

A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra

Doktori értekezés

Dr. Pilling János

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető:	Prof. Kopp Mária†, egyetemi tanár, az MTA doktora
Hivatalos bírálók:	Dr. Barabás Katalin, habil. egyetemi docens, Ph.D. Dr. Török Szabolcs, egyetemi docens, Ph.D.
Szigorlati bizottság elnöke:	Prof. Rihmer Zoltán, egyetemi tanár, az MTA doktora
Szigorlati bizottság tagjai:	Dr. Réthelyi János, egyetemi adjunktus, Ph.D. Dr. Varga Katalin, habil. egyetemi docens, Ph.D.

Budapest

2012

Kopp Mária emlékének

TARTALOM

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	5
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE.....	6
1. ELŐSZÓ	7
2. BEVEZETÉS	8
3. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	
3.1. A gyász lélektani folyamata	11
3.1.1. A normál gyász.....	11
3.1.2. Nemi különbségek a gyászban.....	23
3.1.3. A komplikált gyász.....	25
3.2. Morbiditás és mortalitás a gyász időszakában	33
3.2.1. Módszertani megfontolások.....	34
3.2.2. A megbetegedési arányok változásaival kapcsolatos vizsgálatok.....	35
3.2.3. Halálozási arányok gyászolók körében.....	41
3.2.4. Milyen tényezőkön keresztül hat a gyász a morbiditásra és a mortalitásra?.....	45
4. CÉLKITŰZÉSEK	49
5. MÓDSZEREK	50
5.1. A Hungarostudy Egészség Panel 2006 felmérés bemutatása	50
5.2. Minta	51
5.3. Mérészközök	54
5.4. Statisztikai elemzés	58
6. EREDMÉNYEK	58
6.1. A gyászolók szomatikus állapota	58
6.1.1. Szomatikus tünetek egy hónapon belül.....	58
6.1.2. Szomatikus betegségek az elmúlt egy évben.....	64
6.1.3. Balesetek.....	64

6.2. A gyászolók pszichés állapota	64
6.2.1. Kezelés pszichiátriai okok miatt az elmúlt egy évben	64
6.2.2. Depresszió	66
6.2.3. Szorongás	67
6.2.4. Öngyilkossági gondolatok és kísérletek	70
6.2.5. Szomatizáció	71
6.2.6. A gyászolók álomminősége	73
6.2.7. Alkoholfogyasztás	74
6.2.8. Házastársi stressz	79
6.2.9. Általános életminőség	79
7. MEGBESZÉLÉS	82
7.1. A gyászolók szomatikus állapota	83
7.2. A gyászolók pszichés állapota	85
7.3. Vizsgálatunk erősségei és korlátai	91
8. KÖVETKEZTETÉSEK	92
9. ÖSSZEFOGLALÁS	98
10. SUMMARY	99
11. IRODALOMJEGYZÉK	100
12. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	114
12.1. A disszertáció témájával összefüggő publikációk	114
12.2 A disszertáció témájától független publikációk	117
13. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	121

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BDI	Beck Depression Inventory
CI	Confidence Interval
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
DQQ	Dream Quality Questionnaire
HEP	Hungarostudy Egészség Panel
OR	Odds Ratio
PHQ	Patient Health Questionnaire
SD	Standard Deviation
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A normál gyász szakaszai
2. táblázat. A normál gyász jellemző jegyei
3. táblázat. A komplikált gyász diagnosztikai kritériumai Horowitz és munkatársai (1997) javaslatára alapján
4. táblázat. A komplikált gyász diagnosztikai kritériumai Prigerson és Maciejewski (2005) javaslatára alapján
5. táblázat. Az elhúzódó gyász zavar kritériumai Prigerson és mtsai (2009) javaslatára alapján
6. táblázat. A vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzői
7. táblázat. Szomatikus tünetek egy éve gyászolók körében az elmúlt hónap során
8. táblázat. A PHQ skála átlagértékei a gyász első három évében
9. táblázat. A szomatikus tünetek és a gyászolói status közötti kapcsolat mediáló tényezőinek vizsgálata
10. táblázat. Orvosi kezelés pszichiátriai betegség miatt a gyász első három évében
11. táblázat. A Beck Depresszió Skála eredményei a gyász első három évében
12. táblázat. A Beck Depresszió Skálával mért depresszió sávok a gyász első három évében
13. táblázat. A „feszült és ideges vagyok” kérdésre adott válaszok eredményei a gyász első évében
14. táblázat. Az öngyilkossági gondolat gyakorisága a gyász első három évében
15. táblázat. A PHQ skála sávjai és a klinikailag jelentős szintet elérők száma a gyász első három évében
16. táblázat. Az egy éve gyászolók álmairól jellemzői
17. táblázat. Alkoholfogyasztás a gyász első három évében
18. táblázat. Az alkoholfogyasztás és a gyászolói status közötti kapcsolat mediáló tényezőinek vizsgálata
19. táblázat. Házastársi stressz a gyász első három évében
20. táblázat. A WHO jóllét skála értékei a gyász első három évében
21. táblázat. A szubjektív jóllét és a gyászolói status közötti kapcsolat mediáló tényezőinek vizsgálata

1. ELŐSZÓ

Egykoron, a Magyar Hospice Alapítvány orvosaként gyógyíthatatlan betegek gondozásával foglalkoztam. Nap mint nap tapasztaltam, hogy nem csak a betegeknek, hanem a hozzátartozóiknak is nagyon sok nehézséggel kell szembenézniük, mind a betegség során, mind pedig később, a gyász időszakában. Számos hozzátartozó kérte a segítségemet a gyász feldolgozásában is. Ezzel kapcsolatban azonban nagyon kevés tudásom volt: nem tanultunk a gyászciklusról az orvosképzés alatt, sőt akkoriban még a pszichiáter szakképzés témaköreiből is kimaradt ez a terület. Néha így még azt sem tudtam biztosan eldönteni, hogy az, amit mondanak a gyászolók (pl. hogy időnként hallani vélik a halott hangját, értelmetlennek érzik így az életüket, hónapok elteltével sem érzik, hogy javulna az állapotuk) a gyász szokványos része-e, vagy pedig kóros reakció. Így kezdtem el egyre többet olvasni, tanulni a gyászciklusról. Néhány hasznos forrás magyar nyelven is megjelent, a témakör angol nyelvű szakirodalma pedig már akkoriban is hatalmas volt. Minél többet tudtam meg a gyászciklusról, annál inkább éreztem, hogy milyen sok része van még ennek a területnek, amelyről alig ismerek valamit. A normál gyász lélektana után megismertem a speciális gyásztípusokat (pl. a gyermek elvesztésével, az öngyilkossággal, a gyilkossággal kapcsolatos gyász sajátosságait), a gyász nemzeti különbségeit, az akkoriban még patológiásnak hívott gyászreakciókat, az egyéni önszorongás módszereit, az önszorongó csoportok hatásait, a gyászolók pszichoterápiás segítségének különböző módszereit, majd később az internet által kínált segítő lehetőségeket, s a gyász személyiségfejlődést elősegítő oldalait is. Mindezeket igyekeztem folyamatosan beépíteni saját klinikai munkámba, publikációimban pedig minél több embernek átadni mindazt, amit megismertem.

Több társra is találtam, akik hozzám hasonlóan szerettek volna többet tudni a gyászolók segítségének lehetőségeiről. A kilencvenes évek közepén Polcz Alaine körül alakult egy kis csoport, amely egyfajta „önképzőkörként” működött. Ez a csoport lett az alapja az első olyan hazai civil szervezetnek, amely fő céljaként a gyászolók segítségét jelölte meg. A 2001-ben megalakult Napfogyatkozás Egyesületnek működése első nyolc évében elnöke voltam. Számos képzést és több tudományos konferenciát szerveztünk a gyászciklusról.

Bármennyit is értettem azonban meg a gyász folyamatáról sok kérdés továbbra is nyitott számomra. Pszichiáterként leginkább azok a gyászolók fordultak hozzám, akiket nagyon nehezen feldolgozható veszteség ért: gyermeküket veszítették el, hozzátartozójuk öngyilkos lett, váratlanul halt meg, vagy meggyilkolták. Pácienseim reakciói érthetően voltak erőteljesebbek, sokan azonban közülük depressziósak voltak, erősen szorongtak, súlyos testi tünetek voltak, vagy öngyilkossági gondolatokkal küzdöttek. Hol van az a határ, amelynél elválnak egymástól a gyással kapcsolatos természetes, érthető reakciók a kezelést igénylő betegségektől? Hogyan különíthető el a szomorúság a depressziótól? Hol válik el az időleges reménytelenség az öngyilkossági szándéktól? Mennyire gyakori az, hogy valaki belebetegszik a gyászba? Ezek a kérdések gyakran a gyász szakirodalmában is vitatottak. Disszertációmban ezekre igyekszem válaszokat keresni.

2. BEVEZETÉS

A gyász a veszteség által kiváltott reakciók, magatartási formák együttese. Életünk során mindnyájan átélhetünk kisebb-nagyobb veszteségeket (partnerkapcsolat megszakadása, költözködés, munkanélküliség, nyugdíjba vonulás, esetleg amputáció stb.), amelyek gyászreakciót váltanak ki. (Ezeket a veszteségeket közös néven tárgyvesztésnek nevezzük – ilyenkor szeretetünk, ragaszkodásunk tárgyat veszítjük el.) A legintenzívebb érzéseket kiváltó veszteség azonban általában szeretteink halálakor érhet bennünket.

Elveszíteni egy szeretett embert – ez sokak számára szinte új időszámítás kezdetét jelenti: olyan új életszakaszt, amelyben a kavargó emlékek, érzések megváltoztatják a mindennapokat, s a veszteség hatásai – nyíltan vagy burkoltan – akár az egész további életre is hatással lehetnek. Vannak, akik mégis szeretnének úgy élni tovább, mint korábban, míg mások erősen átélik a gyász fájdalmát és ennek életformáló hatásait. Egyesek számára a veszteség egy életre szóló törés kezdete, míg mások a gyász feldolgozásával olyan tapasztalatokra is szert tehetnek, amelyek elősegíthetik további kapcsolataiknak és az élet értékeinek mélyebb megélését.

Mi határozza meg a veszteségek hatásait? A gyász rendkívül összetett jelenség, amelynek a pszichés, spirituális, szociális vonatkozásait külön-külön is számos folyamat alakíthatja.

Jelentős változást eredményezett a gyászhoz való közösségi viszonyulásban – s ennek következtében a gyász egyedi megélésében is – a gyásszal kapcsolatos népi hagyományok, rítusok (pl. a virrasztás, a siratás, a halotti tor, a gyászviselet) fokozatos elszorvadása, megszűnése. Ezek a hagyományok még századunk elején is országszerte elterjedtek voltak, magatartási mintát és közösségi támaszt nyújtva a gyászolóknak. A rítusok több úton is támogatták a gyásszal kapcsolatos pszichés szükségleteket, segítették a veszteség elfogadását. Így pl. a virrasztás és a halotti tor kifejezte a közösség támogató jelenlétét, s ezek során a gyászolók felidéztek az elhunyt élettörténetét, emlékét is. A siratás lehetővé (sőt: a közösség által elvárt normák alapján szinte kötelezővé) tette a fájdalom kifejezését, de emellett a siratóénekekben a gyászoló visszaemlékezett az elhunyra és saját kapcsolatukra, kifejezhette szeretetét és köszönetét is. A temetés az elválás legnyilvánvalóbb kifejeződése, amely igen erőteljes érzelmeket szabadít fel, ugyanakkor kifejezi a fájdalomban való osztozást, az egyéni veszteséget spirituális-filozófiai szintre emeli, s egyúttal a megbékélés eszköze is: a halottat utolsó útjára kíséni hozzátartozóinak és ismerőseinek felebaráti kötelessége, amit a múltban a közösség a haragosoktól is elvárt. A gyászviselet mind a gyászolóban, mind a közösségben tudatosította a veszteséget, de a közösség regulatív szerepe keretek közé is szorította a gyászt: megszólalták azt, aki a közösség által elvárt idő után is gyászruhában járt. Pszichológiai szempontból a gyász feldolgozását segítette elő az „alamizsnálkodás” szokása is: a szegényeknek való adakozás egyfajta „engesztelő áldozatként” is értelmezhető, a halott ruháinak (elvárt) elajándékozása pedig az elválást segítette elő (Kunt 1987). (A rítusoknak a gyász feldolgozásában betöltött szerepével egy korábbi publikációmban – Pilling 2003/a – részletesen foglalkoztam.)

Az urbanizáció terjedésével azonban a hagyományokat fenntartó kisközösségek egyre inkább elszorvadtak. A hagyományok elvesztésével viszont nem csak ezek pszichológiai támaszt nyújtó szerepe tűnt el, hanem az a generációról generációra átadódó tudás is, amit ezek a hagyományok közvetítettek. Az a szokás például, hogy közeli hozzátartozókat a közösség elvárásai szerint egy éven át kellett gyászolni, ősi tapasztalatot tükröz: egy év kell ahhoz, hogy minden évforduló (az elhunyt születésnapja, a házassági

évforduló, a karácsony, stb.) elmúljon úgy, hogy ő már nincs jelen. Amíg a gyászoló ezeken az évfordulókon nem megy keresztül, lelkiileg nem tudja teljesen lezárni a gyászt. A gyászév fogalmának elhalványulásával a társadalomban hamis elképzelések nyertek teret: ma már sokan azt gondolják, hogy az gyászol jól, aki erős, aki minél hamarabb túl tud lépni a törtéteken. Napjainkban a közösség már általában azt várja, hogy a temetés után a gyászoló igyekezzen úgy élni, mint korábban, sőt, a továbbiakban a gyász fennmaradása már az „önsajnálat” stigmájaként bélyegzi meg a gyászolót. Valójában a temetésig szinte lehetetlen feldolgozni a gyászt, sőt ennek a legnehezebb időszaka – amint azt majd a gyász lélektani folyamatának leírásakor láthatjuk – éppen a temetés után kezdődik, vagyis akkor, amikor a közösség már a gyász lezárását várja el.

A gyászhoz való viszonyulásban jelentős változást hozott a meghalás helyszínének megváltozása is. Míg korábban a legtöbb haldoklót otthon gondozták, napjainkban az emberek általában kórházakban halnak meg. A hozzátartozók így sokkal kevesebb időt tölthetnek a haldoklóval, gyakran csak a látogatási idő alatt lehetnek vele. Ilyenkor sem az idő rövidsége, sem a körülmények nem teszik lehetővé, hogy a haldokló és a hozzátartozók személyes kérdésekről beszélgethessenek, pedig a közös élet áttekintése, a szeretet kifejezése, a korábbi sérelmek megbeszélése és megbocsátása, valamint az egymástól való elköszönés alapvető fontosságú lenne mind a haldokló megbékélése, mind pedig a hozzátartozó későbbi gyásza szempontjából is. A kórházban meghalt betegek hozzátartozói a halál pillanataiban általában nincsenek jelen, s ez gyakran nehezen feldolgozható büntudatot, önvádlást vált ki belőlük. A hozzátartozóknak a kezelőorvosok vagy a kórbonctanon dolgozók gyakran nem teszik lehetővé a halott megnézését, ez pedig további nehezítője lehet a gyász feldolgozásának: számos gyászoló, aki nem látta a halottat, eleinte tagadja a halál realitását. A temetés megszervezését általában temetkezési vállalkozók végzik, így a hozzátartozók kezéből a gondoskodásnak ez a formája is kikerült. (A haldoklók segítésének, valamint a holttesttel való méltó bánásmódnak a témaköreivel korábbi publikációimban részletesen foglalkoztam, ld.: Pilling 2010, 2009, 2006, 2005, 2004, 1998/a.)

Míg korábban a közösség maga is támogatója volt a gyászolónak, addig ez ma már általában nem valósul meg. A rokonok, barátok gyakran maguk sem tudnak mit mondani a gyászolónak, kerülnek a társaságát, az elkerülhetetlen találkozások, beszélgetések alkalmával

pedig igyekeznek keveset beszélni a gyászról, e helyett közhelyekkel próbálják mihamarabb lezárni a beszélgetést. A leggyakoribb mondatok, amiket a gyászolók hallanak: „Szedd össze magad!” „Az élet megy tovább!” „Az idő majd mindent megold.” „Tudom, hogy mit érzel, de hidd el: jobb ez így!” „Mások sokkal rosszabb dolgokon mentek keresztül.” „Szórakozásra lenne szükséged, hogy kikapcsolódj!”. A gyászolók azonban jól tudják, hogy ezek a közhelyek nem csak üresek, hanem hamisak is: az élet számukra egyáltalán nem megy már tovább úgy, mint korábban; a szórakozás nem segít, csak büntudatot kelt; az idő múlása pedig önmagában semmit sem old meg, sőt – amint erről a normál gyász leírásánál részletesebben is szó lesz – az első hetekben-hónapokban az idő előre haladtával a gyászolók egyre rosszabbul érzik magukat, s ez félelemmel tölti el őket, mert (indokolatlanul) azt hiszik, hogy velük van valami baj.

Rítusok, magatartásminták, ismeretek és támogatás hiányában egyre több gyászoló érzi úgy, hogy segítség nélkül nem tud megbirkózni a veszteséggel. Az utóbbi évtizedekben ezért – főleg az USA-ban és Nyugat-Európában – előtérbe került a gyászolók segítségének kérdése, s gyorsan növekedett a gyász pszichológiai folyamatát elemző, a normál és az attól eltérő gyászreakciókat vizsgáló tanulmányok száma is.

3. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

3.1. A gyász lélektani folyamata

3.1.1. A normál gyász

A gyász kulturális meghatározottsága miatt nincs olyan leírása a szokványos, normál gyászreakcióknak, ami minden kultúrkörben egyformán érvényes lenne. A gyász pszichés folyamatának a következőkben részletezendő leírása, a normál és a komplikált reakciók elkülönítése így a nyugati kultúrkör utóbbi évtizedeinek keretei között értelmezhető.

A normál és a patológiás gyászt először Freud (1917) különítette el „Gyász és melankólia” c. munkájában. Lindemann (1944) klasszikussá vált „Az akut gyász tünettana és kezelése” című tanulmányában elsőként adott közel teljes körű leírást a normál gyász jellemzőiről, elkülönítette a kóros gyászreakciók különböző formáit, s felismerte a veszteséget megelőző ún. anticipációs gyász szerepét. Bowlby (1960) a

gyermekkorai gyász analízisével, Caplan (1964) a kríziselmélet rendszerének kidolgozásával fejlesztette tovább a gyásszal kapcsolatos ismereteket.

Napjainkban már a gyász speciális kérdéseinek (pl. öngyilkosság, gyilkosság vagy perinatális halál miatti gyász, a holokauszt hatása stb.) is terjedelmes szakirodalma van. Hazai szerzőktől is értékes publikációk jelentek meg a gyásszal és a krízissel kapcsolatban, ismertetve a gyászolók egyéni terápiájában szerzett személyes tapasztalatokat is (Bagdy 1989, Bakó 1995, 1996, Boga 2000, Cserepes és Pék 2009, Édes 2011, Hajduska 2008, Hézser 1991, Kovácsné és Szeverényi 1998, Polcz 1989, Ribár 1990, Singer 2006, 2010, Vizinger 2010).

A gyarapodó tapasztalatok és vizsgálatok eredményeképpen ma már jól ismert, hogy a veszteségre adott reakciót számos tényező határozza meg: az elhunyttal való kapcsolat jellege, a halál módja, a gyászoló életkora, neme, alapszemélyisége, előzetes életeseményei (elsősorban a korábbi veszteségek), előzetes betegségei (különösen a depresszió), aktuális pszichés statusa (esetleges egyidejű krízishelyzetek), kulturális környezete, vallásossága, szociális kapcsolatrendszere (Hézser 1991, Kast 1995, Polcz 1989), Ribár 1990).

Ebből adódóan a gyász mindig egyéni. A gyász folyamatát jellemző leírások – s vele együtt a „normál gyász” fogalma is – így a statisztikai átlagot képviselő, didaktikus célú absztrakciónak tekinthetők. Ismeretük megkönnyíti a gyászolók segítségét, de nem pótolhatja az egyéni jellegzetességek figyelembevételét.

