagokat anyagi, fizikai, mentális és pszichés tekintetben egyaránt érinti. A bevételkiesés, a kezeléssel járó költségek, a beteg egyén fizikai ellátása újabb terhet rónak a már sokszor eleve megterhelt családtagokra (Goldberg & Shields, 2011).

A beteg állapotának megváltozása, illetve ennek mértéke is jelentősen megszabja a családi rendszer működését. Az állapotváltozás objektív mutatójaként az életminőség (quality of life, QOL) megváltozásának mértékét veszik alapul. Ezen mutató segítségével az egyének életükkel való elégedettségük szubjektív megéléséről kaphatunk információt. Az életminőség számos területen felmérhető, többek közt az egészség kapcsán is. Az egészséggel összefüggő életminőség mutatója (health-related quality of life) szolgál arra, hogy a betegség és kezelése jóllétre gyakorolt hatása felbecsülhető legyen (Rigó & Kökönyei, 2014).

Az életminőség változása a családtagokat is érinti. A változásokhoz való viszonyulást és az arra adott reakciókat az egyéni hiedelmek, tapasztalatok, érzelmek és attitűdök (Rigó & Kökönyei, 2014) mellett a beteghez fűződő kapcsolat is jelentősen befolyásolja. A családokat érő változások az élet szinte minden területére kiterjednek, mint például a szerepek átalakulása, újabb szerepek kialakulása, a mindennapi élet ritmusának és tevékenységeinek megváltozása, a szabadidő, munka, és a családtagok közti kapcsolatok alakulása.

A változások pszichés hatásai kapcsán Carlozzi és munkatársai (2015) egy speciális csoporttal végeztek kutatást. Súlyos agysérülést megélt személyek hozzátartozóival készített fókuszcsoportos interjúban kérdezték őket arról, hogy mely tényezőket érzik megterhelőnek a sérült családtag gondozása során. (Ebben az sérülésben gyakran neurológiai, mozgásszervi és pszichés területeken maradhatnak fent károsodások.) A családtagok a szociális élet változásáról, az érzelmi állapotuk negatív irányú változásáról, a fizikai és mentális egészségi állapotukról panaszkodtak. A családtagok a saját szerepükkel kapcsolatos szorongásokról is beszámoltak (pl. telítettség és túlterheltség érzése; félelem, hogy egyedül marad a beteg hozzátartozó). A jelenlévő veszteség élménye, illetve a jövőbeli kiszámíthatatlan veszteség miatti félelem is több hozzátartozót érintett (Carlozzi és munkatársai, 2015).

#### **4. A HOZZÁTARTOZÓKKAL FOLYTATOTT PSZICHOLÓGIAI MUNKA NÉHÁNY VETÜLETE**

A klinikai egészségpszichológiai munkában a fő irányvonal a korábban említett pszichés folyamatoknak a jólléte leginkább támogató irányba terelése. A támogatás irányvonalát az egyén és az aktuális helyzet határozza meg, így a közös munka mindig egyedi és személyre szabott. A továbbiakban az egészségpszichológus és kliense közös munkáját kí-

vánom bemutatni. Kliens lehet bármely személy, aki részt vesz a pszichológiai tanácsadásban, akár a kórházi/egészségügyi kezelésben résztvevő személyek vagy a hozzátartozók is. A kezelésben résztvevő személyre betegként fogok utalni a későbbiekben, ezzel jelezve azokat a szituációkat, amelyek leginkább a betegségben szenvedő személyt érintik. A hozzátartozók tágabb fogalmába beletartoznak a családtagok, barátok, munkatársak, szomszédok, a közvetlen ismerősök, sporttársak stb. is. A családtagokat és hozzátartozókat ebben a fejezetben szinonimaként kezelem.

A klinikán folytatott munka jellegzetessége, hogy sokszor nem önkéntes, belső indítatásból veszi kezdetét a közös munka. A kapcsolat kialakulhat javaslatra (pl. orvosi, nővéri jelzés alapján), megkeresésre (műtéti előkészítés, tesztek felvétele), de akár a kliens spontán döntése alapján is (a szobában tartózkodó másik személy belehallgat az ott zajló beszélgetésbe, majd felkeresi a szakembert).

Egy további jellegzetesség, amivel a szakembernek számolnia kell, hogy a hagyományos kétszemélyes helyzetre vonatkozó terápiás keretek nem minden szituációban fenntarthatók. Az eltérések a helyszínre, a körülményekre, a zavartalanságra és az időtartamra egyaránt vonatkozhatnak, és bizonyos körülmények között a titoktartás sem mindig biztosítható.

Helyszín tekintetében például gyakori, hogy a pszichológus számára nincs olyan külön szoba, ahol a tanácsadás zajlik, illetve a beteg állapotából kifolyólag a betegágy mellett történik a beszélgetés a klienssel. Ez a körülmény magával hozza azt is, hogy más személyek (nővérek, más betegek) is fültanúja a beszélgetésnek, így a titoktartás nem biztosítható teljes mértékben. Az időtartamra vonatkozóan nem lehet mindig pontosan tudni, hogy egy klienssel történt kapcsolatfelvétel milyen hosszban tart. Ez a bizonytalan időtartam mind az alkalomra, mind a folyamatra érvényes. Kórházi kezelés során könnyen előfordulhat olyan szituáció, hogy éppen belekezdünk a beszélgetésbe, amikor valamilyen vizsgálatra hívják a beteget. A hosszú távú időtartam kapcsán pedig nem kiszámítható, hogy hogyan zajlik le a betegség, így egy jelentősebb javulás miatt a következő alkalom előtt hazaengedhetik a beteget vagy áthelyezhetik, illetve romló állapot esetén pedig a beteg halála is jelentheti a kapcsolat végét. A hozzátartozókkal való munka is magában hordozza ezeket a bizonytalanságokat, bár a terápiás keretek kialakítása sokkal inkább megvalósítható, mint a betegek esetében.

#### **4.1. A HOZZÁTARTOZÓKHOZ VALÓ KAPCSOLÓDÁS KÜLÖNBÖZŐ SZINTEKEN**

A klinikai közegben a hozzátartozók segítése több szinten is megtörténhet. A családi bevonódás különböző szintjeinek meghatározása Doherty (1995; idézi Hawley & Dahl, 2000) modelljén alapszik, amelyeket a klinikai munkához illesztettem.

A legminimálisabb kapcsolódás, amikor a hozzátartozó tud a pszichológus jelenlétéről, például arról, hogy a kórházban kezelt hozzátartozójához jár, de a két személy között nincs közvetlen kapcsolat. Ezt a lehetőséget azért emelem ki, mert kevésbé szok-