A gyász egyénileg változó lefolyása miatt a pszichés folyamat általános leírása nem könnyű feladat. Jelzi ezt az is, hogy a szakirodalomban többféle beosztás terjedt el a gyász szakaszainak megjelölésére. A kezdeti modellek a gyásznak általában három fázisát különböztették meg: 1; érzelmi sokk, 2; a veszteség tudatosulása 3; felépülés (pl.: Engel 1964, Averill 1968). Ezen beosztások első és harmadik szakaszának létjogosultságát a későbbi modellek sem kérdőjelezik meg, ám a tudatosulás fázisán belül más szerzők további szakaszokat különítenek el – így alakultak ki a négy vagy öt fázist megkülönböztető modellek. A főbb modelleket az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. A normál gyász szakaszai

Engel (1964)	Averill (1968)	Parkes (1998)	Kast (2000)	Kübler-Ross (1988)	Martocchio (1985)	Horowitz (1993)
Lesújtottság és hitetlenség	Sokk	Dermedtség és tompultság	Elzárkózás a tudomásulvétel elől	Elutasítás	Lesújtottság és hitetlenség	Sokk
				Düh	Tiltakozás és elvagyódás	Elutasítás
Tudatosulás	A tárgyvesztés tudatosítása	Sóvárgás és vágyakozás	Az érzelmek feltörése	Alkudozás	Gyötrődés, összeomlás és kétségbeesés	Elárasztás
		Szétesettség és kétségbeesés	A keresés, a megtalálás és az elválás stádiuma	Depresszió	A gyással való azonosulás	Átdolgozás
Újraszerveződés és helyreállítás	Felépülés	Újraszerveződés és visszatérés	Új viszony saját magunkkal és a világgal	Belenyugvás	Újraszerveződés és helytállás	Lezárás

A modellek sokfélesége is jelzi, hogy a gyász összetett folyamata nehezen osztható élesen elkülönülő szakaszokra. A különböző modellek eltérő erényekkel és hibákkal rendelkeznek. A háromszakaszos modellek legfőbb erénye a didaktikusság, hiszen logikailag valóban ez a három stádium különül el egymástól a legélesebben, hátrányuk azonban, hogy a gyászfolyamat leghosszabb, középső szakaszának jelentős változásait nem érzékeltetik. A négy- vagy ötszakaszos beosztások a gyász folyamatjellegét jobban modellezik, ám a 2.-4. szakaszok elnevezése helyenként önkényes: bár az előtérben álló jegyek alapján történik, valójában ilyenkor az előző vagy az ezt követő stádiumok jellemzői is megfigyelhetők a gyászolóknál.

Ezeket az ellentmondásokat nem csupán szemlélteti, de egyúttal fel is oldja Brown és Stoudemire (1983) összefoglaló táblázata, amelynek háromfázisos modelljében az egyes jellemzők intenzitásváltozásának jelölése kifejezi a gyász folyamatjellegét, az érzések, a gondolkodás és a magatartás állandó átalakulását is (2. táblázat).

2. táblázat. A normál gyász jellemző jegyei

(Brown és Stoudemire 1983 alapján. Forrás: Pilling 2001/C)

	1. fázis: Sokk	2. fázis: Elmélyülés az elhunyttal kapcsolatos érzésekben és gondolatokban	3. fázis: Újraszerveződés
Érzelmi jegyek		Düh Dermedtség Lehangoltság Torokszorítás érzése Álmatlanság	
Testi jegyek	Sírás	Testsúlycsökkenés Sóhajtozás Erőtlenség Hasi üresség érzete Kimerültség	
Gondolkodásbeli jellegzetességek	A valótlanság érzete Tagadás	Bűntudat Az elhunyttal kapcsolatos álmok Hitetlenség, valótlan tartalmú fantáziák Az elhunyttal kapcsolatos gondolatok	A múltból már a szép emlékekre is tud gondolni
Motivációs állapot		Az örömeire való képtelenség Introverzió	A tevékenységekkel kapcsolatos érdeklődés visszanyerése Új kapcsolatok kialakítása

A gyász pszichés folyamatáról szóló leírásoknak egyidejűleg kell tehát jelölniük az elkülönülő szakaszokat és a folyamatos változásokat. Ennek érdekében a következőkben olyan (saját) leírást használok, amelyben elkülönítem a gyakorlat szempontjából legfontosabbnak tűnő szakaszokat, de jelzem ezek átmeneteit is. Ebben a következő stádiumok szerepelnek: anticipációs gyász – sokk – kontrollált szakasz – tudatosulás – átdolgozás – adaptáció. (A modell tehát lényegileg ötfázisú – kiegészítve az anticipációs gyász fogalmával.) A továbbiakban az egyes szakaszok főbb jegyeit tekintjük át.

Anticipációs (megelőlegző) gyász

Életveszélyes helyzetben vagy állapotban lévő emberek (pl. háborúban résztvevő katonák, hosszabb időn át haldokló betegek) hozzátartozói már a haláleset előtt sokszor foglalkoznak a halál lehetőségével, s azzal, hogy ez milyen hatást fog gyakorolni rájuk (Lindemann 1944). Ezáltal a veszteség átélése már a haláleset bekövetkezése előtt megkezdődhet. Ez általában megkönnyíti a halál tényleges bekövetkezésének elviselését, de esetenként a haldokló és a hozzátartozó között olyan mély, bensőséges kapcsolatot hozhat létre, amely nehezebbé is teheti a gyász feldolgozását (Zisook 1995).

Sokk

A halál hírének megtudásakor sokan tagadással reagálnak: „Ez nem lehet igaz”. Érzelmileg bénultnak, kiüresedettnek érezhetik magukat, úgy érzik, nem tudnak tisztán gondolkodni, válaszolni. A gyászolók ebben a szakaszban – a közhiedelemmel ellentétben – elsősorban nem szomorúságot, bánatot, hanem sokkal gyakrabban egyfajta ürességet, bénultságot élnek át. („Mintha villám csapott volna belém”. „Nem is tudtam mondani semmit, csak álltam ott dermedten”). Ez az állapot néha – tévesen – a közömbösség érzetét kelti a kívülállókban, ami később esetenként konfliktusokat alapozhat meg a hozzátartozók között. A haláleset híre azonban kiválthat más reakciókat is: egyfajta érzelmi vihart, kontrollálhatatlannak tűnő érzelemkitöréseket is. Bár ezek a reakciók ellentétesek, mindkettő gyakori, normál reakció. A sokk időszaka általában néhány perctől néhány óráig (ritkán 1-2 napig) tart – annál hosszabb lehet, minél váratlanabb a veszteség (Hézsér 1991, Knight és Bartel 1993, Kast 1995).

Kontrollált szakasz

A sokk időszakának általában az vet véget, hogy a hozzátartozóban tudatosul: a halálessel kapcsolatban számos feladata van. A temetéssel kapcsolatos ügyintézés adaptív tevékenységet követelnek a gyászolótól. Ezek a feladatok azonban nagy megpróbáltatást jelentenek. A gyászoló sokszor tehetetlenséget, önbizalmának csökkenését éli át – ekkor szembesül először azzal, hogy tevékenységeit immár az elhunyt nélkül kell végeznie, s nélküle szinte énjének egy része vész el. A világ ködösnek, álomszerűnek tűnhet számára (derealizáció), úgy érezheti, mintha mással történnének az események (deperszonalizáció). Ebben az időszakban egyesek túlságosan passzívak, mások fokozott tevékenységgel próbálják elterelni figyelmüket érzéseikről. Előtérbe kerülhet a haláleset miatt érzett düh, vádaskodás, ingerlékenység, bizalmatlanság. Ez az időszak érzelmi szempontból gyors és intenzív hullámmásokkal jellemezhető: miközben a gyászoló az ügyintézés során érzései elfojtására törekszik, hiszen figyelnie kell, döntéseket kell hoznia, stb. (ezért is nevezik „kontrollált”-nak ezt az időszakot), addig egyedül, vagy az elhunytól való rokoni beszélgetések kapcsán rendkívül erőteljes érzelmeket élhet át.

A kontrollált szakasz általában a temetésig tart, de ha ennek időpontja (pl. urnás temetésnél) elhúzódik, már korábban is megjelenhetnek a következő szakaszra jellemző regresszív jegyek (Hézsér 1991, Ribár 1990).

Tudatosulás

Sokan azt gondolják, hogy a temetés után már könnyebb lesz a gyász. Ez azonban tévedés – valójában a gyász legnehezebb szakasza kezdődik ekkor. Míg korábban a gyászolót lefoglalták a tennivalók, ezek elvonták a figyelmét, arra kényszerítették, hogy kontrollálja az érzéseit, a temetés után immár ezek nélkül szembesül a veszteséggel, a korábban háttérbe szorult gondolatokkal, emlékekkel, érzésekkel. Tovább nehezítheti ezt a szakaszt, hogy míg korábban esetleg többen is igyekeztek vigaszt nyújtani, a temetést követően általában jelentősen ritkulnak a segítséget jelentő találkozások, beszélgetések. A szeretett hozzátartozó hiányával egyre több területen, s egyre

mélyebben konfrontálódó gyászoló ekkor éli át a gyász legösszetettebb szakaszát. Ennek a jegyei a következők:

Érzelmek: Az érzések szinte elárasztják a gyászolót, erőteljesen, gyakran váratlanul, eleinte kontrollálhatatlannak tűnő módon törhetnek fel. A kezdeti érzések (kiüresedtség, magány, szomorúság, boldogtalanság, tehetetlenség) rövidesen haraggal, büntudattal és önvádlással társulnak. A harag irányulhat az elhunyra (amiért elhagyta őt, nem vigyázott az egészségére, stb.), a kezelőszemélyzetre (nem ismerték fel idejében a betegséget, nem tettek meg mindent a betegért, hibáztak, stb.) s gyakran Istenre (miért tette ezt, vagy miért engedi meg?). A büntudat elsősorban a gyászoló vélt vagy valós mulasztásaival kapcsolatos, melynek következménye az önvádlás. Ha az elhunyt hosszan elhúzódó, gyötrelmes, esetleg a testet eltorzító betegség után halt meg, a gyászoló kezdetben megkönnyebbülést is átélhet, ami később a büntudat újabb forrásává válhat. Átmenetileg csökken az örömeire való képesség, gyakran az örömteli élmények is fájdalmat és dühöt keltenek („ő már ezt nem láthatja ezt”, „a többi ember tudomást sem vesz a haláláról, örülnek, szórakoznak”). Felerősödhet a félelem és a szorongás, amely részben az elhagyatottság, a magány érzéséből, az új élethelyzethez való alkalmazkodás nehézségeiből, a perspektívátlanságból, részben a haláleset által csökkent biztonságérzetből, az egyedüllétből, a betegségektől és a haláltól való (általában kevésbé tudatosított) szorongásból eredhet.

Kogníció: az elhunyttal kapcsolatos gondolatok, emlékek intruzív jellegűek, eleinte szinte teljesen kitöltik a tudatot. Előtérbe kerülnek a halállal, túlvilággal kapcsolatos gondolatok, csökkenhet az életvágy. A gondolkodásban regresszív, a gyermekekre jellemző jegyek jelenhetnek meg. Ilyenek a mágikus gondolatok (pl.: „bepöcc a szobámba egy lepke, s éreztem, hogy ő jött vissza hozzám lepke formájában), az onnipotens fantáziák (pl.: „én vagyok a felelős a haláláért, mert kívántam azt”) és a szimplifikációs elemek (pl.: „a kezelőorvosa tehet mindenről”) jelennek meg. A regresszív jegyek, valamint az érzések és a gondolatok kontrollálhatatlanságának érzete és az átmeneti percepciók zavarok (ld. alább) miatt a gyászolóban felerősödhet a megőrléstől való félelem. (Saját tapasztalataim is megerősítik, hogy sok gyászoló emiatt keres pszichiátriai segítséget.)

Percepció zavarok: számos gyászoló számol be az elhunyt jelenlétének érzékeléséről, amely jelentkezhethet illúziók vagy átmeneti akusztikus vagy vizuális hallucinációk formájában. (Pl.: hallja maga mellett a halott légzését, mintha besüppedne mellette az ágy, ahol az elhunyt korábban feküdt, a járókelők között felfedezni véli egykori szerettét, az üres szobában mintha hallaná a hangját, egy pillanatra megjelenik előtte, stb.) Fontos hangsúlyoznunk, hogy a gyász kezdeti időszakában ezek a jelenségek természetesek, s nem tekinthetők pszichotikus jegynek (amennyiben alkalmiak, rövid ideig tartóak, kizárólag az elhunyttra vonatkoznak, s nem társulnak a pszichózis egyéb tüneteivel).

Magatartás: Ebben az időszakban jellemző a szociális kapcsolatoktól való visszahúzódás, a szórakozottság, a döntésképtelenség vagy gyors, átgondolatlan döntések. A társas interakciókban gyakran jelenik meg a feszültség, ingerlékenység. A teljesítmény jelentősen csökkenhet. Gyakran észlelhető ambivalencia, amely pl. a kereső és az elkerülő magatartás egyidejűségében nyilvánul meg. (Kereső magatartás: vágyakozás az elhunyttal való együttlétre, pl. a halottal való belső párbeszéd, az álomban megjelenő halott valóságosnak érzékelése, az elhunyttra jellemző magatartásformák és életstílus részleges átvétele; elkerülő magatartás: az elhunyttól, vagy annak emlékétől való félelem, pl.: az elhunyttal kapcsolatos helyek illetve a temető látogatásának kerülése).

Testi tünetek: Elsősorban a gyász kezdeti időszakára jellemző az ún. szomatikus distressz állapota: néhány perctől akár egy óráig tartó időtartamú testi rosszulletek, amelyek a torokszorítás érzésével, fulladással és légszomjjal, gyakori sóhajtozással, a gyomor összeszűkültségének érzésével, az izomerő hiányával járnak, s ezekhez intenzív distressz, feszültség, pszichikai fájdalom társul. Ezt az állapotot általában az elhunyttra emlékeztető helyek és helyzetek váltják ki, így ezektől eleinte sok gyászoló igyekszik távol tartani magát. A gyász későbbi időszakában is felléphetnek a következő testi tünetek: mellkasi szorítás, palpitáció, szédülés, fejfájás, alvászavarok, zajérzékenység, gyengeség, energiátlanság, a libidó csökkenése vagy hiánya, izomfájdalmak, szájszárazság, étvágytalanság, puffadás, teltségérzés, émelygés, hasmenés vagy székrekedés, pseudoparkinsonos tünetek: kifejezési készség lelassulása, mimika csökkenése, mozgások lelassulása. Gyakori az elhunyt életének utolsó időszakára jellemző tünetek vélt vagy

valós megjelenése is. Rendkívül gyakori, hogy a gyászolók a testi tünetek miatt kérnek orvosi segítséget – amint erről a későbbiekben bővebben is szó lesz.

(A tudatosulás szakaszához felhasznált irodalom: Hézszer 1991, Kast 1995, Knight és Barthel 1993, Lindemann 1944, Parkes 1972, Ribár 1990, Tatelbaum 1998, Zisook 1995)

Átdolgozás

A veszteséggel való konfrontálódás erőteljes hatásait követően idővel megjelennek kisebb, de a gyász folyamatának előrehaladását jelző változások. A tolakodó emlékképek és gondolatok helyét egyre inkább a tudatos emlékezés veszi át. A fájdalmas emlékek mellett egyre több a szép emlék. Bár a gyászoló gondolatainak középpontjában még mindig az elhunyt áll, a tünetek intenzitása csökken, az elkerülő magatartás oldódik, a racionális elfogadás nő. A gyászolóban erősödik az az érzés, hogy ezt a helyzetet fel tudja dolgozni.

A tudatosulás és az átdolgozás időszaka általában hónapokig tart, egymástól és az ezt követő adaptációtól nem különülnek el élesen. (Felosztásunkban a gyázmunka folyamatának illusztrálására használjuk alkalmazásukat.) Ezek a hónapok hullámzó lefolyásúak: évfordulók (pl. az elhunyt névnapja, születésnapja), ünnepek (pl. a karácsony) újra felerősíthetik a már csökkent intenzitású tüneteket (Horowitz 1993, Worthington 1994).

Adaptáció

A „gyász feldolgozása” olyan szakkifejezés, amely félreérthető lehet a gyászolók számára: sokan azt hiszik, hogy ezáltal „el kell felejteniük” szerettüket. Ezek természetesen téves elképzelések: a veszteség feldolgozása valójában azt jelenti, hogy a gyászoló érzéseiben és emlékeiben az elhunyttal kapcsolatos múlt úgy él tovább, hogy emellett képes a megfelelő életvitelre. Mindez nem zárja ki az emlékezést, sőt, éppen az emlékek integrálását jelzi.

Azt, hogy a gyász feldolgozása megtörtént, számos jegy jelezheti. A gyászoló az elhunyra már nem mint külső (létező), hanem mint belső alakra (emlékképre) gondol. A gyászoló képessé válik arra, hogy a veszteséggel összefüggő új szerepeket adaptívan

betöltse. (A haláleset együtt jár a feladatok, szerepkörök megváltozásával is. A gyászolóknak bizonyos szerepköröket el kell sajátítani – pl. a háztartás ügyeinek önálló intézését, esetleg a gyermek egyedül nevelését, vagy az elhunyt házastárs beteg hozzátartozójáról való gondoskodást stb. Míg kezdetben a gyászolók apróbb feladatok elvégzésére is képtelennek érezhetik magukat, a gyász feldolgozottságának egyik jele, hogy képessé válnak új feladataikhoz alkalmazkodni.) Megszűnnek a gyásszal összefüggő testi tünetek. A gyászoló elveszített hozzátartozójáról már anélkül tud beszélni, hogy ez fájdalmat, kilátástalanságot ébresztene benne. Megszilárdul a self-integráció érzése: a gyászoló már tudja, hogy képes életének folytatására, céljainak megvalósítására. Gondolkodásában és magatartásában a kifelé fordulás, a jövőre irányultság dominál. Újra tud büntudat nélkül örülni az élet szépségeinek, anélkül, hogy ezt az elhunyt „elárulásának” tekintené. A korábbi szociális kapcsolatok megújulnak, s a gyászoló képessé válik arra, hogy – büntudat nélküli – új, örömteli kapcsolatokat is kialakítson (Kast 1995, Worthington 1994).

A gyász normál időtartamára nézve általános szabály nem állítható fel. A gyász rendkívül intenzív tünetei 1-3 hónapon belül ugyan általában mérséklődnek, az átdolgozás és az adaptáció fentebb ismertetett pszichés folyamatai azonban ennél jóval hosszabb ideig tarthatnak. Ritkán zárulhat le a gyász egy évnél rövidebb idő alatt, hiszen az első évben az egymást követő évfordulók (karácsony, házassági évforduló, az elhunyt névnapja, születésnapja, halálának napja) újra és újra felerősíthetik a gyász érzéseit. Bár egy év elteltével a gyász legtöbb tünete jelentősen enyhül, számos körülmény (pl. gyermek halála, öngyilkosság vagy gyilkosság miatti gyász stb.) akadályozhatja a gyász egy éven belüli feldolgozását. Mindezeket figyelembe véve a gyászt – időtartamától függetlenül – akkor tekinthetjük feldolgozottnak, ha az adaptációra jellemző jegyek együttesen fennállnak, vagyis ha a gyászoló az elhunyt emlékével együtt élve képessé válik életének adaptív folytatására.

A gyász átélésének folyamata azonban nem csak a korábbi élethez való visszatérést teheti lehetővé, hanem gyakran egyfajta fejlődési lehetőséget is magában rejt. Az átélt események megrengetik a gyászoló korábbi világképét, értékrendjét, illetve olyan kérdéseket vetnek fel, amelyekre magyarázatot próbál keresni. A gyászolók ugyanis elkerülhetetlenül szembesülnek az emberi lét legfontosabb kérdéseivel: mi történik

azzal, aki meghalt?; halálunk után vár-e ránk valamilyen ítélet?; hogyan kell helyesen élni?; mi értelme az életnek, ha egyszer mindnyájan meghalunk? A végső kérdésekkel való szembesülés változások egész sorát indíthatja el. Tedeschi és Calhoun (1996) ezt a folyamatot poszttraumás növekedésnek nevezték el, vizsgálatához pedig egy kérdőívet dolgoztak ki. A Poszttraumás Növekedés Kérdőív 21 tétele öt faktorba rendeződik:

- 1) az értékrendben bekövetkező változások,
- 2) szorosabb és nagyobb intimitással megélt kapcsolatok,
- 3) a személyes erő megnövekedésének érzete,
- 4) új lehetőségek vagy akár új életpálya felfedezése,
- 5) spirituális növekedés.