tunk erről a kapcsolódásról gondolkodni, holott annak érezhető hatása van, hogy tudunk egymásról. Mind a szakemberben, mind a betegben és a hozzátartozóban is megjelenik egyfajta viszonyulás ehhez a helyzethez. Szakemberként például tudok arról, hogy ki az, aki rendszeresen látogatja a beteget, láthatom azt, hogy hoztak-e neki valamit, mennyire vannak jelen a kórházi benntartózkodás során. A hozzátartozó pedig kialakíthat a pszichológusról egy véleményt, elvárásokat támaszthat felé, amelyeket a kezelésben lévő kliensnek címez, és ezzel egyúttal befolyásolhatja is a szakmai munkát. Emellett azt se feledjük el, hogy a másíkról való gondolkodás, a fantáziában róla kialakított kép és az ehhez való viszonyulás is hatást gyakorol a pszichológiai folyamatra. További kapcsolódási szint, amikor megtörténik a bemutatkozás, és akár néhány mondatot is váltunk egymással, de ennél nem közvetlenebb a kapcsolat. Ez a helyzet egyrészt képes módosítani a meglévő fantáziákat, és egyben újabbakat alakít ki. Ennek személyes példája, amikor egy hozzátartozó meglepődve, de nyíltan megjegyezte rólam a találkozásunkkor: „*Nem gondoltam, hogy ilyen fiatal!*”. Ebből csak sejteni lehet a viszonyulását, de ami biztos, hogy azok a korábbihoz képest változásokon mentek keresztül. A következő szint jellemzője, hogy itt már a kliens részéről történik személyes megosztás, kapcsolódás, a szakember részéről pedig történik intervenció. Erre lehet példa az a gyakran előforduló és szakmailag dilemmát jelentő helyzet, amikor a hozzátartozó a pszichológus jelenlétére úgy reagál, hogy elsősorban személyes nehézségeiről beszél, miközben a pszichológus az aktuális helyzetben a beteg terápiája felé elkötelezett. Érdeemes ezeket a helyzeteket elkerülni, de ezt nem teljes mértékben a szakember kontrollálja. Akár a folyosón elmenőben is megtörténhet az a szituáció, hogy a hozzátartozó megszólítja a pszichológust, és személyes problémáiról vagy a betegről kezd mesélni, de a beszélgetés keretei az ad hoc körülmény kapcsán nincsenek lefektetve. Ilyen esetekben fel lehet kínálni egy terápiás szintű kapcsolódást, de sok esetben a hozzátartozók nem élnek ezzel a lehetőséggel, és akár visszautasításként is megélhetik a javaslatot. Természetesen ennek ellentétére is van példa, amikor a megnyílás egy támogató kapcsolódás létrejöttének kezdetét jelenti.

A bevonódás mértékében azonos szinten van az előzővel, amikor a hozzátartozók a beteg állapotával kapcsolatos információszerzés, a pszichés hatások pontosabb megértése, és a kezelési lehetőségek megismerése céljából keresik fel a szakembert. Ez elsősorban edukatív jellegű pszichológiai munkát jelent, amely néhány alkalom után általában lezárul.

A legközvetlenebb kapcsolódás az önkéntes és motivált, problémái megoldására, nehézségei feloldására segítséget kereső hozzátartozóval alakul ki. Ebben az esetben az edukatív elem mellett már terápiás célokat is kitűzhetünk, és a szakmai eszköztárból sokkal több módszer megvalósítható. A terápiás keretek biztosítása is ezen a szinten a leginkább megvalósítható, hiszen a találkozások nagyrészt tervezhetőek.

Kórházi közegben egy, a korábbi két szintet ötvöző szupportív kapcsolódás is létre tud jönni, amely az intenzív osztályon rendszeresen előfordul. Ebben az esetben a betegágy mellett vagy a beteglátogatás alkalmával, tehát többnyire nem tervezetten, ha-

nem spontán alakul ki a szakember és a hozzátartozó közötti kapcsolódás, általában a szakember kezdeményezésére. A találkozás lehet egyszeri vagy pár alkalmas, de mindenképpen rövid távú és jellegében egy érzelmileg jelentős szituációhoz (pl. a beteg állapotváltozásához) kötött, és a folyamatban a mély tartalmak jellemzően spontán, a helyzetből fakadóan törhetnek fel.

Ebben az esetben a szakmai munka elsősorban szupportív vagy krízisintervenciós jellegű. Állapotromlás esetén a beszélgetés fókuszában a változáshoz kapcsolódó érzelmek átbeszélése áll, míg a rossz hír közlését vagy a sérülésről való értesülést követő időszakban jellemzően krízisintervenció zajlik. A beteg haldoklása idején vagy az elhunyt hozzátartozótól való búcsúzaskor az elköszönés segítése, a veszteségélményhez kapcsolódó pszichés és fizikai állapot megsegítése a cél. A haldoklótól vagy az elhunyt betegről való elköszönés a kórházi környezetben gyakran visszafogottságot, mértéktartást vált ki a hozzátartozókból. Több esetben is megfigyeltem, hogy a családtagok visszafogják érzelmeiket, kevésbé merik azokat kifejezni, mivel az őszinte megnyilvánulást egy idegen környezetben nem helyénvalónak, illetlennek érzik, zavarban vannak, esetleg attól tartanak, hogy érzelmeik kifejezésével megzavarnak valakit (a többi beteget, a jelen lévő hozzátartozójukat vagy akár a haldokló családtagot). Ebben a szituációban pszichológusként azt segíthetjük elő, hogy a hozzátartozók ki tudják fejezni az érzéseiket, és érezzük, hogy elfogadható az az állapot, amiben vannak. Előfordul, hogy a hozzátartozók nem tudják, hogy ebben a helyzetben hogyan viselkedhetnek, főként a számukra idegen környezet, a nem ismert elvárások és szabályok miatt, ilyenkor szakemberként az a feladat, hogy oldjuk az elvárások okán létrejött gátakat. Például abban a hozzátartozóban, aki addig csak teljes védőfelszerelésben jöhetett be a beteghez, felmerül a kérdés, hogy búcsúzasként megérintheti-e még szabad kézzel haldokló szerettét. Emellett olyan alapvető fizikai állapot megsegítése is feladat lehet, mint az, hogy hozzunk egy pohár vizet, vagy biztassuk a hozzátartozót, hogy menjen ki enni, levegőzni.

Látható tehát, hogy egészségpszichológusként milyen széleskörű kliens- és problémakörrel, valamint milyen rendkívül speciális és egyedi körülménnyel találkozhatunk. Ebből a sokszínű munkából a gyászolókkal végzett pszichológiai munkára külön kitérek a fejezetben, mivel a később bemutatásra kerülő kliens esetében a folyamat szerves részét képezte a gyászfeldolgozás.

## **5. A GYÁSZFELDOLGOZÁS MÓDSZER RÖVID BEMUTATÁSA**

Ahogy a fenti példák is mutatják, veszteséget átélt vagy éppen átélő személyekkel való találkozás a segítő szakma elkerülhetetlen része. Éppen emiatt fontos, hogy szakemberként kellő ismerettel rendelkezünk a gyással kapcsolatban. A tárgyi tudás azonban akkor válik igazán hatékony eszközzé a tanácsadás során, ha kiegészül a tanácsadó egyéni gyászélményeinek megdolgozásával, azaz a sajátélménnyel is. A Gyászfeldolgozás Módszer® (Friedman & James, 2011) során megszerezhető tudás a szakember számára a



hasznos ismeretanyag, a gyászról való gondolkodás iránymutatása, valamint a tanácsadáskor figyelembe veendő fontos szempontok megismerése mellett a sajátélményt is magában foglalja. A technika alapja egy cselekvésprogram, amely bármilyen veszteség esetén alkalmazható, és elsajátítását követően egy életen át segíti az egyént veszteségeinek feldolgozásában. A módszert John W. James és Russell Friedman dolgozták ki az Egyesült Államokban, akiket saját gyászuk addig általuk ismert módszerekkel való sikertelen kezelése indított el azon az úton, hogy saját maguk számára egy hatékony eszközt hozzanak létre. Az egyéni veszteség feldolgozása elindította bennük azt, hogy másokon is segítsenek hasonló helyzetben (Friedman & James, 2011). Ez a szemlélet a későbbiekben egy országokon, kontinenseken átívelő hálózattá szerveződött, ezáltal több országban, egyre több millió emberhez eljuttatva a segítség lehetőségét. Magyarországon 2009 óta létezik a központ, amelyben workshopokat, tájékoztató előadásokat, egyéni és csoportos gyászfeldolgozási alkalmakat tartanak, továbbá a segítők képzése történik (Sarungi & Herke Dahlgren, 2012). A Módszerben képződött specialisták azok, akik a gyászolókat kísérik a feldolgozás folyamatában, és megtanítják őket a cselekvésprogram lépéseire. A programban a magyar nyelvre fordított Gyógyulás a gyászból című kézikönyv segítségével halad a specialista és a kliens a folyamatban, de a kapcsolódás, a kölcsönösség és a biztonságos, megtartó közeg biztosítása ugyancsak fontos részei ennek a közös munkának (Friedman & James, 2011).