Nem minden gyászolónál figyelhető meg ezek a jelenségek, a többség azonban ezek valamelyikét megtapasztalhatja: családtag halála után például a gyászolók közel háromnegyedénél megfigyelhető a fentiek közül legalább egy változás, negyedüknél azonban poszttraumás növekedés nem tapasztalható (Updegraff 2005).

Az, hogy kinél vált ki a gyász poszttraumás növekedést, Calhoun és Tedeschi (2004) szerint összefüggésben áll a gyász által kiváltott distresszel. Amennyiben ennek szintje túlságosan alacsony, vagy túlságosan magas, akkor a gyász általában nem vezet növekedéshez. A legtöbb gyászoló azonban a két véglet között helyezkedik el, ezért a többség a poszttraumás növekedés valamilyen formáját megélheti. Ez egyaránt kimutatható volt pl. szüleiket elveszített fiatalok (Wolchik és mtsai 2008), koraszülött gyermeküket elveszített szülők (Büchi és mtsai 2007), bányarobbanás áldozatainak hozzátartozói (Davis és mtsai 2007), vagy akár gyilkosság miatt meghaltak hozzátartozói (Asaro 2001) körében.

A vizsgálatok során kimutatták, hogy a poszttraumás növekedés összefüggésbe hozható többek között az intraperszonális és az interperszonális coping mechanizmusokkal (Wolchik és mtsai 2008), a vallásossággal (Currier és mtsai 2012), a pozitív jelentőségtulajdonítás képességével (Ho és mtsai 2008), valamint a család és a mikroközösségek flexibilitásával (Walsh 2007).

A témakör szakirodalma az utóbbi időben gyorsan gyarapszik – jól jelzi ezt, hogy ma már a gyász és a poszttraumás növekedés kapcsolata önálló PhD dolgozatok

témaköre (pl. Marshall 2010, Walijarvi 2012). A poszttraumás növekedés szakirodalmát magyar nyelven Kulcsár Zsuzsanna (2005) kitűnő szakkönyve tekinti át.

3.1.2. Nemi különbségek a gyászban

Bár a normál gyász folyamatának fenti modellje leírja a legáltalánosabb jelenségeket, ezek a körülményektől függően kiegészülhetnek, vagy módosulhatnak. A gyász általános jegyeit jelentősen befolyásolhatja pl. az életkor, ezáltal specifikus reakciókkal jellemezhető pl. a gyermekek, a serdülők vagy az idősök gyásza. A haláleset jellege szintén fontos meghatározó tényező: a baleset, az öngyilkosság vagy a gyilkosság miatti halál speciális gyászreakciókat alapozhat meg. A specifikus gyászreakciókkal korábbi munkáimban (Pilling 2003/b, 2010) részletesen foglalkoztam, s mivel ezek nem tartoznak szorosan a jelen disszertáció témaköréhez, ezért itt csak utalok rájuk. A gyász jellegét jelentősen befolyásoló tényezők közül azonban ezen a helyen ki kell emelnem a férfi illetve a női nem befolyásoló szerepét, hiszen disszertációm egyik központi kérdése, hogy mennyiben különbözik a gyászoló férfiak és a nők testi és lelki állapota.

A nemi különbségek témaköre a nyolcvanas években került a gyásszal kapcsolatos kutatások fókuszába. A témakör jelentőségére Peppers és Knapp (1980) vizsgálata hívta fel a figyelmet. A szerzők szerint az anyák hasonlóképpen erős, azonos jegyekkel járó gyászreakciókat mutatnak a gyermek elvesztése esetén, függetlenül attól, hogy magzatot vagy kisgyermeket veszítettek el. Ezzel szemben a férfiak reakciói specifikusabbak voltak – a szerzők megítélése szerint azért, mert a férfiakban még nem alakul ki olyan erős kötődés a terhesség alatt a gyermekhez, mint az anyákban. Peppers és Knapp erre a jelenségre az inkongruens gyász fogalmának bevezetését ajánlotta. Ezeket az eredményeket azonban fenntartásokkal kell kezelni, mivel a szerzők alapvető módszertani hibát követtek el: csak az anyákat interjúvolták meg, tőlük kérdezték meg az apai reakciókat is. Valójában azonban nagy különbség van aközött, hogy valaki mit akar kifejezni a viselkedésével és ezt mások hogyan értelmezik.

A továbbiakban azonban egyre több, módszertanilag megalapozottabb cikk jelent meg ebben a témakörben, s ezek valóban számos nemi különbséget mutattak ki a férfiak és a nők gyásza között. Nyilvánvalóvá vált, hogy más és más érzések dominálnak a férfiak és a nők gyászában: míg a nők erősebben élik át a szomorúságot és a büntudatot, addig a

férfiaknál erőteljesebb a düh, a szorongás és a kontroll elvesztésétől való félelem (DeFrain 1991). Jelentősen eltér a gyászfeldolgozás módja is: míg a nők általában keresik az emberi kapcsolatok nyújtotta segítséget, s könnyebben beszélnek az érzéseikről, a férfiak inkább magányosan gyászolnak (Cook 1988). Ez természetesen összefügg a nemi szerepekkel: a férfiak általában úgy ítélik meg, hogy a gyász nehéz időszakában is erősnek kell lenniük, nekik kell oltalmazniuk a család többi tagját, ezért hajlamosak a veszteséget intellektualizálni, s a családon belül egyfajta menedzser szerepet felvállalni, figyelmüket elsősorban a tevékenységekre fordítani. Ez azonban családi konfliktusok forrása is lehet, mert feleségük mindezt hűvösségnek és érzelemmentességnek értékelheti (Stroebe és mtsai 2001). A férfiak a gyász időszakában kettős elvárás rendszerrel szembesülnek: egyrészt legyenek erősek, „mint egy férfi”, másrészt éljék át és mutassák ki az érzéseiket, „mint egy nő”. Ezért a nyolcvanas évek végére a szakirodalomban már az az álláspont körvonalazódott, hogy hasznosabb lenne elkülöníteni a „női gyász” és a „férfi gyász” fogalmát, kifejezve ezzel, hogy a férfiak kognitív, magányos, kontrollra és cselekvésre törekvő gyásza ugyanúgy természetes reakció, mint a nők érzelmi és szociális gyászfeldolgozása (Cook 1988).

Napjainkban azonban már a „férfi gyász” és a „női gyász” kifejezéseket a szakirodalom nem használja. A későbbiekben ugyanis többen is rámutattak arra, hogy ezek a magatartásminták nem általános érvényűek: természetesen esetenként férfiak is szeretnének beszélni a gyással kapcsolatos érzéseikről, és stigmatizálná őket, ha ezt mások „női gyász”-ként értelmeznék, csakúgy, mint ahogyan egy nő számára is bántó lenne, ha férfias jegynek minősítenék a veszteség okainak, értelmének megtalálására vonatkozó gondolatait. A gyász nemi különbségeit ezért ma már egy spektrum-modellel írják le: a spektrum egyik végén a „kognitív – magába zárkózó” a gyászfeldolgozás, a másik végén pedig az „érzelmi – társas” gyászfeldolgozási mód áll. Bár az előző nagyobb mértékben jellemző a férfiakra, utóbbi pedig a nőkre, ezeket a típusokat célravezetőbb egy spektrum két olyan végpontjának tekinteni, amelyek között a férfiak és a nők reakcióinak egyaránt változatos formái jelenhetnek meg (Stroebe és mtsai 2001).

3.1.3. A komplikált gyász

Pszichés folyamatoknál – s így a gyásznál is – a normalitás határainak definiálása nehéz feladat. A meghatározást nem csupán az nehezíti, hogy a gyász kifejezési formái, keretei eltérőek a különböző kultúrákban, hanem az is, hogy a veszteség által kiváltott reakciókat nagyon sok tényező határozhatja meg, ezért nehéz mindenkire érvényes leírást adni a gyászról.

Megszokott kiindulási alap, hogy a normalitást az átlagoshoz viszonyítjuk: azt tartjuk „normálisnak”, ami megszokott, elterjedt. Ugyanakkor viszont az is jól ismert, hogy az „átlagos” nem mindig azonos a „normálissal” (az például, hogy Magyarországon a legtöbb felnőttnek számos hiányzó vagy lukas foga is van, szokványos jelenség – mégsem mondhatjuk, hogy ez így helyes). A gyász terén napjainkban rendkívül elterjedt például az a magatartás, amikor a gyászoló elfojtja az érzéseit, igyekszik úgy élni tovább, mintha semmi sem történt volna. Számos tapasztalati és vizsgálati eredmény bizonyítja azonban, hogy ez a magatartás pszichés tünetek vagy pszichoszomatikus betegségek kialakulásához vezethet.

Ahhoz tehát, hogy a gyászreakciókat „normálisnak” tekinthessük, nem elegendő az, hogy a gyász kifejezési formái az adott kultúrában gyakoriak, elfogadottak legyenek, hanem az is szükséges feltétel, hogy ezek a reakciók ne álljanak a háttérben olyan megbetegedéseknek, amelyek miatt a gyászoló segítséget kér, vagy ellátásra szorulhat.

A „normálistól”, a szokványostól eltérő gyászreakciókat, a gyász feldolgozásában való megrekedést, vagy annak elmaradását a szakirodalomban napjainkban komplikált gyásznak nevezik. Ez a témakör azonban sok szakmai vita forrása. Már maga a kifejezés is sok alakváltozáson ment keresztül. Korábban a szokványostól eltérő gyászreakciókat a „patológiás”, „kóros”, „morbíd”, „abnormális”, „dysfunkcionális” stb. szavakkal jelölték. A komplikált gyász kifejezést Allen Wolfelt (1991) ajánlotta, mert ez a megjelölés nem stigmatizálja a gyászolót, és több reményt nyújt számára a feldolgozáshoz is.

Bár a kifejezés elfogadottá vált, jelentése mindmáig vitatott. Egyes szerzők a gyászreakció elmaradását, késlekedését vagy elhúzódását, mások intenzitásának szokatlan mélységét illetve a szokványostól eltérő pszichés vagy szomatikus tünetek megjelenését sorolják ide. Ennek következtében nincsenek pontos adatok a komplikált

gyász gyakoriságával kapcsolatban sem. Munkahipotézis felhasználásával gyakoriságát különböző csoportokban 10-25% közöttinek találták (Zisook 1995). Ezt az eredményt erősíti meg Kristjanson és mtsai (2006) áttekintő cikke is: a témakör szakirodalmának adatait összegezve a komplikált gyász gyakoriságát 10-20% közöttinek találták. Ez más szavakkal azt jelenti, hogy a gyászoló döntő többsége (80-90%-a) képes a veszteség feldolgozására, s csak kisebb (ám így is számottevő) esetben alakulnak ki komplikált reakciók.

Egységesebbek az álláspontok a komplikált gyászra hajlamosító tényezők megítélésében. Ezek a következők:

- váratlan veszteség,
- túlságosan erős kötődés a halotthoz (dependencia),
- ambivalens érzések az elhunyttal kapcsolatban,
- gyermek illetve fiatal halála,
- halmozott illetve feldolgozatlan korábbi veszteségek,
- a gyászolót ért gyermekkori traumák (abúzus vagy súlyos elhanyagolás)
- a gyásszal egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek,
- hiányos szociális kapcsolatok,
- a halál erőszakos úton következett be (pl. öngyilkosság vagy gyilkosság),
- a túlélő olyan baleset következtében veszít el valakit, amelynek okozója volt,
- rossz testi vagy lelki egészség,
- a gyászoló anamnézisében depresszió szerepel.

(Kristjanson és mtsai 2006, Knight 1993, Nunn 1988, Zisook 1995)

A komplikált gyász különböző típusait a szakirodalmi leírások szintéziseként a következő csoportosításban tekintjük át¹:

1. A gyász időtartamát tekintve: „krónikus gyász”
2. A gyász intenzitását tekintve: „bagatellizáció”, illetve „hipertrofikus gyász”

¹ A beosztás a különböző szakirodalmi leírások didaktikus összefoglalásának és rendszerezésének kísérlete. A gyakorlatban azonban a komplikált gyász különböző típusai kombinálódhatnak egymással.

Krónikus gyász

A gyász elhúzódásával jellemezhető gyászforma. Elsősorban dependens kapcsolatok következménye. (Ennek szélsőséges formája, ha például egy rokkant ember olyan hozzátartozóját veszíti el, aki egyúttal segítője, gondozója is volt. A mindennapokban azonban gyakoribb, hogy két ember között – főleg házasságokban – olyan kapcsolat alakul ki, amelyben az egyik fél erőteljesen domináns, a másik pedig alárendelt szerepet tölt be – ebben az esetben a domináns fél halála krónikus gyászra hajlamosíthat.) A gyász krónikussá válásának másik rizikófaktora a szociális támogatás hiánya vagy diszfunkcionalitása (a gyászoló érzéseit nem tudja megosztani barátaival, rokonaival, vagy azok nem tudnak kellő támogatást nyújtani).

A gyász krónikussá válása esetén a kezdeti, szokványos tünetek akár éveken át fennállhatnak: a gyászoló folyamatosan lehangolt, szorongó, céltalan, kilátástalannak érzi az életét, emberi kapcsolatai beszűkülnek – s mindez az idő előrehaladtával nem enyhül. Szembetűnő, hogy az elhunyt idealizálása éveken át fennmarad. (Ez a tendencia minden gyászban megtalálható, a gyász feldolgozásának során azonban a legtöbb gyászolóban reálisabb kép alakul ki. Krónikus gyász esetén a gyászoló még évek múlva is csak az elveszített hozzátartozó csodálatos tulajdonságairól beszél, amelyeket eltúloz, abszolutizál, az elhunyt tisztelete már-már kultikus jelleget ölt, bármi, ami árnyékot vethetne erre az idealizált képre, megdöbbenést, ellenkezést vagy haragot vált ki).

A krónikus gyász szélsőséges formája az ún. *mumifikáció*, amikor a fenti jegyek mellett a hozzátartozó az elhunytat bizonyos mértékig folyamatosan élőnek tekinti. Ilyenkor az elhunyt szobáját sohasem rendezi át, valamennyi használati tárgyát megőrzi, étkezéseknél teríthet neki, gyakran belső „párbeszédet” folytat vele, „kikéri a véleményét”, döntéseiben az elhunyt feltételezett véleményére hagyatkozik (Devan 1993, Hézser 1991, Ribár 1990, Zisook 1995).

Bagatellizáció

A gyász látszólagos hiányával jellemezhető reakció. Főleg akkor fordul elő, ha a gyászolót az elhunytához ambivalens kapcsolat fűzi. Kezdetben a hozzátartozó megkönnyebbülést érezhet, a szorongás és a lehangoltság hiányozhat. A gyászoló igyekszik úgy élni tovább, mintha semmi sem történt volna. Gyakori az aktivitás túlzott

fokozódása („most már az ő feladatait is nekem kell ellátnom”). A gyászoló hárítja a halottról való beszélgetést, legfeljebb arról beszél, hogy milyen erős volt, milyen jól dolgozta fel a veszteséget. A tagadás hátterében sokszor harag és büntudat áll. A későbbiekben gyakran pszichoszomatikus tünetek jelentkeznek, gyakori az alkoholizmus (Devan 1993, Kast 1995, Zisook 1995).

Hipertrofikus gyász

A túlzott mélységű, erőteljes gyászreakciót nevezik hipertrofikus gyásznak. Általában hirtelen bekövetkező halálesetnél (balesetnél, öngyilkosságnál, gyilkosságnál) vagy gyermek halála esetén fordul elő. A gyászreakciók eleinte szokatlanul erőteljesek lehetnek. A továbbiakban a gyászoló az erős érzések elnyomására törekedhet, így az előtérben sokszor csak a nagyfokú szorongás, szociális visszahúzódottság áll. A gyász lefolyása elhúzódó (Zisook 1995).

A különböző komplikált gyászreakciók egyfajta közös útja lehet a szomatikus betegségek vagy a pszichés zavarok kialakulása. Ezek a betegségek egyaránt jelentkezhetnek a meglévő gyászreakciók mellett, azonban az érzelmek elfojtottsága esetén akár gyászreakciók jelenléte nélkül is kialakulhatnak (Kristjanson és mtsai 2006). Mivel a gyászolók körében jelentkező testi és lelki zavarok disszertációm központi kérdését jelentik, ezzel a témakörrel a következő fejezetben részletesen foglalkozom.

A komplikált gyász egységes kritériumai

Több szerző már korán kísérletet tett arra, hogy összegyűjtsék azokat a jegyeket, amelyek felhívhatják a hozzátartozók vagy a szakemberek figyelmét a komplikált gyászra, s ezáltal a segítségnyújtás szükségességére. Klinikai szempontból figyelemfelkeltőek lehetnek az alábbi jegyek:

- a gyász, a fájdalom kifejezésének tartósan fennálló képtelensége illetve elhárítása,
- a halál tagadása, pl. az állandó kapcsolat fennállásának tartós érzése, a haláleset évfordulójának elfelejtése,
- a halálról, gyászról szóló beszélgetések túlzott és állandó elkerülése,

- a külső segítségtől való ingerült elfordulás,
- alkohol vagy más élvezeti szerek (cigaretta, kábítószer), vagy gyógyszerek (szorongásoldók, nyugtatók, altatók) mértéktelen használata,
- az örömforrások – pl. szerencsejátékok, szex stb. – eltúlzott mértékű (a mindennapi élet egyéb tevékenységeit tartósan háttérbe szorító) keresése és gyakorlása,
- az elhunyt tartós és szélsőséges idealizálása (csodálatos ember, akinek nem voltak hibái, akivel sohasem volt semmiféle nézeteltérés, semmilyen konfliktus),
- nagyfokú izoláció,
- hosszan tartó depresszió,
- apátia, a napi szükségletekről való gondoskodás hiánya,
- ismétlődő, tartósan fennálló öngyilkossági fantáziák,
- pszichoszomatikus vagy pszichiátriai betegségek,
- az elhunyt halálát okozó betegség tüneteinek diagnosztizálható megjelenése,
- erőteljes félelem a haláltól, balesetektől, utazástól, alvástól,
- elhúzódó, túlzott félelem a betegségektől,
- tartós valóságérzékelési zavarok: hallucináció, deperszonalizáció, derealizáció,
- tartós alvászavarok,
- túlzott és tartós aktivitás,
- hirtelen karakterváltozás,
- testileg: izomfeszültség (pl. merev nyak, feszült testtartás), maszkszerű, kifejezéstelen arc, a feszültség gyakori vagy folyamatos testi jelei (szájszárazság, fejfájás, emésztési zavarok, stb.) (Knight és Barthel 1993, Ribár 1990).

A kilencvenes évek közepétől egyre inkább előtérbe került az az igény, hogy a komplikált gyász fogalomköre, kritériumai egységesek legyenek, hiszen a klinikai gyakorlatban ez jelentősen elősegítené a komplikált gyász felismerését és megfelelő kezelését. Elsőként Horowitz és munkatársai (1997) tettek javaslatot a kritériumok egységesítésére (ld. 3. táblázat).

3. táblázat. A komplikált gyász diagnosztikai kritériumai Horowitz és munkatársai (1997) javaslata alapján

Kritériumok	Leírás
„A” kritérium: stresszor	Az egyén életében jelentős személy elvesztése
„B” kritérium: intrúzió (egyes gondolatok, érzések tolakodó jelenléte, ezek kontrollálhatatlansága)	1. A distressz jegyeinek megléte, intruzív képek, gondolatok, emlékek visszatérő álmok vagy éjszakai felriadások; a veszteséggel kapcsolatos érzések uralják a gondolkodást, s intenzitásuk nem csökken. 2. Illúziók vagy pszehodhallucinációk. Az elhunyt jelenlétének érzése uralja a gondolkodást, s ennek intenzitása nem csökken.
„C” kritérium: tagadás	1. A veszteséggel kapcsolatos gondolatoktól, a veszteségről történő beszélgetéstől illetve a veszteségre emlékeztető tevékenységektől való túlzott tartózkodás, vagy teljes elzárkózás 2. Az elhunyttal való kapcsolatban maradásra irányuló törekvés 6 hónapnál hosszabb időn keresztül: az elhunythoz tartozó valamennyi tárgyat megőrzi, és a helyén tartja
„D” kritérium: az adaptáció zavara	1. Képtelenség a munkához illetve a felelősséggel járó feladatokhoz való visszatérésre a veszteséget követő 1 hónapon túl 2. Az új kapcsolatok kialakítása gátolt 13 hónapon túl 3. A veszteséggel összefüggő kimerültség, excesszív (rendkívül nagyfokú) fáradtság tapasztalható 1 hónapon túl
A komplikált gyász diagnóisa abban az esetben állítható fel, ha az egyén megfelel az „A” kritériumnak és jellemző rá a B-D kritériumok legalább egyikének valamennyi feltétele. A diagnózis akkor is felállítható, ha a B-D kategóriákban felsorolt tünetek közül csak egy áll fenn, de az rendkívül kóros intenzitású.	