## 6. ESETPÉLDA A GYÁSZFELDOLGOZÁS MÓDSZERÉVEL

Az alább bemutatott esetben hozzátartozóként fordult hozzám a kliens, aki egy hirtelen történt veszteség kapcsán, gyászfeldolgozásban keresett segítséget. A találkozásunk érdekessége, hogy bár a családtagok egy részével találkoztam a beteg intenzív osztályos tartózkodása során, magával a klienssel nem. Egy pszichológus kolléganő közvetítésével jutott el hozzám a hölgy, akit az eseteírásban Dalmának fogok nevezni. Dalma a telefonos bejelentkezéskor megemlítette, hogy a családtagja halála óta pánik-jellegű tünetei voltak, erős szorongást élt át.

A személyes találkozáskor egy húszas évei közepén járó fiatal hölgy érkezett, sötét, de nem teljesen fekete öltözékben. Megjelenésére rendezettség, ápoltság volt jellemző, továbbá a rövid, divatos frizurája és kiegészítői fiatalos, elevenéget, színeket kedvelő egyéniséget sejtettek. Határozott, egyenes testtartása, ugyanakkor kereső tekintete arról árulkodott, hogy bár szorong, de igyekszik úrrá lenni nyugtalanságán és a külvilág felé inkább erőt, tartást mutatni. A telefonos egyeztetés során jeleztem Dalma számára, hogy a tanácsadás helyszíne az intenzív osztályon belül van. Ezt az információt azért osztom meg rendszeresen a tanácsadásra érkező családtagokkal, mivel az orvosok a hozzátartozók tájékoztatására két konzultációs szobát használtak, és a hozzátartozók többnyire ezekben a szobákban értesültek a rossz hírekről is. Pszichológusként én is ezen szobák egyikében fogadtam a hozzám forduló klienseket, így figyelembe vettem, hogy



a helyszínek a gyászoló esetében mindig különleges és sokszor szorongásokkal, fájdalmas emlékekkel teli jelentése van.

Dalmával a bemutatkozás után együtt mentünk a konzultációs szoba felé, aki nagy sóhajt követően, mintegy erőt gyűjtve a belépéshez indult utánam. A beszélgetés elején hellyel kínáltam. Körülnézett a kis szobában, és úgy döntött, hogy egy másik helyen ül le, mint ahol a tájékoztatás idején ült. Már a konzultáció kezdetén rögtön arról kérdeztem, hogy milyen érzés itt ülnie. Válaszul visszaidézte az alkalmakat, amikor még eleinte reménykedve, majd a rossz hírektől lesújtva hallgatta az orvosi tájékoztatót. Dalma elmesélte, hogy helyszín szempontjából nem az intenzív osztályon, hanem az elhunyt hozzátartozójának a szobájában érzi át igazán a szorongást. Ekkor elmesélte azokat a részleteket erről az eseményről, amelyeket én csak az anamnézisből tudtam.

Dalma az intenzív osztályon kezelt beteg, Krisztina leendő menyje volt. Krisztina, az ő idősebb fia és párja Dalma, illetve Krisztina második házasságából származó általános iskolás fia éltek együtt egy kisebb családi házban két kutyájukkal. Krisztina és kisebbik fia az egyik szobában aludtak, míg egy másikban Dalma és párja. Mindennapjaikban ugyanakkor főként a közös tereket használták, így rendszeresen találkoztak, beszélgettek. Dalma szorosnak és bizalommal telinek írta le a közte, illetve leendő anyósa közötti viszonyt: *„mintha barátnőm, de néha inkább mintha anyám lett volna”*.

Krisztina rosszulletének estéjét megelőzően Dalma emlékei szerint semmilyen testi panaszról nem számolt be, sokkal inkább egy elkövetkezendő örömteli esemény miatti izgatottság látszott rajta. Az éjszaka folyamán a kisfiú lett figyelmes arra, hogy a másik ágyon alvó édesanyja *„furán veszi a levegőt”*, és amikor nem tudta felébreszteni őt, akkor jelzett bátyjának és Dalmának. Az újabb sikertelen ébresztési kísérlet után mentőt hívtak. Míg az idősebb fiú a mentő érkezéséig a diszpécser segítségével ellenőrizte Krisztina állapotát, addig Dalma a kisebbik fiút nyugtatta. A mentősök gyorsan megérkeztek, és azonnal újraélesztésbe kezdtek. Dalma figyelme egyszerre fókuszált a kisfiú állapotára, a nyugtalankodó kutyákra, és a Krisztina körüli történésekre. Az újraélesztési kísérletek, az elhangzott utasítások, és a lélegeztető tubus behelyezésének pillanatai szinte beleégtek Dalma emlékezetébe: *„Ahogy lehunyom a szemem, magam előtt látom az egész jelenetet. Ha bemegyek a szobába, akkor is visszajönnek a történések. Szóval most nem is nagyon járok be, ha nem muszáj.”*

Krisztinát újraélesztették, majd a klinikára szállították. A vizsgálatok során kiderült, hogy álmában szívinfarktus érte, és az oxigénhiányos állapot következtében az agyi károsodás is számottevő volt. Az intenzív osztályon eszméletlen állapotban, gépi lélegeztetéssel, jelentős mértékű gyógyszeres támogatással feküdt. Bár szívleállás miatt került kórházba, szíve mégis helyre tudott állni a kezelés hatására. Az infarktus következtében létrejövő agyi károsodás azonban olyan súlyos volt, hogy minden orvosi beavatkozás ellenére sem tudott javulni, és végül a beteg agyhalál-közeli állapotba került. Az *„élettel összeegyeztethetetlen agyi károsodás”* diagnózis kimondására pár nappal később került sor.

A családtagok és a közeli barátok egész idő alatt folyamatosan látogatták. A szív helyreállása némi reményt adott a hozzátartozóknak. Bizakodóan beszéltek az eszméletlenül fekvő Krisztinához, akit egy életerős, „igazi harcos” nőként jellemeztek. Az egyik hozzátartozó a következőket mondta róla ebben a kezdeti időszakban: „*Ha valaki, akkor ő képes egy ilyen helyzetből felgyógyulni*”. A károsodás azonban hamarosan egyértelművé tette, hogy visszafordíthatatlan folyamatról van szó, és a bizakodás után az anticipált gyász valamennyi jellemzője megfigyelhetővé vált a családtagokon. A családtagok egy része elkezdte elfogadni Krisztina halálának valószínűségét, egy másik részüknél a bekövetkező veszteség okán érzett fájdalom indulatok formájában jelent meg: okokat és felelősöket kerestek, indulataik pedig a kezelőszemélyzet felé irányultak. A hozzátartozók között voltak, akik az elhangzottak ellenére kiegészítő kezeléseket, további lehetőségek felkutatásába fogtak. Munkám során közvetlenül Krisztina testvérével, idősebb fiával és két közeli barátjával vettem fel a kapcsolatot, de Dalmával ekkor még nem találkoztam. Krisztina várható halálának elfogadását spirituális szemléletük, továbbá a család egymást támogató hozzáállása segítette.

Ahogy Dalma történetéből megtudtam, a haláleset egyúttal egy újabb veszteséget hozott számára: a kisebbik fiú az édesanyja kórházban tartózkodása alatt – eleinte átmeneti megoldásként – elköltözött édesapjához és annak másik családjához, majd Krisztina halálával ez a költözés véglegessé vált. Dalma pár héttel később jelentkezett be, még Krisztina búcsúztatóját megelőzően.

Dalma beszámolt arról, hogy Krisztina rosszulletének estéje óta erős szorongást élt át, pánik-jellegű tüneteket írt le, melyek napközben is, de leginkább esténként törnek rá. Az egyedüllet szorongató volt számára. Amikor csak tehetett, társaságot keresett magának, vagy személyesen, vagy telefonon keresztül. Elmondása alapján az elmúlt hetekben alig volt olyan nap, amikor akár egy órát is egyedül töltött volna. Napközben, amikor a munkahelyén volt – kereskedelemben dolgozott –, könnyebben el tudott tereledni a figyelme. A párja a munkahelyén azonban változó beosztásban dolgozott, így volt, hogy a késő esti órákban tért haza. Ezekben az esetekben általában valaki együtt maradt vele, illetve a párja is módosította a beosztását, hogy minél hamarabb érjen haza. Dalma erős szorongásos állapota olyan kényszergondolatokat hívott elő, hogy „*Velem is történni fog valami*”, „*Mi van, ha velem is ez lesz?*”. Párja jelenléte biztonságot jelentett ugyan, de éjszaka ennek ellenére sem tudott aludni pár óránál többet a szorongással kapcsolatos gondolatoktól. Dalma egészségügyi történetéhez hozzátartozik, hogy serdülőkorában egy szív műtéten esett át, amely miatt rendszeresen gyógyszert szedett, ezzel teljesen jól karban tartva szíve állapotát. A haláleset okozta stressz azonban felerősítette benne a saját egészségi állapota miatti szorongást, amelynek következtében egy súlyosabb pánikroham után az ügyeletet is felkereste, majd a háziorvossal is történt konzultáció a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban. Dalma ugyanakkor kiemelte, hogy nem szeretne újra olyan sok gyógyszert szedni, mint a műtétet követően. Sikerként számolt be ugyanis arról, hogy bár jelentős volt a beavatkozás, a megfelelő kezelés és a fele-

lösségteljes hozzáállása kapcsán gyors és jelentős javulást ért el, így a hétköznapiakban saját megélése szerint szinte semmiben nem akadályozta őt egykori műtete. Szorongás töltötte el azzal kapcsolatban is, hogy ebben a felfokozott állapotban mi történhet a hamarosan elkövetkezendő búcsúztatón: „*Hogyan fogom kibírni?*”.

Dalma az első alkalommal megosztotta azt is, hogy pár évvel ezelőtt édesapját is elvesztette. Bár apjával nem találkoztak rendszeresen a szülei válása után, de fiatal felnőttként már ismét egyre szorosabb lett vele a kapcsolata. Édesapja halála megviselte, de úgy értékelte, hogy a hosszantartó betegség felkészítette őt arra, hogy elköszönjön tőle. Krisztina halálának hirtelensége ezzel a korábbi tapasztalattal szemben „*derült égből villámcsapás, vagy még annál is rosszabb*” megélést hozott számára.

Dalma azzal az elhatározással jelentkezett be, hogy szeretné megérteni a vele történő dolgokat és úrrá lenni szorongásán: „*Vissza akarom kapni a régi önmagam*”. „*Szembe kell néznem a félelmeimmel!*” A közös munka tehát ezeken az alapokon indult útnak.

## 6.1. SZAKMAI SZEMPONTOK

Kezdetben úgy ültünk ott, abban a kis konzultációs szobában Dalmával, hogy az intenzív osztályon történt események közös tudásként és egyfajta kapcsolódási pontként voltak jelen közöttünk. Majd ahogyan Dalma fokozatosan engedte, hogy feltörjenek belőle az események személyes megélései, úgy rajzolódtak ki egyre jobban számomra is az egyéni veszteségek, az addig biztos pontot jelentő kapcsolatok, és a leendő anyósához fűződő mély, szoros kapocs és egyben érzelmi támasz hirtelen elszakadásának tragédiája.

Mindig fontosnak tartom kiemelni a hozzátartozók számára, hogy csak annyit oszszanak meg velem az adott helyzetben, amennyit aktuálisan megfelelőnek érznek. A gyász és akár a trauma felidézése esetén is nagyon fontos, hogy elkerüljük, hogy a kliens kényszernek, feladatnak vagy elvárásnak érezze az események megosztását. A pszichológiai tanácsadás helyzetéből fakadóan persze elkerülhetetlen, hogy mélyebben kérdezzünk, de mindig fontosnak tartom, hogy a kliens kapjon lehetőséget, hogy ő döntsön arról, mennyit oszt meg a fájó eseményekből, hiszen a kliens tudja a legjobban, hogy mit bír el az adott pillanatban. Szakemberként az én felelősségem az, hogy a lehető leginkább olyan légkört tudjak teremteni, amelyben biztonságosnak érzi a megnyílast, és megérzi, hogy elbírom azokat a fájdalmakat, amelyeket sokszor még neki is nehéz cipelnie. Ugyanakkor, mivel az első találkozás alkalmával a bizalom még nem adott, hanem a beszélgetés folyamatában az empátikus jelzéseknek, a kliens érzelmi állapotára és mondanivalójára való megfelelő ráhangolódás következtében alakul ki, ezért szakemberként azzal is fontos számolnunk, hogy a kliens bizonyos részleteket szándékkal nem mond el, bizonyos mélységekbe a kialakulófélben lévő bizalom kapcsán nem merészkedik bele, amit fontos tiszteletben tartanunk, még akkor is, ha az a megértést némileg nehezíti.

Dalma első alkalmon tapasztalt határozott és céltudatos, de ugyanakkor kissé sürgető hozzáállása háttérben kirajzolódott, hogy milyen jelentős mértékben szenvedett ettől

az állapottól, és minél hamarabb szeretett volna enyhülést erre a fájdalomra. Elismerve a szenvedés jelentőségét és a helyzet kezelhetőségének vágyát, fontos volt pszichoedukáció keretében a gyászreakciókról és a gyász, valamint a fájó érzések gyors kezelésének hátrányairól is tájékoztatnom. Az érzések és a tapasztalható gyászreakciók ismertetése egyrészt normalizálni tudta Dalma heves érzéseit és azzal, hogy megtudta, hogy a gyásznak része lehet sokféle szélsőséges reakció, így a saját állapotát is képes volt egy újabb, kevésbé katasztrofizáló keretbe helyezni.

Dalma esetében a gyász mellett a szíve állapotához fűződő egészségszorongást is fontos kiemelni. Szakemberként azt is figyelembe kellett vennem, hogy Dalma esetében ez az egészségügyi probléma valós kockázati tényezőként volt jelen. Ehhez kapcsolódóan az orvosi kivizsgálás elengedhetetlen. Amennyiben Dalma önállóan nem tette volna meg az első lépéseket efelé, akkor egészségpszichológiai intervenció szempontból a motivációs interjú is az első alkalom részét képezte volna. Mivel Dalma ezeket a lépéseket megtette, ezért a közös munka fő irányvonala az volt, hogy a pszichés állapot kezelésével normalizálódjon a fizikai állapot is.

Ahogy a gyász esetében, úgy a pánik-jellegű szorongásos tünetek esetében is fontos megismertetni a személyt a pánikbetegséggel járó tünetegyüttesek jellemzőivel. Dalma félelme volt, hogy az általa tapasztalt pánikrohamok egy újabb betegség kialakulásához vezetnek. Dalma pánikként hivatkozott a vele történő eseményekre, ugyanakkor szorongása annyira egyértelműen a halálesethez és az ehhez kapcsolódó eseményekhez kötődött, hogy akut stresszreakcióként határoztam meg a jelenséget. Dalma esetében az, hogy az edukáció során lekerült a betegség (pánikbetegség) címke az állapotáról, már kezelhetőbbé tette a helyzetet, és egyúttal azt is meggátolta, hogy egy újabb betegség kialakulásától való félelme fokozódjon.