Prigerson és munkatársai (1995b) egy új kérdőívet dolgoztak ki a komplikált gyász vizsgálatára (Inventory of Complicated Grief). A továbbiakban meggyőzően igazolták a kérdőív specificitását, validitását, reliabilitását (Prigerson és mtsai 1996/a, b). Eredményeik alapján új javaslatokat fogalmaztak meg a komplikált gyász diagnózisához, amelyet konszenzus konferencián vitattak meg (Prigerson és Vanderwerker 2005). Az ennek eredményeként megszületett javaslatot a 4. táblázat mutatja be (Prigerson és Maciejewski 2005). A szerzők azt javasolták, hogy ezek a kritériumok legyenek a jövőben megjelenő DSM-V gyással kapcsolatos új kategóriájának, a „Komplikált gyász zavar”-nak a diagnosztikai feltételei.

4. táblázat. A komplikált gyász diagnosztikai kritériumai Prigerson és Maciejewski (2005) javaslata alapján

„A” kritérium: Hosszantartó és folyamatos sóvárgás az elhunyt után, vágyakozás a vele való együttlétre.
„B” kritérium: legalább négy tünet megléte az alábbiak közül (akár enyhébb formában, naponta többször, akár ritkábban, ám intenzíven) - nehézség a haláleset megtörténtének elfogadásával kapcsolatban - a másokban való bizalom megrendülése - erőteljes harag az elhunyttal kapcsolatban - annak az érzése, hogy nagyon nehéz továbblépni - érzelmi dermedtség, a másokkal kapcsolatos érzelmek beszűkülése - annak az érzése, hogy minden üres és értelmetlen az elhunyt nélkül - a jövő sötétnek, reménytelennek érzékelése - idegesség, feszültség
„C” kritérium: A fenti tünetek nagymértékű és tartós károsodást okoznak a szociális kapcsolatokban, a munkavégzésben, vagy egyéb fontos területeken.
„D” kritérium: a fenti tünetek legalább hat hónapja fennállnak
A komplikált gyász diagnózisa abban az esetben állítható fel, ha a fenti kritériumok egyaránt teljesülnek.

A komplikált gyász egységes kritériumairól szóló vita azonban ezzel nem ért véget: napjainkban is ez a szakirodalom egyik központi kérdése (jó áttekintést nyújt erről a témakörrel Shear és mtsai 2011-es tanulmánya). Az utóbbi évek szakmai vitái alapján a gyász kutatásának vezető szakemberei (Holly Prigerson, Mardi Horowitz, Selby Jacobs, Colin Parkes) munkatársaikkal közösen újabb, a korábbi javaslatokat egyesítő tervezetet dolgoztak ki (Prigerson és mtsai 2009). Tervezetüket az 5. táblázatban mutatjuk be.

5. táblázat. Az elhúzódó gyász zavar kritériumai Prigerson és mtsai (2009) javaslata alapján

Kategória	Meghatározás
„A”: Esemény	Gyász (egy jelentős személy elvesztése)
„B”: Szeparációs distressz	A gyászoló erőteljesen átéli az elhunyt hiányát (pl. sóvárog, vágyakozik az elhunyt után, szeretne újra együtt lenni vele, beteljesületlen vágyakozása testi és érzelmi tüneteket okoz), minden nap vagy olyan mértékben, ami a mindennapokban zavarokat okoz
„C”: kognitív, érzelmi és viselkedésbeli tünetek	A gyászoló az alábbiak közül legalább ötöt (vagy annál többet) tapasztal minden nap vagy olyan mértékben, ami a mindennapokban zavarokat okoz: 1. Bizonytalanság az életben betöltendő további szerepeivel kapcsolatban vagy saját csökkent-értékűségének az érzete (pl. az az érzés, hogy énjének egy része halt meg) 2. A veszteség elfogadásának nehézsége 3. Elkerülése mindazoknak, akik vagy amik a veszteség valóságára emlékeztetnek 4. Képtelenség a másokban való megbízásra a veszteség óta 5. Keserűség és harag a veszteséggel kapcsolatban 6. Az élet folytatásának nehézsége (pl. új kapcsolatok kialakításának nehézségei, a korábbi érdeklődési területek jelentőségének megváltozása) 7. Az érzelmek beszűkülése (vagy azok hiánya) a veszteség óta 8. Annak az érzése, hogy az élet beteljesületlen, üres és

	értelmetlen az elveszített személy nélkül 9. Döbbenet, kábultság, sokkírozódás a veszteség következtében
„D”: időbeliség	A diagnózis nem állítható fel addig, amíg legalább hat hónap el nem telt a haláleset óta
„E”: károsító hatás	A tünetek klinikailag fontos károsodást okoznak a szociális kapcsolatokban, a munkavégzésben vagy egyéb fontos területeken (pl. az otthoni feladatok elvégzésében)
„F”: egyéb mentális betegségektől való elkülönítés	A fenti tünetek nem magyarázhatóak jobban major depresszív zavarral, generalizált szorongással vagy poszttraumás stressz zavarral.

Prigerson és mtsai (2009) a fenti cikkükben a „Prolonged grief disorder” (elhúzódó gyász zavar) elnevezést javasolják meghonosítani a szakirodalomban korábban elterjedt „komplikált gyász” kifejezés helyett. Mivel azonban a „komplikált gyász” kifejezés a szakirodalomban 10-20-szor gyakoribb, mint az „elhúzódó gyász”, s a legtöbben továbbra is a „komplikált” kifejezést használják (Shear 2011), ezért a feldolgozatlan, tüneteket okozó gyászt jelen disszertációmban is „komplikált gyász”-nak nevezem.

3.2. Morbiditás és mortalitás a gyász időszakában

A gyász a veszteségre adott természetes reakció, ez az állapot nyilvánvalóan semmiképpen sem tekinthető patológiásnak. A gyász azonban megalapozhat, kiválthat kóros állapotokat, különböző testi vagy lelki betegségeket, sőt, akár a halálozások számát is növelheti. Az ezzel kapcsolatos tapasztalatok olyannyira régiek, hogy a gyász megbetegítő hatása még népdaloknak is témája (pl.: a Madárka, madárka kezdetű dalban az szerepel: „kinek bánatában, szíve fájdalmában meghasad a szíve”). Balladák, drámák visszatérő témája az, amikor valaki szerelmének halála miatt öngyilkos lesz (ilyen pl. a Kádár Kata – más helyeken Két kápolnavirág címen ismert – ballada, melyben Gyulai Márton öngyilkos lesz, amikor híret veszi Kádár Kata halálának). Magában a köznyelvben is könnyen fellelhetünk olyan megfogalmazásokat, amelyek a

gyász megbetegítő hatására utalnak, pl.: „belebetegszik a fájdalomba”, „elemészt magát” „utánahal fájdalmában”

Miközben a közvélemény tényként fogadja el a gyász megbetegítő vagy akár halált is okozó hatását, tudományos téren viták folytak és jelenleg is folynak arról, hogy van-e kimutatható hatása a gyásznak a megbetegedési és a halálozási arányokra, ha van, milyen mértékű ez a hatás, milyen betegségekre vonatkozik, kiknek a körében jelentkezik, s mennyi ideig tart a gyász hatása az egészségi állapotra.

3.2.1. Módszertani megfontolások

A gyászolók körében végzett vizsgálatok néhány módszertani nehézségét egy jól mérhető, objektív paraméter, a halálozási arány példáján mutatjuk be. Gyászolók körében szinte minden vizsgálat magasabb halálozási arányokat jelez, mint a kontrollcsoportokban. A mortalitás növekedésének mértékére vonatkozó adatok azonban a különböző vizsgálatokban jelentősen eltérhetnek egymástól. Az összehasonlíthatóság érdekében olyan vizsgálatok eredményeit vetjük össze, amelyek egyaránt özvegyek halálozási arányait viszonyították házasságban élők halálozásához. Közel 85.000 özvegy halálozásának okait vizsgálva finn kutatók arra az eredményre jutottak, hogy minden halálokot együttesen vizsgálva a házastársukat elveszítők halálozási aránya férfiak esetében átlagosan 21%-kal, nők esetében átlagosan 9%-kal magasabb a házasságban élőkhez képest (Martikainen és Valkonen 1996). Hasonló mintán, szintén finnek körében, közel 100.000 özvegy adatait elemezve azonban más kutatók azonban – nemi bontás nélkül – ennél alacsonyabb, 6,5%-os növekedést találtak (Kaprio és mtsai 1987). Egy amerikai vizsgálatban közel 50.000 özvegy adatainak elemzése alapján a halálozási arányok a különböző életkori csoportokban 5% és 48% közötti növekedést mutattak a házasságban élőkhez képest (Johnson és mtsai 2000).

Mi az oka annak, hogy az adatok ilyen jelentős mértékben különböznek? A magyarázat a vizsgálatok módszertanában és az adatok bontásában keresendő. Az idézett vizsgálatokban eltérő volt az özvegyek átlagos életkora, eltérő volt az utánkövetés időtartama, egyesek összesített adatokat közölnek, mások életkori csoportok szerinti bontásban közlik az eredményeket, néhol nemek szerinti bontásban adják meg az adatokat, máshol összesítve, s nem utolsó sorban: a szerzők eredményeiket eltérő tényezőkre

kontrolláltak. A gyászolók halálozási arányaira vonatkozó adatok értékelése tehát óvatosságra int: a vizsgálati eredmények egybevetése jól jelezhet tendenciákat – önmagában azonban egy-egy adat nem feltétlenül jelez pontos, s mások által is alátámasztott eredményt. Az egyedi vizsgálatoknál így pontosabb képet nyújtanak a meta-analízisek. Egy friss, 2012 májusában publikált meta-analízisben (Shor és mtsai 2012) a szerzők 123, a gyászolók mortalitásával kapcsolatos tanulmány adatait elemezve a férfiak körében a halálozás 1,27-szeres, míg nőknél 1,15-szörös növekedését találták a házastársukat elveszítők körében.

Tovább árnyalja a képet, hogy nem beszélhetünk általában „a gyászolók megbetegedési arányáról”, vagy „a gyászolók halálozási arányáról”, hiszen jogosan feltételezhetjük, hogy eltérő adatokat kapunk a különböző életkori csoportokban, mások lehetnek az eredmények férfiaknál és nőknél, természetesen jelentős hatása van ezekre az adatokra a veszteség óta eltelt időnek, más adatokat kaphatunk pl. szüleiket, házastársukat vagy éppen gyermeküket elveszítettek körében, eltérőek lesznek az eredmények, ha különválasztjuk az erőszakos halállal meghaltak hozzátartozóit azoktól, akiknek természetes halállal halt meg a szerettük stb. A kérdéskör összetettsége miatt szeretnénk tehát hangsúlyozni, hogy a gyászolók megbetegedési és halálozási adataival kapcsolatos vizsgálatok eredményei csak meghatározott alcsoportokra érvényesek.

3.2.2. A megbetegedési arányok változásaival kapcsolatos vizsgálatok

Több módszer is alkalmas lehet annak a vizsgálatára, hogy változnak-e gyászolók körében a megbetegedési arányok. A lehetőségek egyike: megvizsgálni, hogy hogyan változik *az orvoshoz fordulás aránya és a felírt receptek száma*.

Történetileg az első ilyen vizsgálatot a gyász lélektanának neves kutatója, Parkes végezte, 1964-ben. 44 özvegy nő adatait dolgozta fel a veszteséget megelőző és az azt követő 18 hónapos időtartamban. Megállapította, hogy a 65 évnél fiatalabbak körében a pszichiátriai problémák (szorongás, depresszió, álmatlanság, fáradtság, gyengeség stb.) miatti vizitek száma a halálesetet követően a háromszorosára nőtt, a felírt nyugtatók száma hétszeresére növekedett. A 65 évnél idősebbek körében ezeken a területeken nem tapasztalt változást. Ezzel ellentétben az idősebbek körében szignifikánsan nőtt a szomatikus problémák miatti orvosi vizitek száma, ami nem változott a fiatalabbak

körében. Parkes nem tapasztalt növekedést a pszichoszomatikus betegségek (migrén, asztma, spasztikus bronchitis, colitis ulcerosa, spasztikus colon, urticaria, alopecia és reumatoid arthritis) gyakoriságában (Parkes 1964).

Parkes vizsgálati módszertanát később több más vizsgálatban is használták. Charlton és munkatársai (2001) pl. egy háziiorvosi praxisban 100 özvegy adatait dolgozták fel a veszteséget megelőző és az azt követő egy éves időtartamban. Eredményeik szerint a halálesetet követően növekedett az orvoshoz fordulás gyakorisága (5,99-ről 7,66-ra), valamint a testi betegségek miatt felírt receptek átlagos száma (8,54-ről 9,15-re), és a pszichés problémák miatt felírt receptek száma is (0,76-ról 1,34-re).

Tendenciájában hasonló, az eredményeket tekintve azonban nagyobb mértékű változásokat jelez egy hazai vizsgálat. Fleischer Alexandra egy budapesti háziiorvosi körzetben 31, házastársát elveszített gyászoló adatait hasonlította össze illesztett kontrollcsoport adataival. Vizsgálata a házastárs halála előtti és az azt követő 2 évre vonatkozott. Eredményei szerint a gyászolók körében az orvoshoz fordulás aránya a vizsgált időszakban 2,55-szörösére nőtt (a kontrollcsoportnál a növekedés csak 1,19-szeres volt), a felírt receptek száma 4,8-szorosára nőtt (a kontrollcsoportban ugyanezen időszakban a növekedés 1,1-szeres volt), a szakrendelésre beutaltak száma a gyászolók között 3,25-szörösére nőtt (a kontrollcsoportban 1,07-szeres volt a növekedés). Bár a halálozásokat tekintve az elemszám kicsiny, statisztikailag nem értékelhető, mindemellett figyelemreméltó, hogy a vizsgálat időtartama alatt a gyászolók körében hárman haltak meg (egyikük szívinfarktus, másikuk öngyilkosság miatt, egy egyedül maradt özvegyasszonyt pedig meggyilkoltak), miközben a kontrollcsoportban csak egy haláleset történt (szívbetegség miatt) (Fleischer 2004).

Az orvoshoz fordulás arányait és a felírt receptek számát mérő vizsgálatoknak azonban több hátránya is van. Egyrészt: az orvosok hajlamosak lehetnek természetes reakcióként kezelni a gyászolók bizonyos problémáit, ezért nem kezelik azokat, a felírt receptek száma így nem nyújt valós képet a gyászolók betegségeiről. Clayton és Halikas például 109 özvegy vizsgálatára alapján megállapították, hogy a felírt receptek számában nem volt különbség az enyhén és a súlyosabban depressziós betegek között (Clayton és Halikas 1972). Az orvosi rendelések adatain alapuló vizsgálatok másik hátránya, hogy

nem nyújtanak információkat azokról, akik nem fordulnak orvoshoz. Jól jelzi ezt Maddison és Viola (1968) vizsgálata. A szerzők két ország egy-egy nagyvárosában (Sydney-ben és Boston-ban) ugyanazon módszerrel végeztek vizsgálatot. Míg Ausztráliában az özvegyek 32%-ánál tapasztaltak jelentős romlást az egészségügyi állapotban, addig Bostonban csak 21%-nál. A szignifikáns különbség magyarázata a szerzők szerint az egészségügyi rendszer igénybevételének különbségeiben keresendő.

A vizsgálatok másik csoportjában *az egyes betegségek miatt kezelés alatt állók előzetes életeseményeit* elemezték. Paykel és munkatársai (1969) 220 depressziós pácienszt vizsgáltak meg. A vizsgálatból kizárták azokat, akiknél a depresszió nem elsődleges diagnózis volt. Az így maradt 185 depressziós beteghez kontrollcsoportot rendeltek életkor, nem, rassz, családi állapot és szociális státusz alapján. A depressziós betegek közül 16 számolt be a vizsgálatot megelőző fél éven belül egy közeli hozzátartozó haláláról, míg a kontroll csoportból csak négy.

A harmadik – és leggyakrabban alkalmazott – vizsgálati lehetőség: *egyebek megbetegedések arányainak összehasonlítása gyászolók és nem gyászolók körében*. Ezen a területen az egyik leggyakrabban vizsgált betegség a depresszió. A lakosság körében a klinikai szintű depresszió gyakorisága egy WHO keretek között végzett, multicentrikus vizsgálat szerint 7.1-12.5% (Maier és mtsai 1999). Hasonló eredményre vezetett egy Európa több országában lefolytatott vizsgálat, amely 7.6%-14.9%-os pont prevalencia értékeket mutatott (Angst és mtsai 2002). Gyászolók körében a depresszió aránya ennél jóval magasabb. Zisook és mtsai (1987a) két hónappal a haláleset után DSM-III-R szerint diagnosztizálva, Prigerson és munkatársai (1995a) 3-6 hónappal a haláleset után Hamilton skálával diagnosztizálva özvegyeknél egyaránt 28%-osnak találták a depresszió gyakoriságát. A major depresszió a gyász kezdeti szakaszában gyakoribb, az idő előrehaladtával aránya csökken, de még 2 év elteltével is magasabb, mint a nem gyászolók körében. Több vizsgálat eredményeit összegezve Zisook és munkatársai (1994) megállapították, hogy a halálesetet követő 1 hónapon belül az özvegyek 29-58%-a, 2 hónappal a haláleset után 24-30%-a, a negyedik hónapban 25%-a, egy év elteltével 16%-a, de még két év elteltével is 14-16%-a diagnosztizálható depressziósnak.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy a depresszió nem azonos a gyász miatti szomorúsággal, lehangoltsággal. Kétségtelen, hogy a két állapot sok szempontból hasonló tünetekkel jár, a gyász pedig (amint a fenti eredmények is jelzik) kiválthat depressziós epizódot. A különbségtétel azonban igen fontos, hiszen a gyász egy természetes reakció, amely szakmai beavatkozást önmagában nem igényel, a depresszió azonban az öngyilkosság súlyos veszélyével járó, szakmai segítséget is igénylő pszichés zavar (Jacobs és mtsai 1987, Pasternak és mtsai 1991, Stroebe és mtsai 2007). Amint arra Kessing és mtsai 2009-es vizsgálata is rámutat, a gyász által kiváltott depresszió nem különbözik az egyéb okokból kialakult depressziótól, vagyis a már kialakult depresszió ugyanazon veszélyekkel jár gyászolóknál és nem gyászolóknál egyaránt.

Magának a gyásznak és a depresszióknak az elkülönítéséhez Kaplan (1990) és Viedermann (1995) tanulmányai hasznos szempontokat nyújtanak. Összefoglalóan kiemelhetők a következő különbségek:

- a szövődménymentes gyász nem zárja ki az örömeire való képességet, míg a depresszió karakterisztikus tünete az anhedónia,
- a gyász nem jár együtt az önértékelés általános csökkenésével, a depresszió azonban igen,
- míg gyászban az önvádolás csak az elhunyttal kapcsolatos, addig depresszióban ez a gondolkodás egészét átható, általános értéktelenség tudattal járó érzés,
- depressziósok önvádolása inkább a meg nem tett dolgokra irányul, míg a depressziósoké gyakrabban az elkövetettekre,
- a normál gyással járó fájdalmas érzések, gondolatok befolyásolhatóak, míg depresszióban a büntudat és az önvádolás nehezen befolyásolható, akár doxasma jelleget is ölthet,
- a gyászoló szuicid gondolatai passzívak, a szuicid ideák ritkák, de normál gyászban még ezek megléte esetén is erősek a gyászolóban az érzelmi és kognitív gátak,
- a tünetek a gyász esetében hullámzóan csökkennek, míg depresszióban gyakran lineárisan mélyülnek,
- a gyászoló sokszor maguk is érzik, hogy állapotuk idővel javulni fog, míg a depressziós betegek végeláthatatlannak érzik a tüneteiket,

- a családtagok, ismerősök részéről a gyászreakciók együttérzést váltanak ki, a depressziós beteg környezetében élők azonban az idő múlásával esetenként egyre inkább értetlenül, vagy ingerülten reagálhatnak,
- antidepresszívumoknak a súlyos depresszió kezelésében lehet szerepe, a gyász tüneteinek csillapításában azonban nem elég hatékonyak (Kaplan 1990, Viedermann 1995).