Természetesen a tünetek megszűnése pusztán ettől az intervenciótól nem várható, így fontos az edukációt kiegészíteni olyan elemekkel, amelyek eszközt is nyújtanak a helyzet kezelésére. Ilyen esetekben a relaxációs technikák jöhetnek szóba. Mivel első alkalommal találkoztunk, ezért ebben az esetben pszichológusként a kliens meglévő technikáira építve végzek bármilyen relaxációra vonatkozó intervenciót. Mivel mindenkinek az életében vannak bizonyos megnyugtató helyzetek, illetve feszültségoldó rituálék, viselkedésmódok, ezért ennek a rövid feltérképezése segít abban, hogy javaslatot adjak egy technika beépítésére. A legtöbb esetben a könnyű elsajátíthatóság miatt a progresszív izomrelaxáció (Jacobson, 1938) néhány alpozícióját tanítom meg a szorongással küzdő klienseknek. Ennek a technikának az előnye, hogy könnyen kapcsolható már meglévő élményekhez, és nem igényel több eszközt, mint a személy saját izomzatát és figyelmét. Természetesen az érzelmileg megterhelő helyzetben sokszor éppen a koncentrációban tapasztalnak nehézséget a kliensek, ezért nagyon fontos, hogy a relaxációs technikák megtanításához a megfelelő környezet is rendelkezésre álljon, hiszen ehhez fog társulni a megnyugvás élménye is. Ugyanakkor egy ilyen jellegű technika elsajátításakor a mondhatni védett környezetben kívüli gyakorlás is rendkívül fontos té-

nyező. Ennek érdekében átbeszéljük a klienssel, hogy milyen helyzetekben tartja elképzelhetőnek ezeknek a mozdulatoknak a gyakorlását. Első alkalommal óva intem a klienseket, hogy rögtön a leginkább szorongatónak megélt helyzetben „teszteljük” ezt a gyakorlatot, mivel egy nem megszilárdult technika kevésbé valószínű, hogy képes felülírni azt az érzelmileg elárasztó szorongást, amit átélnek. Dalma esetében is azt javasoltam, hogy az első pár napban az általa enyhének ítélt szorongással járó helyzetekben próbálja ki az izomrelaxációt, és figyelje meg a hatást.

Amikor Dalma elmesélte a rosszullét estéjének eseményeit, rendkívül szembetűnő volt, hogy kerülte az események pontos megfogalmazását, nem konkrét, hanem sokkal inkább homályos utalásokkal fejezte ki magát. Ez a jelenség a gyászban a távolításnak, elkerülésnek megfelelő reakciómód, amely adott esetben segít abban, hogy a problémával ideiglenesen ne terhelődjön túl a psziché. Ez a megküzdési mód átmenetileg segítheti az illetőt, és lehet is olyan élethelyzet, amikor erre szükség van, de a pszichológiai munka során ennek a megküzdésnek a csökkentésére szükséges törekedni. Az ismertetett esetben egy mérsékelt, de határozott visszajelzést adtam a kliens számára, amely elindította a távolításról való beszélgetést. A gyászreakció helyénvalóságának elismerése mellett felhívtam Dalma figyelmét arra, hogy a gyász feldolgozását nehezíti, ha a dolgok nevén nevezését kerüli. *„Azzal a szándékkal ülünk itt, hogy szembenézzon a félelmeivel, de úgy elég nehéz lesz, ha közben nem tudja őket megnevezni.”* Egy ilyen példa esetében sokat segíthet az átkeretezés beindításában egy jól megválasztott hasonlat: *„Olyan érzésem van, mintha úgy beszélnék erről a helyzetről, mint a Harry Potterből Voldemortról, akinek a nevét sem lehet kiejteni. Voldemort is pont ettől válik félelmetessé. Harry kezdetektől fogva nevén nevezi, és később szembe is tud vele szállni.”* A hasonlathoz kapcsolódó közös ismeret hidat képez a segítő és a segített, de a probléma és a problémát hordozó személy között is. Ugyanakkor azzal is fontos tisztában lenni, hogy a túl sok, komplex, vagy magyarázatot igénylő hasonlat nehezíti a kapcsolódást, a megértést. Ez kiváltképp érvényesül akkor, amikor a gyász, szorongás vagy trauma kapcsán módosult tudatállapotban van a kliens, vagy az aktuális mentális állapotban (pl. koncentrációs nehézség, információfeldolgozási nehézség) kihívást jelent számára minden nem konkrét, „kézzel fogható” fogalom befogadása.

Az első alkalom szakmai tevékenységét tehát az határozta meg, hogy a klienst megtartsam (holding) és emellett az általa tapasztalt érzelmi állapotokat normalizáljam, edukációval segítsen az átkeretezést, és a közös munka irányvonalait együtt elkezdjük meghatározni. Emellett szakmai kihívást jelentett a fiatal gyászoló erőteljes szorongása. Ebben a helyzetben fontos volt több szempontot is mérlegelnem. Egyrészt szükségesnek tartottam valamilyen megküzdést segítő intervencióval támogatnom a klienst, ugyanakkor azzal is tisztában voltam, hogy egy alkalom nem elegendő ahhoz, hogy a szenvedést okozó tünetek jelentős mértékben csökkenjenek. Volt bennem némi félelem azzal kapcsolatban, hogy a tünetek a búcsúztató közeledtével, vagy bármilyen más trigger hatására fokozódnak, és a meglévő technikák kevésnek bizonyulnak még a helyzet keze-

lésére. Ugyanakkor abban bíztam, hogy Dalma képes lesz segítséget kérni, ha szükség lesz rá. Másrészt azt is figyelembe kellett vennem, hogy a korábbi szívműtete számomra még ismeretlen mértékű kockázati tényezővel bírt, így nem lehettem biztos abban, hogy kellő módon megtaláltam az egyensúlyt a tünetekhez való reális viszony kialakításának megsegítésekor. Ezalatt azt értem, hogy egyrészt fontos odafigyelni a kockázati tényezőkre, de ugyanakkor arra is érdemes terelni a klienst, hogy lehetőleg kerülje el, hogy túlzott jelentőséget tulajdonít egy-egy tünetnek. Harmadrészt azt volt fontos szakmai szempontból átgondolnom, hogy a kliens által hozott problémák közül melyikkel szükséges legkorábban foglalkozni, melyik az, amelyik nagyobb kockázati tényezővel bír: a pánikrohamok, a gyászfeldolgozás vagy az egészségszorongás.

## 6.2. A FOLYAMAT ISMERTETÉSE

Dalmával a második alkalommal állapotunk meg abban, hogy a szorongást jelentő helyzetek kezelésére fókuszálunk az első néhány találkozó során, és ezt követően kezdünk bele a Gyászfeldolgozás Módszer® elsajátításába. A beszélgetés fókuszában Krisztina búcsúztatója állt, amellyel kapcsolatban Dalma fájó, de enyhülést hozó emlékekről számolt be. A búcsúztatóhoz kötődően önmagával kapcsolatban pedig azzal a pozitív élménnyel gazdagodott, hogy bár azzal számolt, hogy „*össze fog omlani*”, mégsem ez történt. Büszkén mesélte el azt is, hogy volt pár éjszaka, amikor nyugodtabban tudott aludni, miután képes volt megnyugtatni önmagát.