A mindennapi orvosi gyakorlatban sajnos a gyászolók szomorúságát gyakran antidepresszívumokkal igyekeznek enyhíteni az orvosaik, ezért külön szeretnénk hangsúlyozni a fenti megállapítások közül azt, hogy az antidepresszívumok használatát a gyász önmagában nem indokolja.

A depresszió mellett nő a szorongásos megbetegedések aránya is. Jacobs és munkatársai (1990) strukturált klinikai interjú keretében DSM III alapján diagnosztizálva megállapították, hogy gyászolók körében a veszteséget követő fél éven belül 25%-os, egy éven belül pedig 44%-os azok aránya, akiknél legalább egy szorongásos betegség diagnosztizálható. A generalizált szorongás és a pánikbetegség szignifikánsan gyakoribb volt gyászolók körében, mint az átlagpopulációban.

A szorongás és a depresszió hozzájárulhat olyan testi tünetek megjelenéséhez, amelyeknek a hátterében a vizsgálatok szomatikus okokat nem mutatnak ki. Ezek a tünetek a veszteséggel kapcsolatos pszichoszomatikus reakciókként értelmezhetőek. A tömegesen jelentkező, vagy hosszabb időn át huzamosan fennálló funkcionális tünetek azonban klinikailag jelentős szenvedést, valamint a szociális, munkahelyi funkciók romlását okozhatják – ez esetben már szomatoform zavar diagnózisa állítható fel. A szomatoform zavarok gyakoriságának növekedését a gyászolók számos csoportjában igazolták már, többek között özvegyeknél (Beem és mtsai 2000), gyermeküket elveszített szülőknél (Schwab 1996), hozzátartozójukat természeti katasztrófa miatt elveszítetteknél (Cowan és Murphy 1985) és daganat miatt meghaltak hozzátartozóinak körében is (Elklit és mtsai 2010).

A veszteség pszichés hatásai, a depresszió, a szorongás egyaránt szerepet játszhatnak az alkoholfogyasztás növekedésében is. Közismert, hogy súlyos élethelyzetek (pl. válás, munkahely elvesztése, stb.) kapcsán sokan alkohollal igyekeznek oldani a feszültségeiket (Dawson és mtsai 2005). Gyászolók körében többen

is kimutatták az alkoholfogyasztás mennyiségének és gyakoriságának, valamint az alkoholdependencia előfordulásának növekedését (Blankfield 1989, Byrne és mtsai 1999, Joseph és mtsai 1993, Perreira és Sloan 2001).

A pszichés zavarokhoz hasonlóan több vizsgálat igazolta a gyász időszakában a szomatikus betegségek gyakoriságának növekedését is. A gyász időszakában a különböző testi tünetek (pl. fejfájás, mellkasi fájdalom, nehézlégzés, szédülés, székrekedés) rendkívül gyakoriak (Stroebe és mtsai 2007) – amint arról fentebb már beszámoltunk, a mindennapokban számos gyászoló éppen a testi tünetek miatt fordul orvoshoz. Egy klasszikus vizsgálat (Maddison és Viola 1968) eredményei azt mutatták, hogy kontrollcsoporthoz képest a vizsgált 57 tünet közül 33 szignifikánsan gyakoribb volt a gyászolók körében (ezek közé tartozott pl. a fejfájás, szédülés, ájulásérzés, mellkasi fájdalom, bőr irritáció, extrém izzadás, nyelési problémák, emésztési zavarok). Nem sokkal később a Parkes és Brown (1972) már nemi különbségeket is feltárt. Bár az özvegyasszonyok több testi tünetet jeleztek, mint az özvegy férfiak, a kontrollcsoporthoz képest csak a gyászoló férfiak körében voltak szignifikánsan gyakoribbak a tünetek. Bradbeer és munkatársai (2003) a fájdalom gyakoriságát vizsgálták idősök (65 év felettiek) körében, s megállapították, hogy az özvegyek körében háromszor gyakoribb a testi fájdalomról beszámoló aránya. Prigerson és munkatársai (1997) vizsgálata szerint a traumatikus gyász jegyeit mutató özvegyek körében 13 hónappal a haláleset után 1.11-szeres a magas vérnyomás rizikója, 16.7-szeres a dohányzási szokások megváltozásának kockázata, hétszeres az étkezéssel kapcsolatos problémák rizikója, de még 25 hónappal a halálesetet követően is emelkedett, 1.15-szörös a szívproblémák gyakoriságának növekedése és 1.25-szörös az alkoholproblémák rizikója.

A gyászolók szomatikus állapotát közvetve jelezhetik azonban a halálozási arányok változásai is. Mivel ez a mérőszám objektív, számos vizsgálat a halálozási arányok változásainak nyomon követésére irányult.

3.2.3. Halálozási arányok gyászolók körében

Halálokok szerint

Amint azt a fentiekben már jeleztük, gyászolók körében számos vizsgálat talált növekedést a halálozási arányokban – bár ennek mértéke alcsoportonként különböző volt. Több vizsgálat is irányult annak a feltérképezésére, hogy milyen okok állnak a növekvő mortalitási adatok hátterében. Martikainen és Valkonen (1996) eredményei szerint az özvegyek halálozási arányának növekedéséért elsősorban az öngyilkosság, a balesetek és az alkohollal kapcsolatos halálozások felelősek (50-150%-os növekedés), jelentősnek nevezhető a krónikus ischémias szívbetegségek és tüdőrák miatti halálozás növekedése (20-35%-os növekedés), ezeknél kisebb mértékű az egyéb okokból bekövetkező halálozások számának növekedése (5-15%-os növekedés). 5 éves időtávra vonatkozó adataik szerint például az öngyilkosság miatti halálozás özvegy férfiak körében 2,31-szer, nők körében 1,74-szer gyakoribb, mint a házasságban élők esetében. Ennél csak az alkohollal kapcsolatos halálozások arányának növekedése nagyobb: férfiaknál 2,40-szeresére, nőknél 2,22-szeresére nő a gyakoriság. A közlekedési balesetek arányának növekedése 1,45 illetve 1,31-szeres. A tüdőrák miatti mortalitás növekedése gyakorlatilag egyforma a két nemnél: 1,24 illetve 1,21. Az akut miokardiális infarktus gyakorisága 1,11 illetve 1,06-szorására nő.

A szakirodalomban természetesen ezektől eltérő adatokkal is találkozhatunk. Ez azonban érthető, hiszen – mint arról már fentebb is írtunk – az egyes betegségekre vonatkoztatott halálozási arány nyilvánvalóan függ a veszteség óta eltelt időtől, a gyászoló életkorától stb. Ennek megfelelően magában a fentebb idézett tanulmányban is találhatunk eltérő adatokat, hiszen a szerzők adatai szerint például az öngyilkossági arány növekedése fél éven belül férfiaknál és nőknél egyaránt közel négyszeres, az alkohollal összefüggő halálozás növekedése a középkorúak (45-64 évesek) körében háromszoros stb. (Martikainen és Valkonen 1996). A kérdéskör összetettsége teszi érthetővé (az esetleges módszertani eltérések vagy hibák mellett) az adatok különbözőségeit.

Az öngyilkossági arányok növekedését pl. Li (1995) – 12 éves utánkövetéses vizsgálatban, 60 évnél idősebbek férfiak körében – 3,3-szorosnak találta, miközben ő nők körében ilyen időtávon már nem tudta kimutatni az öngyilkossági arány növekedését. (A

65-74 éves korcsoportban Martikainen és Valkonen is hasonló arányokat talált: a férfiak öngyilkossági aránya kétszeresére nőtt, a nőké nem növekedett).

Jól összehasonlíthatóak azonban pl. Martikainen és Valkonen (1996) valamint Kaprio és mtsai (1987) adatai, mivel mindkét vizsgálat özvegyek körében, s egyaránt 5 éves utánkövetés alapján történt. Mindkét vizsgálat az erőszakos halálesetek (balesetek, öngyilkosság) nagyfokú, s a természetes halálokok kisebb mértékű növekedését mutatja. Az adatok helyenként szinte azonosak (pl. a violens halálokok miatti növekedés Kaprio szerint 193%-os, Martikainen szerint ezen a téren a relatív rizikó növekedés 1,94-szeres stb.), néhol eltérnek, bár tendenciájuk ekkor is azonos (Kaprio adatai szerint a közlekedési balesetek aránya 253%-al nő, Martikainen szerint a növekedés „csak” 1,45-szörös rizikójú). Az alkohollal kapcsolatos halálozások rizikójának növekedése Martikainen szerint férfiaknál 2,40-szeres, nőknél 2,22-szeres. Kaprio nem vizsgálta az alkohollal összefüggő halálozást, más tanulmányok azonban alátámasztják Martikainen eredményeit: Johnson és mtsai (2000) szerint a májcirrózisban meghalt özvegyek aránya 45-64 éves férfiaknál háromszoros, nőknél kétszeres a házasságban élőkhez képest.

A daganatos betegségek mértéke Martikainen és Valkonen adatai szerint férfiaknál 1,16-szorosára, nőknél 1,06-szorosára nő. Kaprio és mtsai adatai szerint a daganatos betegségek gyakorisága csupán 3%-kal nő. Legnagyobb mértékben Martikainen szerint a tüdőrák rizikója növekszik: férfiaknál 1,24-szeresére, nőknél 1,21-szeresére. Kaprio nem vizsgálta az egyes daganattípusok gyakoriságát.

Azt, hogy mennyire fontos a statisztikai adatok „mélyére nézni”, jól mutatja a szívinfarktus példája. Miközben a közhiedelem szerint a gyászolóknak a fájdalomtól gyakran „meghasadhat a szívük”, a statisztikai adatok látszólag csak kis mértékű növekedést mutatnak a szívinfarktusok számában. Martikainen és Valkonen (1996) szerint pl. férfiak körében a relatív rizikó 1,11-szeres, míg nőknél „csak” 1,06-szoros. Ez az adat azonban 5 éves időtávra vonatkozik. Ilyen távon Kaprio és mtsai (1987) szerint is csupán 2,6%-kal nő a kardiovaszkuláris betegségek aránya. Ha azonban lebontjuk az adatokat a veszteség óta eltelt idő szerint, kiderül, hogy az első héten a szívinfarktusok mértékének növekedése a 65 év alatti férfiaknál 216%-os, nőknél pedig 457%-os (!). (Megjegyzendő azonban, hogy a kis elemszám miatt ezek az adatok fenntartással kezelendők.) Az első hetet szívinfarktus nélkül túlélők között azonban már az első hónap végére lecsökken az infarktus

aránya, olyannyira, hogy férfiaknál ez az arány még kevesebb is, mint a házások körében, s nők között sem sokkal haladja azt meg. 5 évvel a veszteség után ugyanez az arány: 143% a férfiaknál és 109% a nőknél.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a gyászolók megnövekvő halálozási arányaiért leginkább az erőszakos halálozások (az öngyilkosságok és a balesetek) számának növekedése, valamint az alkoholos eredetű halálozások, az akut és krónikus szívbetegségek, valamint a tüdődaganatok számának növekedése felelős.

A veszteség óta eltelt idő alapján

A fenti példák nyilvánvalóvá teszik, hogy a mortalitási adatok kizárólag a veszteség óta eltelt idő függvényében ítéltetők meg. A közvélekedés úgy tartja, hogy minél erőteljesebb a lelki fájdalom, minél közelebb van valaki a halálozást időpontjához, annál nagyobb a veszélye annak, hogy belebetegszik vagy belehal a gyászba, az idő viszont begyógyítja a sebeket. Néhány vizsgálat igazolni látszik ezeket a feltételezéseket.

Mint fentebb láttuk, kimagaslóan nagy a halálozási arány a veszteséget követő első héten. Az infarktushoz hasonlóan drámai mértékben nő az öngyilkosság veszélye is: házásokhoz képest özvegyeknél a házastárs halálát követő első héten közel 55-szörös (nőknél) illetve közel 80-szoros (férfiaknál) az öngyilkosság miatti halál veszélye! Az első hónap végére az öngyilkossági veszély 2-2,5-szeresére csökken. Főleg a szívinfarktus és az öngyilkosság magas gyakorisága az oka annak, hogy az özvegység első öt évében meghaló férfiak 44%-a, a nők 49,2%-a az első héten hal meg (Kaprio és mtsai 1987)!

Érthető módon tehát azok a vizsgálatok, amelyek nagyobb, de az első hetet is magában foglaló időtávot vizsgálnak, szintén magas mortalitási arányokat jeleznek. Mendes és mtsai (1993) szerint pl. a mortalitás – általános – növekedése az első hat hónapban közel négyszeres. Bár a továbbiakban a halálozási arányok jelentősen csökkennek, de továbbra is magasak maradnak. A 7-12. hónapban a mortalitás özvegyek körében nőknél 1,9-szerese, férfiaknál 2,12-szerese a kontrollcsoportoknak (Schaefer és mtsai 1995). A halálozási arány növekedése tehát az első évben különösen jelentős, de még a második évben (Schaefer és mtsai 1995), sőt az azt követő években is meghaladhatja a nem gyászolók halálozási arányát. MacMahon és Pugh (1965) vizsgálata

szerint például az öngyilkosság esélye a hozzátartozó elvesztése utáni első évben volt a legmagasabb, ezt követően 4 év alatt csökkent vissza a kontroll csoport szintjére. A természetes halálokok miatti halálozás Kaprio és mtsai (1987) szerint 5 év elteltével férfiak és nők között egyaránt 113%-os. Gyakorlatilag azonos ezzel Martikainen és Valkonen (1996) eredménye, mely szerint 6 hónap – 5 év között a természetes eredetű halálozások rizikója gyászolóknál 1,16-szorosa a házások rizikójának.

A legnagyobb rizikó tehát az első hétre jellemző, de a mortalitási arányok magasak maradnak az első éven belül is. Johnson (2000) eredményei szerint özvegyek körében a veszteséget követő első évben a daganatos betegségek kivételével minden vizsgált (természetes és természetellenes) halálozás (kardiovaszkuláris betegségek, májcirrózis, öngyilkosság, baleset) aránya nagyobb, mint egy évet követően. Martikainen és Valkonen (1996) a hat hónapon belüli és a hat hónap – 5 év közötti halálozást hasonlította össze, s nagyobb mértékűnek találta a kezdeti időszak mortalitási adatait.

Összegezve a fentieket: a veszteséget követően a halálozási arányok az első napokban kimagaslóan nagyok. Az első év során a halálozási arányok a legtöbb területen magasak, ezt követően csökkennek, de bizonyos területeken a gyászolók mortalitása még évekkel a veszteséget követően is magasabb lehet, mint a nem gyászolóké. Úgy tűnik, érdemes elkülönítenünk a gyász „akut” és „krónikus” időszakát. Míg a kezdeti időszakban a szívinfarktus, az öngyilkosság és a balesetek veszélye a legnagyobb, a későbbiekben előtérbe kerülnek a krónikus szív- és érrendszeri betegségek és a daganatok.

Életkor szerint

A legtöbb vizsgálat eredményei szerint a fiatalabbak mortalitási arányainak növekedése nagyobb mértékű, mint az idősebbeké. Martikainen és Valkonen (1996) három korosztályt vizsgáltak: 35-64, 65-74 és 75-84 éveseket. A mortalitási arányok növekedése az első csoportban, a középkorú férfiaknál 1,66-szoros, nőknél 1,25-szeres, a második csoportban (a „fiatal idősök” körében) férfiaknál 1,22-szeres, nőknél 1,10-szeres, míg a harmadik csoportban (az „idős idősök” között) férfiaknál 1,08-szoros, nőknél pedig nem volt kimutatható növekedés. Ezen vizsgálat szerint tehát leginkább a középkorú férfiak veszélyeztetettek, hiszen mortalitási arányaik közel 70%-kal nőnek. Martikainen és Valkonen adatai szerint az egyes halálokok vonatkozásában is a

középkorúak halálozási arányai a legnagyobbak. Li és mtsai (2002) adatai szerint a gyermeküket elveszített szülők körében az első infarktus és a halálos infarktus is gyakoribb 40 év alatt, mint e fölött.

Az eredmények tehát a fiatalabbak nagyobb mértékű veszélyeztetettségét mutatják.

Nemi különbségek a halálozási arányokban

Bár vannak vizsgálatok, amelyekben nem találtak szignifikáns nemi különbségeket (pl. Johnson és mtsai 2000), a vizsgálatok általában azt jelzik, hogy a férfiak halálozási arányai magasabbak, mint a nőké. Martikainen és Valkonen (1996) vizsgálatában az összhálaezés szempontjából és az egyes halálokok szerint is minden kategóriában magasabb volt a férfiak mortalitása (bár a különbségek nem minden halálokok esetében szignifikánsak). Hasonlóak Kaprio és mtsai (1987) eredményei is: bár az első héten a nők körében a halálozási arány kis mértékben még magasabb, mint a férfiaknál, ezt követően az első hónaptól az ötödik évig mindvégig a férfiak halálozási arányai magasabbak.

Összegezve a fenti részeket megállapíthatjuk, hogy a mortalitás növekedése szempontjából leginkább a fiatalabbak és a férfiak veszélyeztetettek; a rizikó mértéke legnagyobb közvetlenül a halálokozás után, de a hatások – csökkenő mértékben – még éveken át kimutathatók; a kezdeti időszakban a violens halálokok (öngyilkosság, balesetek) és a szívinfarktus aránya nő meg, a későbbi években a természetes halálokok (alkohollal összefüggő halálokozás, daganatok) kerülnek előtérbe.

3.2.4. Milyen tényezőkön keresztül hat a gyász a morbiditásra és a mortalitásra?

A nagyobb morbiditási és mortalitási arányok magyarázatára több elmélet is született. Mivel a legtöbb vizsgálat özvegyek körében történt, ezért több magyarázat is az özvegyek magasabb mortalitási arányait igyekszik értelmezni.

Egyesek szerint az özvegyek nagyobb halálozási aránya a házassági szelekcióval magyarázható. Ennek az elméletnek a lényege, hogy a jobb egészségi állapotú emberek hasonlóan jó fizikumúakkal házasodnak, míg a rosszabb egészségi állapotúak maguk is

gyengébb egészségi állapotúval házasodnak. Ennek következtében azon házastársak körében, ahol magasabb a halálozási arány, értelemszerűen nagyobb lesz a gyászoló házastárs halálozási aránya is (Helsing és mtsai 1982).

Nyilvánvaló azonban, hogy ez az elmélet önmagában nem elegendő a nagyobb megbetegedési és halálozási arányok magyarázatára. A szelekciós elmélet magyarázatot adhat ugyan a természetes eredetű halálozások okainak egy részére, eközben azonban nem (vagy csak áttételesen) értelmezhetőek ezen az úton az erőszakos halálesetek pl. a közlekedési balesetek vagy az öngyilkosságok számának növekedései. Ennél is lényegesebb érv azonban a szelekciós elmélet kizárólagos magyarázó szerepe ellen, hogy számos vizsgálat igazolta a gyászolók nagyobb morbiditását és mortalitását más veszteségtípusok esetében, tehát ezek az arányok nem csak az özvegyek körében nőnek.

Vannak azonban olyan – eredetileg szintén özvegyekre vonatkoztatott – elméletek, amelyek általánosítható megfigyeléseket tartalmaznak. Többben például az özvegyek rosszabb egészségügyi mutatóit a házastárs halála által okozott *érzelmi stressz*nek tulajdonítják. Ha egyes betegségek stressz elméletét igazoltnak tekintjük, s elfogadjuk, hogy a házastárs halála jelentős stressz forrás, akkor nyilvánvaló, hogy a gyász hatást gyakorol a morbiditásra is (Stroebe és mtsai 2001).

További lehetőség a magyarázatra a *szociális támasz csökkenése*. A házastárs halála részben közvetlenül, esetleg – az ő ismerősi körén keresztül – közvetve csökkentheti a társas támaszt. Természetesen ezek a mechanizmusokat nem csupán özvegyekre vonatkoztathatjuk. Alátámasztani látszik pl. a fenti elméletet Kissane és munkatársai (1996) vizsgálata, melyben szülők halálának hatásait vizsgálták. 150 családot – melyben az egyik szülő meghalt – öt csoportba osztottak: támogató, problémamegoldó, átmeneti, hűvös és ellenséges. A jól működő (támogató és problémamegoldó) családok eredményesebben tudtak megküzdeni a gyásszal, mint a rosszul működő (hűvös vagy ellenséges légkörű) családok. A rosszul működő családokban nagyobb volt a gyász intenzitása és magasabb volt a megbetegedések aránya, súlyossága is.