A második találkozó alkalmával Dalma egy újabb, életét jelentősen érintő témát hozott be: az önmagáról alkotott kép megváltozásáról mesélt. Ebből az derült ki, hogy számára a gyászdőszak egyik legváratlanabb élménye volt, hogy úgy érezte, mintha érvényét veszítette volna az, ahogyan eddig jellemezte és ismerte magát. Dalma egy életvidám, mosolygós, pozitív szemléletű és megoldások keresésére fókuszáló karakterként jellemezte magát, amivel szemben állt az aktuálisan megélt szorongó, rendkívül érzékeny és már-már tehetetlen viselkedése. Visszatérő gondolata volt saját megélésére vonatkozóan: „*Ez nem én vagyok! Ilyen maradok?*” Ennek kapcsán beszélünk arról, hogy bármilyen veszteség képes olyan helyzetet teremteni, amelynek következtében az addig szilárdnak hitt dolgok bizonytalanná válnak. Az addig ismert rendszer felborul, és átmenetileg nem is alakul ki újabb, csak új helyzetekkel való megküzdés eredményeként. Egyértelmű volt tehát, hogy Dalma egy akcidentális krízist élt meg, így a pszichoedukáció is ennek tükrében zajlott.

A következő mondata éreztette számomra, hogy milyen mély változást élt meg ebben a helyzetben: „*Tudok-e még belülről, igazán mosolyogni?*” Ez a mondat úgy hangzott abban a térben, mintha még annak a lehetősége is bizonytalanná vált volna, hogy ez az állapot, amely jelenleg mozdulatlaná teszi és a mélyben tartja, képes lenne változni. Ez a mondat és a mögötte húzódó megélés sokkal több jelentéssel bírt, mint pusztán



az örömrre való képesség kérdése. Bár nem ez volt a közös munka fókuszában, alkalomról alkalomra mégis visszatérően foglalkoztunk ezzel a témával.

Dalma esetében bizonytalanságot okozott, hogy a debilizáló szorongással hogyan tud majd társaságban jelen lenni, mennyire fogja ez az állapot meghatározni a többiekhez való viszonyát, különösen a párjával való kapcsolatát. Dalma tartott attól, hogy túlterheli párját, aki maga is küzd az édesanyja elvesztésének fájdalmával. Ő ehhez az állapothoz teszi hozzá a saját szorongását, amelynek kezelésében párjának is jelentős szerep jutott. Ő volt az, aki szükség esetén elvihette Dalmát az ügyeletre, emiatt állandó készenlétben volt. Dalma úgy érezte, hogy az ő szorongása nem engedi, hogy párja kikapcsolódjon, például egy-egy társas összejövetel alkalmával, mert ő volt az, akihez segítségül fordulhatott, ha rosszul lett. Továbbá arra is volt példa, hogy dühöt érzett, ha a párja nem vette figyelembe a kockázatot vagy túlzónak ítélte Dalma reakcióját. Ez az érzés pedig fokozta a feszültséget kettejük között, több alkalommal vitáztak emiatt. Ez a változás is elbizonytalanította Dalmát, és elindította benne a kapcsolatuk miatti aggodalmat.

A Dalmával való beszélgetésekben fokozatosan kirajzolódtak a félelmei mögött meghúzódó hiedelmek. A hiedelmek feltárása nyomán előkerülő gyötrő gondolatok kapcsán a szorongás kognitív megközelítése tűnt a megfelelő munkamódnak, ezért a megküzdés segítségét ebben a szemléletben végeztem. A közös munka során először a szorongás kognitív szemléletű megközelítését ismerttettem meg Dalmával, a pszichoedukáció során kitérve a hiedelmekre, a negatív automatikus gondolatok, valamint a kognitív torzítások jellemzőire. A találkozóinkon azonosítottuk a negatív automatikus gondolatokat és a hozzájuk tartozó érzelmi, viselkedéses és testi jellemzőket, továbbá a realitásvizsgálat módszerével is megismerttettem. Dalma nagyon fogékony volt erre a megközelítésre. A szorongás leghangsúlyosabb tünetének a szívszorítást jelölte meg. Ez a testi érzet azokkal a gondolatokkal társult, hogy ismét baj van a szívével, vele is megtörténhet a szívéállás. Érzelmi szinten a fokozódó szorongást, a biztonságérzet csökkenését, valamint a bizonytalanság növekedését írta le. A szorongás növekedésével a testi reakciók is fokozódtak és arra készítették Dalmát, hogy keressen társaságot, ne maradjon egyedül, segítségnyújtás nélkül, továbbá vegye be a szívgyógyszereit, illetve a nyugtató hatású készítményeit. A szorongás kezelésére kialakított elkerülő viselkedés során olyan helyekre nem ment be, mint például zárt folyosók, hátsó lépcsőfeljáró, ahol az egyedüllet érzete fokozódott. Ehhez az elkerülő viselkedéshez az a hiedelem párosult, hogy a zárt helyeken nem veszik észre, ha rosszul lesz, nem tudnak neki segíteni, és nem tud segítséget sem kérni. A testi érzetek mögött meghúzódó lehetséges okokról, a test stresszre adott reakciójáról való beszélgetésünk, és a negatív gondolati spirál feltárása segített megérteni, hogy hogyan tud eszkalálódni a szorongás. Ez a tudás újabb értelmezési keretet adott saját viselkedésének megítélésében, amely segítette, hogy egy realisabb képet alakítson ki magáról, és képesnek tartsa magát arra, hogy a szorongató helyzetet kezelni tudja. További intervencióként egyéb relaxációs technikákkal is megismerkedtünk. Egy okostelefonra letölthető applikáció segítségével mindfulness relaxá-



ciót végeztünk, amely könnyű hozzáférhetőségének és egyszerű kezelhetőségének köszönhetően a mindennapok részévé válhatott.

A szorongás kezelése mellett a gyással kapcsolatos megéléseiről is beszéltünk, hiszen egyrészt a kiváltó ok egy haláleset volt, másrészt pedig a közös munka alatt több más veszteség is érte Dalmát (kapcsolati, családi és munkahelyi veszteségek egyaránt), amelyekről való beszélgetést az adott alkalmon előtérbe helyeztük. A halmozódó gyászeseemények átmeneti visszalépést hoztak Dalma szorongáskezelésében, de ahogyan haladtunk a tanácsadás folyamatában, ezek a relapszusok egyre rövidebb ideig tartottak.

A gyászfeldolgozás módszerével akkor kezdtünk el foglalkozni, amikor az erőteljes testi tünetek csökkentek, és a kontroll érzete egyre inkább erősödött Dalmában. Ekkor ismételtelen egy szakmai dilemmát jelentő helyzetbe kerültem, mivel amíg a kliens állapota nem stabilizálódik kellően, és az új készségek nem szilárdulnak meg jobban, addig számolni kell azzal a kockázattal, hogy a gyász feldolgozásának elkezdése jelentős mértékben visszaveti az addig elért eredményeket. Ugyanakkor azt is éreztem Dalma gyászeseeményekkel kapcsolatos beszámolóiból, hogy az is hátrányos lenne, ha hosszabb ideig mellőznénk még a gyással való mélyebb foglalkozást. A veszteségek visszaidézése jellemzően felkavaró élményt nyújt a gyászfeldolgozás elején és későbbi szakaszokban is. Dalmát tájékoztattam a lehetséges visszaesésekről, arról az állapotról, amelyet a mindennapokban többnyire érzelmi hullámzásokként írunk le.

Dalma motiváltságát, nyitottságát és elszántságát figyelembe véve végül rövidesen belekezdünk a veszteségfeldolgozásba a Gyászfeldolgozás Módszer<sup>®</sup> tematikájának megfelelően. A közös munka kezdeti fázisa újabb teret nyitott annak, hogy Dalmával átbeszéljük a környezetéből felé irányuló gyászkezelési elvárásokat, az ehhez kapcsolódó hiedelmeket, és együtt értékeljük, hogy milyen mértékben korlátozzák, vagy támogatják ezek a tényezők a gyász megélését, kifejezését.