A társ halálával azonban nem csupán a társas támasz csökkenhet, hanem *csökkennek az anyagi javak és a társ gyakorlati segítsége* is. A házastárs halála miatt csökkenhet a pénzbevétele, s megszűnik a közreműködés az olyan feladatokban, mint pl.

az étel elkészítése vagy éppen a gyógyszer adagolása, a beteg társ gondozása. Mindezek szintén hozzájárulhatnak a rosszabb egészségi mutatók kialakításához (Bowling 1987).

Egyesek az özvegy férfiak magasabb halálozási arányait is a fenti tényezőkre vezetik vissza. A férfiak a mindennapi tevékenységek szintjén jobban függhetnek feleségeik gyakorlati támogatásától, mint fordítva, s emellett ismert, hogy a nők jobban meg tudnak birkózni a stresszel, mint a férfiak, akik gyakran egészségkárosító magatartásformákkal (fokozott alkoholfogyasztással, dohányzással) reagálnak a stresszre (Bowling 1987, Martikainen és Valkonen 1996).

Mások a férfiak magasabb halálozási arányait a *házasság protektív elmélete* alapján értelmezik. A protektív elmélet szerint a házasságban élők egészségi állapota nem csupán a házassági szelekció miatt jobb (vagyis nem csak ezért, mert az egészségesebb emberek nagyobb valószínűséggel házasodnak), hanem a házasság önmagában is egészségvédő hatású. Ez az egészségvédő hatás több tényezőn keresztül érvényesül – pl. a társas támogatáson. Vizsgálatok szerint a házasság egészségvédő hatása nagyobb a férfiak körében, mint a nőknél (Waite 1995) – ez azonban azt jelenti, hogy a házastárs elvesztése is súlyosabb hatást gyakorol a férfiakra, mint a nőkre.

Bár nehéz megbecsülni a különböző tényezők súlyát, Martikainen és Valkonen (1996) úgy vélekednek, hogy az egészségi állapot romlásában kiemelkedően nagy szerepe van a stressznek. Véleményüket egyrészt azzal támasztják alá, hogy a halálozás közvetlenül a veszteséget követő időszakban a legnagyobb, amikor a legerőteljesebb a stressz – ebben az időszakban az egyéb tényezők hatása még kevésbé érvényesülhet. Másrészt: a halálozási arányok a fiatalok között a legmagasabbak – nem valószínű, hogy a társas támasz vagy a gyakorlati segítség csökkenése náluk jelentősebb tényező lenne, mint az idősebbeknél.

Ha azonban elfogadjuk, hogy a morbiditás és a mortalitás növekedésének hátterében a stressz áll, újabb kérdésekkel kell szembesülnünk. Hogyan vezet a stressz megbetegedésekhez és miért növelné a magasabb stressz a halálozást?

A hatás rövidebb távon valószínűleg idegrendszeri, hormonális és immunrendszeri hatásokon keresztül érvényesül, hosszabb távon pedig az egészségmagatartás megváltozásán át. A veszteség hatása ugyanis megmutatkozhat közvetlenül, a szimpatikus idegrendszer, a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely,

valamint az immunrendszer kóros fiziológiai elváltozásaiban. Ezek a hatások a kortizolszint növekedéséhez, a vérnyomás emelkedéséhez, a szívkoszorúér elmeszesedés súlyosbodásához vezetnek, így hozzájárulnak a szívinfarktus kialakulásához (McEwen 1998). A stressz csökkentése érdekében növekedhet az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás mértéke – az egészségmagatartásnak ez a káros változása lehet felelős az alkohollal összefüggő halálesetek és a tüdőrák gyakoriságának növekedéséért (Martikainen és Valkonen 1996).

Összegezve tehát megállapítható, hogy a gyász hatása a megbetegedések és a halálozások növekedésére egyaránt értelmezhető a házasság szelekciós és protektív modelljével, a veszteség következtében fellépő súlyos stresszel, az anyagi helyzet megváltozásával, a társas és a gyakorlati támogatás csökkenésével is. A fenti tényezők közül kiemelt szerepe lehet a stressznek, amely rövid távon pszicho-neuro-immunológiai hatásokon keresztül, hosszabb távon pedig az egészségmagatartás megváltozásán keresztül fejti ki káros hatásait.²

² A szakirodalmi áttekintéshez felhasznált saját, korábbi publikációim: Pilling 2001/a, 2001/b, 2006, 2008.

4. CÉLKITŰZÉSEK

Kutatásom célja a gyászolók testi és lelki egészségi állapotának átfogó, több szempontú vizsgálata volt. Amint azt a szakirodalmi adatok áttekintése is mutatja, a gyász időszaka vulnerábilis állapot, amelynek során jelentősen megnőhet egyes szomatikus betegségek és pszichés zavarok gyakorisága, s magasabbá válnak a mortalitási adatok is. A gyász témakörében végzett korábbi vizsgálatok azonban több visszatérő, s gyakran a szerzők által is említett limitációval rendelkeznek:

- számos vizsgálat mintaszáma alacsony;
- egyes vizsgálatok klinikai mintákon készültek, így nem adnak képet arról, hogy a vizsgált problémák mennyire gyakoriak az orvoshoz nem fordulók körében;
- a vizsgálatok többsége csak a gyász első évére vonatkozott, abból a feltételezésből kiindulva, hogy a gyász hatásai egy éven belül megszűnnek, a további évekkal kapcsolatban így nagyon kevés a kutatási eredmény;
- a legtöbb vizsgálat esetében nem választották külön a gyászoló férfiak és a nők eredményeit, pedig a klinikai tapasztalatok és a fentebb ismertetett szakirodalmi adatok egyaránt azt jelzik, hogy a gyász megélésében jelentős nemi különbségek vannak;
- a vizsgálatok általában egy-egy területre fókuszálnak, így nem adnak átfogó képet a gyászolók szomatikus és pszichés állapotáról.

A fenti módszertani problémák elkerülése érdekében céloom az volt, hogy országos reprezentatív mintán, a gyász első három évében vizsgáljam a gyászolók testi és lelki állapotát, megkülönböztetve a férfiak és a nők körében érvényesülő hatásokat. A három éves határ megválasztásának oka az, hogy a kis számú, ennél hosszabb időtávot átfogó vizsgálat (pl.: Kaprio és mtsai 1987; Martikainen és Valkonen 1996) a gyász további éveiben már csak ritka és kis mértékű különbségeket jelez a gyászolók és a nem gyászolók között.

A szakirodalmi adatok alapján hipotéziseim a következők voltak:

1. Országos reprezentatív mintán is igazolható, hogy a gyászolók testi és lelki egészségi állapota rosszabb a nem gyászoló kontrollhoz viszonyítva:
 - a gyászolóknak valószínűleg több testi tünetük van,
 - a nem gyászolókhöz képest többször kezelik őket szomatikus betegségek miatt,
 - a gyászolók körében nagyobb lesz az otthoni és a közlekedési balesetek száma,

- a gyászolók között nagyobb a depresszív és a szorongásos betegségek gyakorisága,
 - gyakoribbak az öngyilkossági gondolatok és kísérletek,
 - nagyobb a pszichiátriai ok miatti kezelések száma,
 - gyakoribbak az alkohollal kapcsolatos zavarok.
2. Kimutathatóak lesznek olyan hatások, amelyek a gyász első éve után is fennállnak, vagy kizárólag a későbbi években jelennek meg:
- a depresszió, a szorongás, az alkohollal kapcsolatos zavarok valószínűleg egy évnél hosszabb ideig is elhúzódnak
 - bizonyos betegségek gyakorisága (pl. magas vérnyomás, daganatos betegségek) csak a gyász későbbi éveiben növekszik, mivel kialakulásukhoz hosszabb időre van szükség,
3. Bár a férfiak és a nők gyászra adott reakcióiban sok lesz a hasonlóság, egyes területeken különbségek mutathatóak majd ki a gyász időszakában fellépő szomatikus és pszichés zavarok területén:
- nők esetében gyakoribbnak vártam a szomatikus tüneteket, a szomatizációt, az öngyilkossági gondolatokat
 - férfiak esetében gyakoribbnak vártam az alkohollal kapcsolatos problémákat és az öngyilkossági kísérleteket.

5. MÓDSZEREK

5.1. A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) 2006 felmérés bemutatása

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete 1988 óta rendszeresen, országos reprezentatív felmérések útján vizsgálja a magyar népesség egészségi állapotának változásait. Az úgynevezett Hungarostudy vizsgálatok hétévenként 1988-ban, 1995-ben és 2002-ben követték egymást. Ezek a vizsgálatok keresztmetszeti elrendezésűek voltak. A 2002-es kutatás második fázisaként 2005-2006 között egy prospektív, longitudinális vizsgálat történt, a Hungarostudy Egészség Panel (HEP) 2006. Kutatásunk ennek az adatbázisnak a használatán alapul.

A Hungarostudy 2002 vizsgálat a 18 éven felüli magyar lakosság körében történt. A mintát 12.634 személy alkotta, akik életkor, nem és területi megoszlás szempontjából reprezentálták a teljes magyar népességet. A vizsgálat módszertanát Rózsa és mtsai (2003) tanulmányukban részletesen ismertetik, ezért itt ennek részleteire nem térünk ki.

A Hungarostudy 2002 vizsgálat résztvevői közül 8.008 adott bejegyző nyilatkozatot azzal kapcsolatban, hogy részt vesz majd a vizsgálat folytatásában. Ebből a csoportból a 2005-2006-ban folytatott utánpótlás során 7321 személyt (91.4%) sikerült ismételtén azonosítani. Közülük 318 fő (4.3%) meghalt, 1738 fő (23.7%) visszautasította a részvételt, 741 fő (10.1%) pedig nem volt olyan állapotban, hogy a vizsgálatban részt vehetett volna (pl. betegség vagy részegség miatt). Végeredményben így 4524 fő vett részt a vizsgálatban.

Az adatfelvételt követően a minta súlyozásra került. A súlyozás célja, hogy korrigálhatóak legyenek a minta kisebb eltérései az ismert lakossági arányoktól. A súlyozás a nemi, életkori és területi eloszlási adatok alapján történt. Ennek alapján a vizsgálatunkban szereplő mintába 4329 fő került (1694 férfi és 2635 nő). A HEP 2006 vizsgálat módszertanát Susánszky és mtsai (2007) mutatják be részletesen.

5.2. Minta

A HEP 2006 felmérésből vizsgálati mintánkba az a 473 fő került be, aki az elmúlt három évben elvesztette valamilyen közeli hozzátartozóját (házastárs, élettárs, édesanya, édesapa). A veszteség időtartama szempontjából a minta elemszámai a következők: egy éven belüli veszteség: 185 fő (76 férfi, 109 nő), két éve gyászolók: 129 fő (57 férfi, 72 nő), három éve gyászolók: 159 fő (60 férfi, 99 nő). A gyászolók 85,7%-a édesapját vagy édesanyját veszítette el, 14,3%-a pedig házastársát vagy élettársát.

A gyászolókat vizsgálatunkban a nem gyászolók 3856 fős csoportjával hasonlítottuk össze (1501 férfi, 2355 nő). A teljes minta így összesen 4329 főt foglalt magába (1694 férfi és 2635 nő). (A továbbiakban bemutatott vizsgálatokban a minta elemszámai kisebb mértékben eltérhetnek a fentiektől, mivel nem minden résztvevő

adott választ minden kérdésre. Az eltérő esetekben a minták elemszámait külön jelezzük).

A különböző csoportokban megvizsgáltuk a nemi megoszlást, az átlagéletkorokat és az iskolai végzettségeket. A gyászolók és a nem gyászolók csoportjait a fenti paraméterek tekintetében Chi négyzet és Man Whitney próbákkal összehasonlítva csupán két területen találtunk statisztikailag jelentős eltérést: a két éve gyászoló nők életkorában (ami magasabb, mint a nem gyászolóké) és a három éve gyászoló nők iskolázottságában (a középfokú végzettségűek aránya magasabb, a felsőfokúaké alacsonyabb, mint a nem gyászolóké). Minden egyéb demográfiai területen és minden más csoportban a gyászolók és a kontrollcsoport között nem mutatható ki szignifikáns különbség. Többváltozós vizsgálataink során az eredményeket életkorra és iskolázottságra kontrolláltuk, ami az ezeken a területeken mutatkozó különbségek hatásait is kiküszöböli.

A vizsgálati minta demográfiai jellemzőit részletesen az 6. táblázat mutatja be.

6. táblázat. A vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzői

	Egy éve gyászolók	Két éve gyászolók	Három éve gyászolók	Nem gyászolók	Teljes minta
N	185	129	159	3856	4329
Férfiak	76 (41.1%)	57 (44.2%)	60 (37.7%)	1501 (38.9%)	1694 (39.1%)
Nők	109 (58.9%)	72 (55.8%)	99 (62.3%)	2355 (61.1%)	2635 (60.9%)
χ^2	0.344	1.450	.091		
P	.557	.228	.763		
Életkor					
- férfiak					
mean	47,2	47,5	45,6	46,0	46,4
SD	(14.11)	(11.47)	(13.90)	(17.14)	(16.65)
Z	-1.084	-1.245	-.478		
P	.278	.213	.633		
- nők					
mean	49,9	55,3	48,1	49,8	49,9
SD	(13.95)	(13.02)	(13.45)	(18.59)	(17.94)
Z	-.189	-3.139	-.362		
P	.850	.002	.717		
Iskolai végzettség					
- férfiak					
alapfokú	23.1%	16.8%	12.3%	18.8%	18.8%
középfokú	66.9%	68.9%	66.2%	67.7%	67.6%
felsőfokú	10.0%	14.3%	21.5%	13.5%	13.6%

χ^2	1.373	.060	4.353		
P	.503	.970	.113		
- nők					
alapfokú	35.2%	32.6%	24.8%	32.9%	32.8%
középfokú	56.0%	55.1%	65.2%	51.5%	52.4%
felsőfokú	8.8%	12.3%	10.0%	15.6%	14.8%
χ^2	3.353	.547	6.726		
P	.187	.761	.035		

5.3. Mérészközök

Szomatikus tünetlista (Patient Health Questionnaire, PHQ-15)

Az elmúlt hónapban tapasztalt testi tüneteket a HEP vizsgálat során a PHQ-15 kérdőívvel vizsgáltuk. A PHQ-15 arra a 15 gyakori tünetre kérdez rá (fejfájás, gyomorfájdalom, mellkasi fájdalom, szédülés, stb.), amelyek együttesen 90%-át teszik ki azoknak a tüneteknek, amelyekkel a betegek a családorvosokat felkeresik (kivéve a felső légúti panaszokat). A kérdőívben arra kéri a válaszadókat, hogy jelöljék be, mennyire zavarta őket az adott tünet az elmúlt hónap során. A válaszkategóriák a következők: 0 („egyáltalán nem zavart”), 1 („kicsit zavart”), 2 („nagyon zavart”). A skála összpontszáma így 0-30 között változhat. A kapott érték alapján a páciensek négy csoportba sorolhatók: minimális pontszám (0-4), alacsony pontszám (5-9), közepes pontszám (10-14), magas pontszám (15 felett). A 10-es vagy annál nagyobb értéket klinikailag jelentősnek nevezhetjük (Kroenke és mtsai 2002; Cserhádi és Stauder 2008). A kérdőívvel vizsgált tünetek gyakran stressz hatására alakulnak ki, ezért a tünetek halmozódása a stressz feldolgozásnak nehézségeire is utalhat. Bár a PHQ-15 önmagában nem alkalmas klinikai diagnózis felállítására (mivel nem ad információt a tünetek eredetéről), a kérdőívvel végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy a PHQ-15 kérdőív használata esetén a 10 fölötti pontszám 78%-os szenzitivitással és 71%-os specificitással korrelál a DSM-IV „szomatoform zavar” diagnózisával (van Ravesteijn és mtsai 2009).

Az egy éven belül kezelt betegségek és balesetek vizsgálata

A HEP kérdőív felvételének részei voltak azok a kérdések is, amelyek az elmúlt év során kezelt testi betegségeket térképezték fel. A vizsgálatban 14 szomatikus betegségről (pl. cukorbetegség, asztma, magas vérnyomás, reuma) és betegségcsoportról (pl. daganatos betegség, szívbetegség, allergiás betegség) nyerhettünk adatokat. A vizsgálatban résztvevők arra válaszoltak, hogy az adott betegség miatt álltak-e az elmúlt évben orvosi kezelés alatt, akár fekvőbetegként, akár járóbetegként. Ugyanebben a blokkban a résztvevők arra is válaszoltak, hogy pszichiátriai okból álltak-e kezelés alatt az elmúlt évben, valamint arra is, hogy közlekedési, üzemi vagy otthoni balesetek miatt álltak-e az elmúlt évben orvosi kezelés alatt, akár fekvőbetegként, akár járóbetegként.

Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory, BDI)

A depressziós tünetegyüttes mérésére a Beck Depresszió Kérdőív (Beck és mtsai 1961) 9 tételes, 4-fokú Likert-skálával rendelkező rövidített, magyar változatát használtuk (Rózsa és mtsai 2001). Ezt a rövidített kérdőívet a teljes változat összpontszámával legszorosabb kapcsolatban álló kilenc item alkotja (Kopp és mtsai 1990). Míg az eredeti kérdőívben minden tünethez négy állítás tartozott, addig a rövidített magyar változatban ezek közül mindig csak egy, a legsúlyosabb szerepel (pl.: „Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni”). A négy válaszlehetőség az „egyáltalán nem jellemző”-től (1) a „teljesen jellemző”-ig (4) terjed. A rövidített változat összpontszámát egy szorzószám (2,22) segítségével a teljes skála pontszámával egyenértékűvé lehet átalakítani. Ennek alapján a következő súlyossági fokozatok különíthetők el: 0-9 normál tartomány, 10-18 enyhe depresszió, 19-25 közepesen súlyos depresszió, 26 és fölötté súlyos depressziós állapot. A magyar verzió pszichometriai jellemzőit egy 1164 nőből és 651 férfiból álló mintán mérték fel (Rózsa és mtsai 2001). A vizsgálatok megerősítették, hogy a BDI 9-tételes rövidített, magyar változata szoros korrelációt mutat az eredeti 21 tételes változattal (Kopp és mtsai 1995, Rózsa és mtsai 2001).

A szorongás vizsgálata

A szorongást az elmúlt két hétre vonatkozóan a következő megállapítással vizsgáltuk: „Feszült és ideges vagyok”. A válaszkategóriák a következők voltak: 0 = egyáltalán nem jellemző, 1 = alig jellemző, 2 = jellemző, 3 = teljesen jellemző. Ez a tétel része a szorongást mérő, elterjedten használt Hospital Anxiety and Depression Scale nevű kérdőívnek (Zigmond és Snaith 1983, hazai validálás: Muszbek és mtsai 2006), s a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján ez a kérdés erős korrelációt mutat a kérdőív szorongást mérő alskálájával (0.79; $p < 0.001$), ezért a Hungarostudy 2006 vizsgálatban már ezzel a kérdéssel mérték fel a szorongást.

Öngyilkossági gondolatok és kísérletek

A HEP vizsgálatban az öngyilkossági gondolatokat és kísérleteket a következő kérdésekkel vizsgáltuk:

- az elmúlt három évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata? (Válaszkategóriák: 0: nem, 1: igen.)
- Volt-e öngyilkossági kísérlete, és ha igen, hányszor? (Válaszkategóriák: 0: nem, 1: igen, egyszer, 2: igen, többször)

Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)

A HEP 2006 vizsgálatban az alkoholfogyasztás kockázatának mérésére az AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) kérdőív (Saunders és mtsai 1993) magyar nyelvű változatát (Gerevich és mtsai 2006) használtuk. A kitűnő validitási és reliabilitási mutatókkal rendelkező kérdőívet világszerte elterjedten használják az alkoholhasználattal kapcsolatos problémák becslésére (Gerevich és mtsai 2006). A kérdőívvel az alkoholproblémák következő területei vizsgálhatóak: az alkoholfogyasztás mértéke (1–3. tétel), az alkoholfüggőség (4–7. tétel), az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatása (7–10. tétel). A kérdőív maximális pontszáma: 40. Az alkoholfogyasztás szempontjából veszélyeztetettnek tekinthetők azok, akiknek a pontszámai eléri vagy meghaladják a 8 pontot (Reinert és Allen 2002).

Álomminőség kérdőív (Dream Quality Questionnaire, DQQ)

Az álomminőség kérdőívet Bódizs és munkatársai (2008) fejlesztették ki. Használatával az álmok számos fontos jellemzője vizsgálható (érzelmi töltetük, élénkségük, rémálmok, hatásuk a nappali hangulatra, stb.) A kérdőív alapján három faktor különböztethető meg: az álmodás negatív, pozitív és semleges aspektusai. Bódizs és mtsai vizsgálata szerint az álmok negatív aspektusai fordítottan, míg az álmok pozitív aspektusai pozitívan korrelálnak a WHO jóllét skála értékével (Bódizs és mtsai 2008).

WHO Általános Jól-lét Skála (WHO Well-being Questionnaire)

A kérdőív célja az egyén életminőségének, általános jól-létének vizsgálata. A kérdőívet eredetileg a cukorbetegknél alkalmazott különböző terápiás eljárások életminőséget javító hatásának vizsgálatára alakították ki (WHO 1990). Az eredeti kérdőív 28 tételből állt, időközben ennek több rövidített változata is készült. A HEP vizsgálatban használt 5 tételes kérdőívet Bech (1998) alakította ki. Ez a változat a vidámság, nyugodtság, aktivitás, kipihent ébredés és a mindennapok örömteli megélése alapján vizsgálja az életminőséget. A magyar változat validitás-vizsgálatát Susánszky és munkatársai (2006) végezték el. A kérdőív kitöltői négyfokú skálán jelölhetik be a válaszaikat (0-3), a maximális pontszám így 15, a magasabb értékek jobb életminőséget jeleznek.

Házastársi Stressz Skála (Marital Stress Scale)

A kérdőív segítségével a házastársi/élettársi kapcsolat minősége jellemezhető. Az eredeti kérdőív 17 kérdést tartalmazott (Orth-Gomer és Chesney 1997). A kérdőív rövidített változata öt kérdést tartalmaz, ezek a következő területeket térképezik fel: bizalommal vannak-e a házastársak egymás iránt, közösen oldják-e meg a felmerülő problémákat, voltak-e komolyabb konfliktusok a kapcsolatukban, vannak-e olyan témakörök, amelyekről nem tudnak beszélni, közösen töltik-e a szabadidejüket (Orth-Gomer és Leineweber 2005). A kérdőívet Balog Piroska és munkatársai (2006) validálták. A kérdésekre igen/nem (1-0) válaszok adhatók, így 0-5 pont érhető el. Minél magasabb a pontszám, annál magasabb a házastársi stressz szintje.

5.4. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzést az SPSS szoftver 15.0 verziójával végeztük. Elemzéseinket nem bontásban végeztük, eredményeinket életkorra és iskolai végzettségre kontrolláltuk. A dichotom függő változókat bináris logisztikus regresszióval, a kettőnél több fokú kategoriális függő változókat multinomiális logisztikus regresszióval, a nem normális eloszlású folytonos függő változókat general linear modell segítségével elemeztük. Vizsgálatainkban a következő szignifikancia szinteket használtuk: $p < 0.05$ (*), $p < 0.01$ (**) és $p < 0.001$ (***)

6. EREDMÉNYEK

6.1. A gyászolók szomatikus állapota

6.1.1. Szomatikus tünetek egy hónapon belül

Vizsgálatunkban először a PHQ-15 kérdőívben szereplő szomatikus tünetek gyakoriságát elemeztük. A két és három éve gyászolók körében szignifikáns különbségek nem voltak kimutathatóak, ezért részletesen csak az egy éve gyászolók adatait ismertetjük.

Eredményeink azt mutatják, hogy az egy éve gyászoló férfiak körében a nem gyászoló férfiakkal képest szignifikánsan gyakoribbak a következő tünetek:

- gyomorfájdalom ($p = .006$, OR = 2.04)
- fejfájás ($p = .047$, OR = 1.62)
- nehézlégzés ($p = .017$, OR = 2.05)
- szexuális zavarok ($p < .001$, OR = 6.02)
- fáradtság ($p = .017$, OR = 1.76)
- alvászavarok ($p = .013$, OR = 1.86)

Az egy éve gyászoló nők körében szignifikánsan gyakoribbak a kontrollhoz képest a következő tünetek:

- gyomorfájdalom ($p = .035$, OR = 1.56)
- mellkasi fájdalom ($p = .003$, OR = 2.08)
- erős vagy szapora szívdobogás ($p = .040$, OR = 1.53)

- derék- vagy hátfájás ($p = ,019$, OR = 1.64)
- szexuális zavarok ($p < .001$, OR = 3.76).

Az eredményeket a 7. táblázat mutatja be részletesen. A testi tünetek minden más, elemzett területén nem találtunk szignifikáns különbséget a gyászolók és a nem gyászolók között. Vizsgálataink eredményei szerint nem találhatók különbségek az egy éve gyászolók körében (sem férfiaknál, sem nőknél) a kontrollhoz képest a következő területeken:

- kar-, láb- vagy ízületi fájdalom,
- szédülés,
- ájulásérzés, elgyengülés,
- székrekedés vagy híg, túl gyakori széklet,
- hányinger, puffadás, emésztési problémák.

7. táblázat. Szomatikus tünetek egy éve gyászolók körében az elmúlt hónap során

	Férfiak	Nők
gyomorfájdalom		
OR	2.04	1.56
95% CI	1.231-3.999	1.033-2.350
P	.006	.035
derék- vagy hátfájás		
OR	1.15	1.64
95% CI	.721-1.827	1.084-2.491
P	.560	.019
fejfájás		
OR	1.62	1.01
95% CI	1.006-2.600	.688-1.495
P	.047	.944
mellkasi fájdalom		
OR	1.74	2.08
95% CI	.939-3.216	1.291-3.361
p	.078	.003
szédülés		
OR	1.52	1.29
95% CI	.818-2.826	.837-1.975
p	.185	.250

	Férfiak	Nők
ájulás-érzés, elgyengülés		
OR	1.51	1.55
95% CI	.658-3.485	.897-2.676
p	.329	.116
nehézlégzés		
OR	2.05	1.32
95% CI	1.139-3.681	.816-2.135
p	.017	.258
Erős vagy szapora szívdobogás		
OR	1.41	1.53
95% CI	.819-2.421	1.020-2.309
p	.216	.040
fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során		
OR	6.02	3.76
95% CI	2.577-14.079	1.815-7.795
p	.000	.000
fáradtság		
OR	1.76	1.22
95% CI	1.108-2.813	.814-1.821
p	.017	.339

	Férfiak	Nők
székrekedés, híg vagy túl gyakori széklet		
OR	1.16	.79
95% CI	.548-2.460	.457-1.384
p	.697	.417
hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák		
OR	1.76	1.38
95% CI	.989-3.120	.903-2.105
p	.055	.137
alvással kapcsolatos problémák		
OR	1.86	1.22
95% CI	1.142-3.033	.816-1.835
p	.013	.329

A vizsgálat következő szakaszában a testi tüneteket együttesen elemeztük, az egyes tüneteknél megadott eredeti válaszkategóriák segítségével összpontszámot számítva a PHQ-15 skála tételeiből. Az eredményeket a 8. táblázat mutatja be. Az adatok azt mutatják, hogy az egy éve gyászoló férfiak és nők körében egyaránt szignifikánsan magasabb a PHQ skála összpontszáma (férfiak: $p = .004$, $F = 8.11$, nők: $p = .034$, $F = 4.50$). A két és a három éve gyászolók körében a PHQ skála összpontszáma esetében a gyászolók és a nem gyászolók között nem mutatható ki szignifikáns különbség.

8. táblázat. A PHQ skála átlagértékei a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Testi tünetek								
Mean	4.85	6.76	3.58	6.32	2.93	5.66	3.47	5.51
SD	5.45	5.78	3.73	5.02	3.80	5.32	3.87	5.00
F	8.066	8.931	.007	1.826	.986	.556		
η^2	.005	.003	.000	.001	.001	.000		
p	.005	.003	.932	.177	.321	.456		

Mivel a szakirodalomban is vitatott, hogy a PHQ skála által mért értékek milyen mértékben hozhatóak összefüggésbe a szorongással és a depresszióval, következő lépésben mintánkon ezt vizsgáltuk meg: többváltozós szinten elemeztük, hogy a szorongás és a depresszió milyen mértékben mediálja a szomatikus tünetek gyakoriságát, s hogy ezen a téren vannak-e nemi különbségek. Mivel a gyász első éve volt az, ahol mindkét nemnél szignifikánsan emelkedett a PHQ skála pontszáma, ezért ezeket a vizsgálatokat a gyász első évére vonatkozóan végeztük. Eredményeinket a 9. táblázat mutatja be.

Négy modellt állítottunk fel. Az első megerősíti, hogy a gyászolói status még akkor is szignifikáns előrejelzője az emelkedett PHQ értékeknek, ha az eredményeket életkorra és iskolázottságra kontrolláljuk. A második modellben (az életkor és az iskolázottság mellett) már a szorongás hatását is vizsgáltuk. Ennek hatására a gyászolói status mindkét nemnél elveszítette prediktív jellegét. A harmadik modellben a szorongás helyett a depresszió mediáló hatását elemeztük. Az eredmények azt mutatják, hogy ha a depresszió része a modellnek, akkor a gyászolói status férfiak esetében elveszíti a prediktív szerepét, nőknél azonban nem. A negyedik modellben a szorongás és a depresszió hatásait egyidejűleg elemeztük. Ez a modell azt jelzi, hogy mind a szorongás, mind pedig a depresszió mediáló szerepet tölt be a szomatikus tünetek száma szempontjából (férfiaknál és nőknél egyaránt), a szorongás mediáló hatása azonban mindkét nem esetében erőteljesebb, mint a depresszióé. Hasonlóképpen a második

modellhez, természetesen maga a gyászolói status ebben a modellben sem jelent szignifikáns befolyásoló tényezőt a szomatikus tünetek számára nézve.

9. táblázat. A szomatikus tünetek és a gyászolói status közötti kapcsolat mediáló tényezőinek vizsgálata

	Férfiak				Nők			
	M sq.	F	p	η^2	M sq.	F	p	η^2
<i>1. modell</i>								
Életkor	1516.0	103.2	<.001	.057	1262.6	52.4	<.001	.018
Iskolai végzettség	343.8	23.4	<.001	.013	1153.6	47.9	<.001	.017
Gyászolói status	117.1	8.0	.005	.005	207.0	8.6	.003	.003
A modell egésze	774.5	52.7	<.001	.084	1382.9	57.4	<.001	.058
<i>2. modell</i>								
Életkor	1454.0	124.1	<.001	.068	1141.0	61.7	<.001	.021
Iskolai végzettség	287.3	24.5	<.001	.014	530.9	28.7	<.001	.010
Gyászolói status	11.4	1.0	.323	.001	16.9	0.9	.339	.000
Szorongás	5019.4	428.5	<.001	.200	15859.9	857.9	<.001	.234
A modell egésze	1820.3	155.4	<.001	.266	4998.7	270.4	<.001	.278
<i>3. modell</i>								
Életkor	530.3	44.5	<.001	.025	32.3	1.7	.191	.001
Iskolai végzettség	58.0	4.9	.027	.003	92.2	4.9	.027	.002
Gyászolói status	20.9	1.8	.186	.001	94,0	5.0	.026	.002
Depresszió	4649.7	390.5	<.001	.186	14566.0	770.0	<.001	.216
A modell egésze	1727.7	145.1	<.001	.254	4675.0	247.1	<.001	.261
<i>6. modell</i>								
Életkor	796.9	72.0	<.001	.040	295.6	16.9	<.001	.006
Iskolai végzettség	121.5	11.0	.001	.006	175.4	10.0	.002	.004
Gyászolói status	6.1	0.6	.457	.000	25.2	1.4	.230	.001
Depresszió	1068.8	96.5	<.001	.054	2547.6	145.4	<.001	.049
Szorongás	1430.9	129.2	<.001	.070	3916.3	223.5	<.001	.074
A modell egésze	1668.4	150.6	<.001	.306	4523.3	258.1	<.001	.316

6.1.2. Szomatikus betegségek az elmúlt egy évben

Vizsgálataink a legtöbb területen nem mutattak ki szignifikáns különbséget a gyászolók és a nem gyászolók között. Nem volt különbség a betegségek gyakoriságában a cukorbetegség, a gyomor- és nyombélfekély, az egyéb gyomor- és bélrendszeri betegségek, a vese-, a máj- és a szívbetegségek, az agyérbetegségek valamint a reumás és egyéb mozgásszervi betegségek tekintetében sem. Egyetlen betegség szerepelt a kérdőívben, amelynek a gyakorisága szignifikánsan növekedett: a magas vérnyomás, amely az egy éve gyászoló nők körében szignifikánsan gyakoribb: gyakorisága a nem gyászolók nők körében 26.4% (622 fő), az egy éve gyászolók körében pedig 36.1% (39 fő). A különbség szignifikáns ($p = .009$, $OR = 1.78$, 95%-os CI: 1.157-2.739, Wald: 6.871). A két és három éve gyászoló nők körében, valamint a férfiaknál ez a hatás sem volt kimutatható.

6.1.3. Balesetek

Az otthoni és az üzemi balesetek gyakorisága a vizsgált csoportokban nem változott. Az egy éve gyászolók körében a közlekedési balesetek száma sem változott. Szignifikánsan nőtt azonban a közlekedési balesetek miatti orvosi kezelések gyakorisága a két és a három éve gyászoló férfiak körében. Miközben a nem gyászoló férfiak körében a közlekedési balesetek aránya 0.9%, addig a két éve gyászoló férfiaknál ez az arány 4.2%, a három éve gyászolóknál 3.6%. (Két éve gyászoló férfiak: $p = .016$, $OR = 5.83$, 95% CI: 1.394-24.394, Wald: 5.833, S.E.: .730; három éve gyászoló férfiak: $p = .46$, $OR = 4.48$, 95% CI: 1.025-19.575, S.E.: .752)

6.2. A gyászolók pszichés állapota

6.2.1. Kezelés pszichiátriai okok miatt az elmúlt egy évben

A gyászolók körében jelentkező pszichés zavarok feltérképezése érdekében megvizsgáltuk, hogy a válaszadóknak mekkora részét kezelték az elmúlt egy évben pszichiátriai betegség miatt. (A kezelés egyaránt jelenthetett kórházi és ambuláns terápiát is.) Az eredményeket a 10. táblázat mutatja. Az egy éve gyászoló férfiak és nők körében egyaránt szignifikánsan gyakoribb volt a pszichiátriai kezelés. Férfiak esetében

az esélyhányados 4.21 ($p < .001$), nők esetében 2.40 ($p = .003$) a nem gyászolókhöz képest. A két éve gyászolók esetében már csak a nőknél nagyobb a pszichiátriai kezelés esélye a kontrollcsoporthoz képest ($p = .025$, OR = 2.27). A három éve gyászolók körében nem mutatható ki szignifikáns különbség a kontrollcsoporthoz képest.

A HEP kérdőív számos további kérdést is tartalmazott a pszichiátriai kezelésekkal kapcsolatban, ezek további alcsoportokra bontják a pszichiátriai kezelésben részesülteket, így azonban az egyes csoportba tartozók alacsony száma miatt statisztikai elemzések ezeken a területeken már nem végezhetőek. Néhány további adatot azonban közlünk a pszichiátriai kezelésekkal kapcsolatban, amelyek tendenciákat jelezhetnek. Az adatok azt mutatják, hogy a pszichiátriai problémák miatt kezelt gyászolók az esetek nagy részében kórházba kerültek – az itt kezelt aránya a gyász első két évében 75-100% közötti. A vizsgálatban résztvevő gyászolók pszichiátriai kezelése során minden esetben alkalmaztak gyógyszeres terápiát – néha önállóan, néha pszichoterápiával együttesen. Figyelemre méltó, hogy egyetlen gyászoló sem jelölte meg azt a választ, hogy őt csak pszichoterápiás úton kezelték. (Bár kétségtelen, hogy azoknak az aránya, akik ebbe a csoportba tartoznak, a nem gyászolók körében is elenyésző, csupán 2-3%-os). A gyász első évében a válaszadók egyharmadánál, a második évben pedig a felénél zárult le a pszichiátriai kezelés a vizsgálat időpontjáig.

10. táblázat. Orvosi kezelés pszichiátriai betegség miatt a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Kezelték pszichiátriai betegséggel (N, %)	8 (11.5%)	16 (13.7%)	2 (3.8%)	10 (12.8%)	1 (2.2%)	2 (2.7%)	50 (2,9%)	142 (6.0%)
P	.000	.003	.725	.025	.744	.164		
OR	4.21	2.40	1.28	2.27	.74	.420		
95% CI	1.955- 9.083	1.348- 4.264	.318- 5.193	1.106- 4.663	.128- 4.437	.123- 1.427		

6.2.2. Depresszió

A Beck Depresszió Skálán mért átlagos pontszámokat, valamint a depresszió különböző súlyossági fokozataiba tartozók arányait a 11. táblázat mutatja be. Amint azt a többváltozós, életkorra és iskolázottságra kontrollált vizsgálatok eredményei jelzik, a depresszió skálán mért átlagos pontszám egyaránt szignifikánsan magasabb az egy éve gyászoló férfiak és nők körében – a két és három éve gyászolók között azonban már nem mutatható ki szignifikáns különbség a nem gyászolókhöz képest.

11. táblázat. A Beck Depresszió Skála eredményei a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
BDI								
Mean	11.75	11.73	6.46	11.39	7.88	10.06	7.64	9.53
SD	13.08	12.91	7.59	11.41	11.06	11.68	10.55	11.78
F	9.59	4.525	1.156	.585	.206	.593		
η^2	.006	.002	.001	.000	.000	.000		
p	.002	.038	.282	.444	.650	.441		

A következő lépésben multinominális logisztikus regresszióval elemeztük a különböző súlyossági szinthez tartozók arányait (a referencia kategória a normál sáv volt). Az eredményeket a 12. táblázat összegzi. Az eredmények azt jelzik, hogy az egy éve gyászoló férfiak körében a súlyosan depressziósok aránya növekszik szignifikánsan ($p = .003$, OR = 2.72), míg a két éve gyászolók nők körében az enyhe depresszió gyakorisága növekszik ($p = .10$, OR = 2.1) – más területeken szignifikáns különbség nem tapasztalható.

A depressziós tünetek tehát a gyász első évében a férfiak és a nők között egyaránt gyakoribbak, súlyos szintet azonban ez csak a férfiak körében ér el.

12. táblázat. A Beck Depresszió Skálával mért depresszió sávok a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
<i>normál</i> (N, %)	42 (55.8%)	66 (61.0%)	41 (73.9%)	36 (50.6%)	42 (71.0%)	63 (63.9%)	1080 (72.4%)	1554 (66.6%)
<i>enyhe</i> (N, %)	14 (18.8%)	19 (17.7%)	12 (21.8%)	20 (27.9%)	8 (13.4%)	17 (17.5%)	205 (13.7%)	351 (15.0%)
P	.077	.602	.218	.010	.964			
OR	1.75	1.16	1.52	2.10	1.02			
95% CI	.940- 3.266	.670- 1.993	.782- 2.944	1.189- 3.694	.470- 2.205			
<i>közepes</i> (N, %)	6 (7.7%)	8 (7.6%)	1 (1%)	8 (11.6%)	3 (5.1%)	7 (6.8%)	83 (5.6%)	153 (6.5%)
P	.194	.547	.194	.161	.895	.485		
OR	1.83	1.26	.17	1.79	1.08	1.22		
95% CI	.736- 5.542	.592- 2.693	.012- 2.469	.792- 4.042	.323- 3.651	.702- 2.108		
<i>súlyos</i> (N, %)	13 (17.7%)	15 (13.7%)	2 (3.3%)	7 (9.9%)	4 (10.5%)	12 (11.8%)	124 (8.3%)	278 (11.9%)
P	.003	.437	.193	.594	.350	.730		
OR	2.72	1.27	.36	.78	1.54	1.16		
95% CI	1.406- 5.276	.694- 2.328	.80- 1.663	.318- 1.925	.624- 3.785	.546- 2.126		

6.2.3. Szorongás

Az elmúlt két hetes időszakra vonatkozó „Feszült és ideges vagyok” kérdésre adott válaszokat multinominális logisztikus regresszióval elemeztük (referencia kategóriaként az „Egyáltalán nem jellemző” válasz szolgált). A két és a három éve gyászolók körében szignifikáns különbséget a nem gyászolókhöz képest nem találtunk, ezért részletesen csak az egy éve gyászolók adatait mutatjuk be. Az eredményeket a 13. táblázat foglalja össze. Az egy éve gyászoló férfiak körében több mint nyolcszorosa annak a

valószínűsége, hogy az elmúlt két hétben súlyosan feszültnek érezték magukat ($p < .001$, $OR = 8.34$). Az egy éve gyászoló nők körében minden válaszkategóriában szignifikánsan nőtt az önmagukat feszültnek érzők aránya: az alig (kissé) jellemző és a jellemző válasz valószínűsége kétszeresére nőtt (alig jellemző: $p = .009$, $OR = 1.89$; jellemző: $p = .004$, $OR = 2.17$), a nagyon jellemző válasz valószínűsége pedig több mint háromszoros a kontrollcsoportéhoz képest ($p = .003$, $OR = 3.17$). Az egy éve gyászolók tehát jelentősen feszültebbnek érzik magukat a nem gyászolókhöz képest – ez a különbség a két és három éve gyászolóknál már nem mutatható ki.

13. táblázat. A „feszült és ideges vagyok” kérdésre adott válaszok eredményei a gyász első évében

	Egy éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Egyáltalán nem jellemző				
N (%)	32 (43.1%)	32 (29.7%)	825 (55.1%)	1136 (48.2%)
Alig jellemző				
N (%)	23 (31.2%)	39 (36.0%)	452 (30.1%)	707 (30.1%)
p	.248	.009		
OR	1.38	1.89		
95% CI	.799-2.380	1.170-3.068		
Jellemző				
N (%)	9 (11.4%)	27 (25%)	191 (12.8%)	413 (17.6%)
p	.737	.004		
OR	1.14	2.17		
95% CI	.529-2.461	1.278-3.686		
Teljesen jellemző				
N (%)	11 (14.3%)	10 (9.3%)	31 (2%)	96 (4.1%)
p	.000	.003		
OR	8.34	3.17		
95% CI	3.805-18.264	1.465-6.850		

6.2.4. Öngyilkossági gondolatok és kísérletek

Az öngyilkossági gondolatokkal és kísérletekkel kapcsolatos elemzéseket a gyászolók esetében az egyes csoportba kerülők alacsony számai korlátozzák. Ennek figyelembevételével értékelhetők a 14. táblázat eredményei, amelyek az egy és két éve gyászoló nők (egy éve gyászolók: $p = .022$, $OR = 2.10$; két éve gyászolók: $p = .003$, $OR = 3.03$) és a három éve gyászoló férfiak ($p = .011$, $OR = 3.07$) körében jeleznek szignifikáns növekedést az öngyilkossági gondolatok terén.

Vizsgáltuk az öngyilkossági kísérletek számát is, ezen a téren azonban a gyászolók és a kontrollcsoport között szignifikáns különbség nem volt kimutatható.

14. táblázat. Az öngyilkossági gondolat gyakorisága a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
N (%)	4 (5.8%)	12 (11%)	2 (3.8%)	6 (8.2%)	6 (11.4%)	8 (8.0%)	57 (3.9%)	126 (5.5%)
p	.382	.022	.154	.003	.011	.328		
OR	1.58	2.10	2.12	3.03	3.07	1.46		
95% CI	.565- 4.434	1.114- 3.973	.754- 5.987	1.466- 6.259	1.296- 7.281	.683- 3.127		

6.2.5. Szomatizáció

A PHQ-15 kérdőívben a 10 pontos határ jelzi azt a klinikailag jelentős szintet, amely már valószínűsíti a tünetek funkcionális jellegét, a szomatoform zavar jelenlétét. Vizsgálatunkban ezért különválasztottuk azokat a válaszadókat, akiknek a pontszáma ezt a határt elérte vagy meghaladta, majd ezt követően elemeztük arányaikat a gyászolók és a nem gyászolók körében. Eredményeink szerint a két és a három éve gyászolók között nem mutatható ki szignifikáns különbség ezen a téren a gyászolók és a kontrollcsoport között. Az egy éve gyászoló nők körében azonban a klinikailag jelentős tünetek aránya szignifikánsan magasabb – a férfiak körében ilyen hatás az egy éve gyászolók között sem mutatható ki. A PHQ skála egyes sávjaiba tartozók arányait és a klinikailag jelentős szintet elérők adatait a 15. táblázat mutatja be részletesen.

15. táblázat. A PHQ skála sávjai és a klinikailag jelentős szintet elérők száma a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
minimális	45 (58.5%)	50 (45.9%)	38 (66.7%)	38 (52.8%)	47 (78.3%)	55 (55.6%)	1064 (70.9%)	1313 (55.7%)
alacsony	21 (27.2%)	30 (27.5%)	14 (24.6%)	15 (20.8%)	8 (13.3%)	24 (24.2%)	312 (20.8%)	624 (26.5%)
közepes	5 (6.2%)	17 (15.6%)	4 (7%)	13 (18.1%)	4 (6.7%)	10 (10.1%)	94 (6.2%)	266 (11.3%)
magas*	6 (8.1%)	12 (11.0%)	1 (1.8%)	6 (8.3%)	1 (1.7%)	10 (10.1%)	31 (2.1%)	152 (6.5)%
10 pontot vagy annál többet elérők (N, %)	11 (14.3%)	30 (27.8%)	5 (8.7%)	18 (25.8%)	5 (7.8%)	19 (19.7%)	125 (8.3%)	427 (18.1%)
OR	1.81	1.57	1.08	1.37	1.04	1.11		
95% CI	.919-3.567	1.004-2.467	.418-2.806	.784-2.391	.389-2.796	.666-1.868		
p	.086	.048	.870	.269	.934	.678		

* minimális: 0–4, alacsony: 5–9, közepes: 10–14, magas: 15–30 [11]

6.2.6. A gyászolók álmominősége

Az álmominőség kérdőívvel végzett vizsgálatok az egy éve gyászolóknál jeleztek szignifikáns különbségeket, a két és három éve gyászolóknál nem. Az egy éve gyászolók adatait a 16. táblázat mutatja be. A negatív álmok területén a férfiaknál és a nőknél egyaránt szignifikáns különbség figyelhető meg (férfiak: $p < .001$, $F = 17.525$, nők: $p = .004$, $F = 8.291$), ezért ennek a faktornak az elemeit részletesebben is vizsgáltuk. Az egy éve gyászoló férfiak körében szignifikánsan gyakoribb, hogy álmaikat legtöbbször nyomasztónak tartják ($p < .000$, $OR = 13.54$, 95%-os CI: 5.155-35.590) és gyakrabban vannak rémálmaik ($p < .001$, $OR = 3.67$, 95%-os CI: 1.944-6.949). Az egy éve gyászoló nők körében szignifikánsan gyakoribb, hogy álmaikat gyakran érzik nyomasztónak ($p = .007$, $OR = 2.50$, 95%-os CI: 1.293-4.861), valamint az, hogy alvásukból gyakran ébrednek felriadva, heves szívveréssel ($p = .005$, $OR = 1.85$, 95%-os CI: 1.207-2.840). Mindkét nemre nézve jellemző, hogy ezek az álmok befolyásolják a nappali hangulatot is, férfiaknál rövidebb ideig, néhány órán keresztül ($p = .002$, $OR = 3.47$, 95%-os CI: 1.565-7.679), nőknél azonban hosszasan, akár napokon át ($p = .001$, $OR = 9.65$, 95%-os CI: 2.615-35.601).

16. táblázat. Az egy éve gyászolók álmainak jellemzői

	Egy éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Negatív				
mean	4.33	4.36	3.56	3.94
SD	2.06	1.73	1.29	1.42
F	17.525	8.291		
η^2	.014	.004		
p	.000	.004		
Semleges				
mean	3.16	3.08	3.10	3.12
SD	.87	.73	.84	.84
F	.357	.167		
η^2	.000	.000		
p	.550	.535		
Pozitív				
mean	3.43	3.67	3.75	3.73
SD	1.23	1.57	1.09	1.07
F	3.908	.220		
η^2	.003	.000		
p	.048	.639		

6.2.7. Alkoholfogyasztás

Vizsgálatunkban először az AUDIT kérdőív alapján összpontszámokat számítottunk, majd meghatároztuk az alkoholfogyasztás szempontjából veszélyeztetettek (a 8 vagy annál több pontot elérők) arányait a férfiak és a nők körében. Ezt követően a kérdőív domain-jait külön is elemeztük. Míg az első domain (az alkoholfogyasztás mértéke) esetében a kérdőív eredeti pontszámaival számoltunk (mivel minden válaszkategóriában elegendő válaszadó volt), a második és harmadik domain esetében (az egyes

válaszkategóriákhoz tartozók alacsony számai miatt) a válaszokat dichotomizáltuk. Ennek megfelelően az igen kategóriába soroltuk mindazokat, akiknél az alkoholfüggőség és az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatásai jelen vannak, s a „nem” kategóriába mindazokat, akik ezektől mentesek.

Az AUDIT összpontszámok vonatkozásában a Mann-Whitney teszt szignifikáns különbséget jelzett a férfiak és a nők között ($p < .001$, $t = 6.501$), ami megerősíti a nemek szerinti elemzés hasznosságát. Eredményeinket a 17. táblázat mutatja be.

Az AUDIT összpontszám átlagos értéke a férfiak körében minden csoportnál meghaladja a nők értékeit, a nem gyászoló kontrollcsoporthoz viszonyítva azonban az AUDIT összpontszám csupán a két éve gyászoló férfiak körében mutat szignifikáns eltérést ($p < .001$, $OR = 2,78$).

Mindhárom vizsgált év esetében jelentősen magasabb az alkoholfogyasztás szempontjából veszélyeztetett férfiak aránya a nőkhez képest. Az egyes években a veszélyeztetett férfiak arányai: 18.4% – 29.8% – 11.7%. Ugyanezen arányok nők esetében: 2.8% – 1.4% – 1.0%. A nem gyászolókhöz viszonyítva ebben az esetben is a két éve gyászoló férfiak értéke tér el szignifikánsan ($p < .001$, $OR = 2.78$) a kontrolltól.

Az AUDIT egyes domain-jeit vizsgálva azt találtuk, hogy az egy éve gyászoló férfiak körében az alkoholfüggőség ($p < 0.005$, $OR = 2.07$) és az alkoholfogyasztás káros hatásai ($p < 0.001$, $OR = 2.64$) tekintetében van szignifikáns eltérés a nem gyászolók értékeitől, a két éve gyászoló férfiak körében azonban már az AUDIT mindhárom domain-jének értékei szignifikáns eltérést mutatnak a kontrollhoz képest (alkoholfogyasztás mértéke: $p < .001$, $OR = 1.94$), alkoholfüggőség: $p < 0.001$, $OR = 3.45$), az alkoholfogyasztás káros hatásai: $p < 0.05$, $OR = 2.45$). A három éve gyászoló férfiak esetében nem találtunk eltérést a nem gyászolókhöz képest. Nők esetében az AUDIT domain-jei esetében egyik csoportban sem mutatható ki szignifikáns különbség a gyászolók és a nem gyászolók között.

Ismert, hogy a depresszió és a szorongás befolyásolhatja az alkoholfogyasztást, ezért a továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy ezek a faktorok hogyan hatnak az alkoholfogyasztásra. A vizsgálatnak ez a szakasza a két éve gyászolókra korlátozódott, mivel ebben a csoportban mutattunk ki szignifikáns különbséget a gyászolók és a nem gyászolók között. Négy modellt állítottunk fel annak a vizsgálatára, hogy milyen

mértékben befolyásolják a vizsgált tényezők az AUDIT összpontszámait. Az első modellben a gyászolói statusz és a korábban használt kontrollváltozók (az életkor és az iskolázottság) hatásait vizsgáltuk. A második modellben ezt kiegészítettük a szorongás hatásának vizsgálatával. A harmadik modellben a szorongás helyett a depresszió hatását elemeztük. Végül a negyedik modellben a depresszió és a szorongás együttes hatásait vizsgáltuk.

Eredményeinket a 18. táblázat foglalja össze. Amint ebben látható, a két éve gyászoló férfiaknál a gyászolói statusz az AUDIT összpontszámra vonatkozó prediktív szerepét sem a szorongásra, sem a depresszióra kontrollálva nem veszítette el. A 4. modell szerint az AUDIT összpontszám vonatkozásában a szorongásnak a gyászoló férfiaknál van mediáló hatása ($p < .001$, $\eta^2 = .008$) a depresszióé azonban nincs ($p = .084$, $\eta^2 = .002$).

Összegezve a fentieket, megállapítható, hogy a férfiak alkoholfogyasztása minden vizsgált csoportban jelentősen meghaladta a nőkéét, az összpontszám tekintetében azonban a gyászolókat a nem gyászolóknak kontrollcsoportjához viszonyítva csak a két éve gyászoló férfiak körében mutatható ki szignifikáns különbség. Ugyanez a trend érvényesül az alkoholfogyasztás szempontjából veszélyeztetett emberek arányait tekintve is: bár a férfiak minden csoportban veszélyeztetettebbek, mint a nők, kizárólag a két éve gyászoló férfiaknál mutatható ki, hogy a veszély mértéke eltér a nem gyászolókéétól. Ezek az eredmények erősen szignifikánsak ($p < .001$), a kockázat mértéke a két éve gyászoló férfiak körében háromszorosa a nem gyászolókéénak.

17. táblázat. Alkoholfogyasztás a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók (kontrollcsoport)	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
AUDIT összpontszám								
Mean	4.83	1.29	6.59	0.96	3.72	1.01	3.99	1.11
SD	4.37	2.24	6.95	1.59	3.60	1.34	4.13	1.99
Veszélyeztetettek aránya	18,4%	2,8%	29,8%	1,4%	11,7%	1,0%	12,9%	2,0%
Chi-négyzet	1.433	0.598	11.450	0.347	0.032	0.338		
OR	1.44	1.57	2,78^{***}	0.46	0.93	0.58		
Alkoholfogyasztás mértéke								
Mean	4.88	1.47	5.63	1.24	4.32	1.33	4.45	1.29
SD	3.25	2.02	3.85	2.06	3.34	1.65	3.40	1.95
Chi- négyzet	1.316	1.348	7,871	<0.001	0.112	1.074		
OR	1.27	1.25	1.94^{**}	1.0	0.93	1.23		
Alkoholfüggőség								
Mean	0.24	0.00	0.30	0.00	0.01	0.00	0.10	0.01
SD	0.68	0.00	0.76	0.00	0.11	0.00	0.42	0.15
Chi- négyzet	4.075	<0.001	11.075	<0.001	1.811	<0.001		
OR	2.07[*]	1.00	3.45^{***}	1.00	0.19	1.00		
Az alkoholfogyasztás káros hatásai								
Mean	0.39	0.00	0.40	0.01	0.05	0.01	0.14	0.02
SD	0.86	0.00	1.01	0.09	0.23	0.11	0.50	0.20
Chi-négyzet	10.668	<0.001	6.385	0.111	0.892	0.072		
OR	2.64^{***}	1.00	2.45[*]	0.63	0.57	0.78		

18. táblázat. Az alkoholfogyasztás és a gyászolói status közötti kapcsolat mediáló tényezőinek vizsgálata

	Férfiak				Nők			
	M sq.	F	p	η^2	M sq.	F	p	η^2
<i>1. modell</i>								
Életkor	.180	.010	.921	.000	42.297	12.110	.001	.004
Iskolai végzettség	72.029	3.977	.046	.002	207.841	59.506	.000	.021
Gyászolói status	411.044	22.691	.000	.013	.005	.000	.996	.000
A modell egésze	161.946	8.941	.000	.016	126.237	36.143	.000	.038
<i>2. modell</i>								
Életkor	.177	.010	.921	.000	45.051	13.033	.000	.005
Iskolai végzettség	65.703	3.645	.056	.002	216.884	62.744	.000	.022
Gyászolói status	417.680	23.172	.000	.013	.003	.001	.976	.000
Szorongás	195.162	10.827	.001	.006	26.606	7.697	.006	.003
A modell egésze	168.759	9.362	.000	.022	101.447	29.349	.000	.041
<i>3. modell</i>								
Életkor	.022	.001	.972	.000	47.407	13.640	.000	.005
Iskolai végzettség	68.658	3.777	.052	.002	212.561	61.156	.000	.022
Gyászolói status	353.408	19.442	.000	.011	.000	.000	.991	.000
Depresszió	4.155	.229	.633	.000	4.368	1.257	.262	.000
A modell egésze	109.215	6.008	.000	.014	96.300	27.706	.000	.039
<i>4. modell</i>								
Életkor	3.535	.196	.658	.000	34.393	9.919	.002	.004
Iskolai végzettség	97.746	5.416	.020	.003	202.413	58.377	.000	.021
Gyászolói status	361.917	20.053	.000	.012	.001	.000	.988	.000
Depresszió	54.044	2.994	.084	.002	3.066	.884	.347	.000
Szorongás	235.975	13.075	.000	.008	26.520	7.648	.006	.003
A modell egésze	134.567	7.456	.000	.022	82.344	23.748	.000	.041

6.2.8. Házastársi stressz

A rövidített házastársi stressz skála eredményeit a 19. táblázat foglalja össze. A gyász első évében a férfiak körében szignifikáns növekedés tapasztalható a házastársi stressz szintjében, más területeken azonban a gyászolók és a nem gyászolók között nem mutathatóak ki különbségek.

19. táblázat. Házastársi stressz a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Mean	.65	.78	.53	.53	.39	.74	.41	.59
SD	1.001	1.193	.767	1.082	.675	1.256	.818	1.029
F	5.005	2.397	.828	.132	.211	1.380		
η^2	.004	.001	.001	.000	.000	.001		
p	.025	.122	.363	.716	.646	.240		

6.2.9. Általános életminőség

Az általános életminőséget mérő WHO skála eredményeit a 20. táblázatban foglaltuk össze. Az eredmények azt mutatják, hogy a gyász első évében a férfiak és a nők szubjektív életminősége egyaránt szignifikánsan rosszabb a kontrollhoz képest. A gyász második és harmadik évében ez a hatás csak a nőknél mutatható ki, a férfiaknál nem.

20. táblázat. A WHO jóllét skála értékei a gyász első három évében

	Egy éve gyászolók		Két éve gyászolók		Három éve gyászolók		Nem gyászolók	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Mean	8.34	7.68	8.56	7.29	9.46	7.81	9.34	8.62
SD	3.835	3.544	3.907	3.939	3.061	3.504	3.299	3.578
F	5.563	7.605	3.300	8.713	.011	7.016		
p	.018	.006	.069	.003	.917	.008		

Mivel a szubjektív jóllét háttérében is feltételezhető a szorongás és a depresszió hatása, ezért ebben az esetben is elemeztük, hogy ezeknek a tényezőknek milyen mértékű a hatása. A korábban már ismertetett módszernek megfelelően ismét négy modellt vizsgáltunk. Mivel a gyász első évében volt kimutatható mindkét nem esetében a WHO jóllét skála pontszámainak szignifikáns csökkenése, ezért a mediáló tényezők hatásait a gyász első évében vizsgáltuk. Eredményeinket a 21. táblázat foglalja össze. Amint az adatok is jelzik, abban az esetben, ha az eredményeket csak életkorra és nemre kontrolláljuk, a gyászolói status szignifikáns befolyásoló tényezője a szubjektív jóllétnek, férfiaknál és nőknél egyaránt. Amennyiben azonban az adatokat ezen túlmenően még a szorongásra is kontrolláljuk (2. modell), a gyászolói status szignifikáns hatása mindkét nemnél megszűnik. Az eredményeket csak a depresszióra kontrollálva (3. modell) a gyászolói status férfiaknál szintén elveszíti szignifikanciáját, nőknél azonban nem. Szorongásra és depresszióra egyaránt kontrollálva az eredményeket (4. modell) az látható, hogy a gyászolói status elveszíti szignifikáns szerepét, a szorongás és a depresszió egyaránt jelentős mértékű mediáló hatást mutat (mindkét nemnél), a két faktor közül mindkét nemben a szorongás mediáló hatása az erőteljesebb.

21. táblázat. A szubjektív jóllét és a gyászolói status közötti kapcsolat mediáló tényezőinek vizsgálata

	Férfiak				Nők			
	M sq.	F	p	η^2	M sq.	F	p	η^2
<i>1. modell</i>								
Életkor	474.373	45.007	.000	.026	1184.55	100.897	.000	.026
Iskolai végzettség	340.886	32.342	.000	.018	897.427	76.427	.000	.026
Gyászolói status	58.217	5.524	.019	.003	109.126	9.293	.002	.003
A modell egésze	354.275	33.613	.000	