Miközben a gyász feldolgozásának módszerében haladtunk, Dalma életébe kezdtek visszatérni a társas események. Érzelmi állapota miatt azonban inkább azt élte meg ezek során, hogy nem tud felszabadultan, könnyedén jelen lenni, hanem sokkal inkább feszülten, mereven. Vágya arra, hogy a korábbi élményeinek megfelelően élje meg a saját jelenlétét ebben a helyzetben türelmetlenné tette őt: *„Szeretnék már túllenni ezen és újra jól lenni. Meddig lesz ez még így?”* Úgy tűnt, hogy a megtapasztalt javulás Dalmában azt az érzetet keltette, hogy azzal, amit eddig elért hamarosan maga mögött hagyhatja a fájó érzéseket, a saját magával kapcsolatos szokatlan megélést és az álmatlan éjszakákat hozó szorongást. Dalma az ezt követő alkalomra új frizurával és hajszínnel, illetve színes, nyáriás kiegészítőket viselve érkezett. Az új megjelenése kapcsán azt jegyezte meg, hogy *„Nem ragadunk bele!”*. Ez a kifejezés mintha motivációs mondatként jelent volna meg gondolataiban, és azt indította el benne, hogy látható változásokat hozzon az életébe. Hasonló eseményre a találkozásunk során még pár alkalommal sor került. Ez a jelenség számomra azzal a jelentéssel bírt, hogy Dalma kezdi visszanyerni az élete feletti kont-

rollt, és egyúttal képesnek is érzi magát arra, hogy másfajta élményeket is közel engedjen magához.

A gyászfeldolgozás során az egyik igazán mély élményfeldolgozást az addig megélt veszteségek átgondolása és idővonalon való elhelyezése jelenti. Dalma esetében a veszteségek áttekintését követően egy jelentősebb visszaesést tapasztaltam. Amellett, hogy ez a visszaesés a folyamat jellemző része, aktuálisan két jelentősebb, Dalma közeli barátait érintő veszteség is fokozta az állapotrosszabbodást. Ebben az időszakban kezdtünk el foglalkozni az anyósához fűződő kapcsolat feldolgozásával. Noha az aktuális veszteségek mélyen érintették Dalmát, a Krisztinához fűződő kapcsolat feldolgozásába teljes odafigyeléssel volt képes belemerülni. Krisztinával már a megismerkedésük kezdetén nagyon jól összehangolódtak, de az együttéléssel vált igazán mélyé a kapcsolatuk. Dalma jó barátként, néha édesanyaként tekintett Krisztinára, akihez a szomorú, kétséges helyzetekben gyakran fordulhatott tanácsért, érzelmi támogatásért. Krisztina volt az, aki sokszor segítette Dalmát kibillenteni rágódásra hajlamos állapotából, nem hozta meg helyette a döntést, de facilitálta, hogy Dalma lépéseket tegyen az adott helyzetben. Krisztina támogatása és bátorítása hatására folytatta Dalma a tanulmányait, és végzett el különböző tanfolyamokat. Ahogyan a kapcsolatukról beszélt, érződött, hogy Krisztina halálával mintha Dalma az életében tartóoszlopként jelen lévő személyt veszített volna el. Ahogyan a legtöbb fontos kapcsolatot elveszített gyászoló jellemzi az elhunythoz fűződő viszonyát, Dalma esetében is érvényes az a megfogalmazás: „*mintha az egyik részem veszítettem volna el*”. Ez a mondat bár pszichológiai értelmezési szempontból előhívja, mégsem hordozza magában a dependencia jelenségét. Természetesen lehetnek olyan esetek, amikor erre is érdemes odafigyelni. A gyászfeldolgozás módszerének – önségitő módszer lévén – azonban nem része a patológiás kapcsolatok terápiás feldolgozása.

A veszteségfeldolgozással párhuzamosan Dalma további előrelépéseket tett a szorongás kezelésére. Önállóan tűzött ki újabb és újabb kihívásokat maga elé, melynek során az addig szorongató helyzetekkel szembesítette magát. Egyik ilyen kihívást jelentő helyzet az volt, amikor hosszabb időn keresztül maradt otthon egyedül. Ezalatt az idő alatt tudatosan figyelt arra, hogy kevésbé társas elfoglaltságot keressen magának (beszélgetés telefonon), mint ahogyan azt korábban tette. Sikerként számolt be arról, hogy már az elején szánt időt arra, hogy felülvizsgálja a negatív automatikus gondolatait és realitásvizsgálatot végezzen, ezzel megnyugtatta önmagát.

A gyászfeldolgozás módszerének lezárultával még pár alkalommal találkoztunk. Ezen egy utazás és az ehhez fűződő félelmek átbeszélése került ismét fókuszba. A külföldön való nyaralás ugyanis felerősítette Dalmában a rosszullét lehetőségét és a korábban is megfogalmazott negatív automatikus gondolatokat, így ismételten a megküzdési módok és a kezelési lehetőségek alkalmazásának gyakorlására fókuszáltunk az utazás előtti találkozókon. A távollét és a repülőúttal járó kockázatosnak tűnő helyzetek kihívás elé állították ugyan Dalmát, azonban pánikreakciókat nem tapasztalt ezidő alatt.

A repülés során pedig sikerült a kezdeti szorongásán hamar úrrá lennie. Az itt szerzett tapasztalat megerősítőleg hatott az énképére, és magabiztosabbá tette őt.

A találkozásunk egy további kiemelendő eseménye, hogy Dalma egy korábban megkezdett képzést lezárt, és elkezdett ezen a szakterületen dolgozni. Kuttyák iránti szeretetéből fakadt szakmaválasztása, amely kapcsán terápiásan foglalkozott velük. Eleinte a bátortalansága és a gyászban megélt érzései miatt vonakodott attól, hogy komolyabban foglalkozzon ezzel. Beszélgetéseink során gyakran ellenérveket, kifogásokat sorolt fel, és racionális érvekkel próbálta alátámasztani, hogy miért nem időszerű ebbe a vállalkozásba belefognia. A kezdő lökést végül egy különleges felkérés hozta: egy olyan kuttyával kezdett el foglalkozni, akinek az állapota rendkívül óvatos kezelést igényelt. Dalma a kihívás ellenére is azt érezte, hogy képes segítséget nyújtani, és bár bizonytalansága nem szűnt meg, de látva a terápia hatékonyságát egyre magabiztosabb lett munkájában. Ennek a képzésnek köszönhetően tehát főállású munkája mellett egy olyan tevékenységbe tudott belemélyülni, amelyet belső motivációból választott.

A lezárás közeledtével Dalma elmondása és megjelenése alapján újra visszatért régi „színeihez”, miközben integrálni tudta a gyászban megélt érzéseit is. Tapasztalata arról, hogy képes egy olyan mélységből felkapaszkodni, mint amelyben kezdetekben érezte magát egyrészt növelte önbizalmát, másrészt újabb készségek birtokába juttatta.

Az első találkozón tapasztalt zavarodottságból, türelmetlenségből és tehetetlenségből Dalma eljutott egy önmaga életét kontrolláló, megfontoltabb, türelmesebb, a belső érzelmi állapotaihoz sokkal közelebb álló, valamint azokat kezelni képes állapotba. A kuttyaterapeutaként való működése pedig a gyászban való növekedés példáját mutatta. A kontroll találkozónkra a lezárást követően három hónappal később került sor. Dalma életében a munka területén pozitív változások történtek, mivel előléptették. Ez a felelősség növekedését hozta, de egyúttal az alkalmasságának a bizonyítéka is volt. A Krisztina emlékeitől való elköszönésnek, valamint a jövő tervezésének részeként összepakoltak az egykori szobájában, és ezt a szobát, valamint a közös tereket is a párjával közös igényeiknek megfelelően kezdték el átalakítani. Dalma erről a helyzetről úgy számolt be, hogy *„most kezdünk el igazán csak párként lenni”* – ezzel azt hangsúlyozva, hogy a négy fős együttélés során kevésbé tudták megélni, hogy ők párként milyenek, például milyen környezetben érzik jól magukat, hogyan alakítják a mindennapjaikat. A váratlan veszteséget követően a párkapcsolatuk újabb szintjeit tudták kialakítani és megtapasztalni, amelynek hatására tovább erősödött a kapcsolatuk. A jövőbeli tervek pedig már a családalapításra vonatkoztak. A gyermekvállalásról korábban is beszélgettünk, azonban akkor még azt éreztem, hogy Dalma a távoli jövőbe helyezi ennek a megvalósulását. A kontroll találkozónk alkalmával azonban úgy tűnt, mintha elkezdték volna felkészíteni magukat erre a vállalásra, aminek megvalósulása már kevésbé a távoli, hanem sokkal inkább a közeli jövő része volt.

## 7. DISZKUSSZIÓ

Dalma esete jól szemlélteti a bevezetőben is felsorolt, hozzátartozókat érintő pszichés változásokat egy váratlan sérülés, betegség, illetve veszteség megjelenését követően. A mindennapokat is korlátozó testi változások megélése, és a kezelhetőségükben való akadályozottság arra a döntésre sarkallták a fiatal nőt, hogy szakmai segítséget kérjen. A szakmai munka során a testi változásokhoz kapcsolódó intervenciók mellett a gyászfeldolgozás került a fókuszba. Dalma a megküzdést segítő intervenciókat képes volt hatékonyan alkalmazni, és motiváltságának, valamint ambiciózus és megoldásorientált gondolkodásmódjának, tudatosságának köszönhetően viszonylag gyors ütemben sikerült felülkerekednie a szorongató szituációkon. Ez az eset több tekintetben is a sikeres megküzdés és az erőforrások hatékony alkalmazásának példája.

Dalma esetét követve az olvasó könnyen azt a benyomást szerezheti, hogy a hozzátartozókkal végzett pszichológiai tanácsadás, terápia és gyászfeldolgozás többnyire ilyen gördülékeny és sikeres lefolyású. A valósághoz azonban közelebb áll, hogy az esetvezetés folyamatában többek közt több visszaesséssel, stagnálással, a motiváció csökkenésével, további pszichés és mentális problémával, valamint szociális nehézségekkel találkozik a pszichológus, amelyek akár kompetenciáján túlmutatva más szakemberek bevonását is megkívánják (pszichiáter, szociális munkás).

A bemutatott eset a szakmai önismeret és a személyes bevonódás szabályozásának fontosságára is felhívja a figyelmet. Az első alkalommal megfigyelhető jelentős szorongás és a gyászhoz kapcsolódó fájdalom okozta szenvedés mondhatni zsigeri szinten követeli meg az egyéntől, hogy minél hamarabb szabaduljon a kintől. A szenvedésnyomás, ami pszichológus felkeresésére motiválta az egyént a terápiás térben is érzékelhető volt. A sürgetettség élménye áttételként bennem is megjelent a beszélgetés során, és automatikusan hozta magával azt a gondolatot, amely minden bizonnyal a kliensből indult ki, miszerint „Gyorsan tegyünk valamit, mindegy mit, csak múljon már el végre!”. Magam is megéltem, hogy azon kezdek el gondolkodni, hogy milyen gyors megoldást tudok számára javasolni. Ennek kapcsán volt fontos mérlegelni, hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre, és azok az adott szituációban mennyire alkalmazhatóak, anélkül, hogy megtéveszteném a klienst, és az intervencióval azt üzenném felé, hogy ez egy könnyen és gyorsan megoldható probléma. A mérlegelés során azt is figyelembe kellett vennem, hogy az azonnali segítségnyújtás mellett a szakmai szempontokat is képviselni tudjam, amelyek a lassabb és hosszabb távú folyamat, valamint a körülmekintőbb alkalmazás szükségességét támasztják alá. Az egyszerűnek és gyorsnak tűnő megoldási javaslat hamis illúziót teremthet a kliensben és azt az üzenetet közvetítheti, hogy a szituáció, amelyben van, egyszerűen, kevés ráfordítással is hatékonyan kezelhető. Az alkalmazás során azonban a probléma jellegéből fakadóan ez az illúzió igen hamar szertefoszlik, amely alááshatja a terápiás kapcsolatba, a kliens önmagába és a pszichológiai munkába vetett bizalmát. Ennek elkerülése érdekében nagyon fontos volt a megfelelő

tájékoztatás és annak ellenőrzése is, hogy a másik fél megértette a lehetséges hatásokat és az intervenció hatékonyságának feltételeit.

A hozzátartozókkal való munkára a betegség mellett fokozottan érvényes, hogy a pszichológusnak kellő rugalmassággal szükséges hozzáállnia a feladatához. A nehezített tervezhetőség, a kiszámíthatatlanság a szakemberre is jelentős terhet ró, így az ehhez való adaptív alkalmazkodási módok megtalálása elengedhetetlen a hatékony munkához és a kiégés megelőzéséhez.

### Mire tanít ez az eset?

A veszteségre adott zsigeri szintű válasz jelentős intenzitással és gyorsasággal képes akár korábban hatékony és adaptív megküzdési eszköztárral rendelkező személyt is szinte tehetetlenné, saját identitásában és hétköznapi tevékenységeiben bizonytalanná tenni. A gyász, a pánikrohamok, a szorongás okozta szenvedést látva a szakember is késztetést érez arra, hogy minél hamarabb hatékony segítséget nyújtson. Fontos tanulság azonban annak pozitív tapasztalata, ahogyan a kínzó sürgetettség ellenére a klienst a gyógyító folyamat egészen végigkísérjük, és szakemberként az intervenciók sorával útravalót adunk azokra a nehéz helyzetekre, amelyek elkerülhetetlenül megjelennek a folyamat során.

## IRODALOM

- Askari, H., Forozi M.A., Navidian, A., & Haghdoost, A. (2013). Psychological reactions of family members of patients in critical care units in Zahedan. *Journal of Research & Health*, 3(1), 317–324. <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-87-en.html>
- Bellou, P., & Gerogianni G. (2010) Contribution of family in the care of patient in hospital. *Health Science Journal*, 3.
- Carlozzi, N.E., Kratz, A.L., Sander, A.M., Chiaravalloti, N.D., Brickell, T.A., Lange, R.T., Hahn, E.A., Austin, A., Miner, J.A., & Tulskey D. S. (2015). Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury: development of a conceptual model. *Physical Medicine and Rehabilitation* 96(1). 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.08.021>
- Friedman, R., & James, J.W. (2011). *Gyógyulás a gyászból – Hogyan dolgozzuk fel szeretteink halálát, a válast és más fájdalmas veszteségeket?*. Zafir Press.
- Goldberg, A. & Salloway Rickler, K. (2011). The role of family caregivers for people with chronic illness. *Medicine & Health/Rhode Island*, 94(2).  
DOI: 10.1016/j.pedn.2008.03.010
- Hawley, D.R., & Dahl, C.M. (2000). Using the levels of Family Involvement Model with religious professionals. *Journal of Psychology & Theology*, 28(2), 87–98. <https://doi.org/10.1177/009164710002800201>

- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Jolley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164–170. DOI: 10.1016/j.pedn.2008.03.010
- Minuchin, S., Baker L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031–1038. DOI: 10.1001/archpsyc.1975.01760260095008
- Pilling, J. (2008). *Orvosi kommunikáció*. Medicina.
- Rigó, A. & Kökönyei, Gy. (2014). Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegségekkel élők körében. *Alkalmazott pszichológia*, 14(4), 5–14.
- Sarungi, E., & Herke Dahlgren, A. (2012). Gyógyulás a gyászból: Módszerismertetés. *Kharón*, 16(1–2), 19–32.
- Túry, F. (2000). Az evészavarok terápiája. In: Túry F., Szabó P. (szerk.). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. (94–136.), Medicina.
- Varga, K. (2011). *A szavakon túl – Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina.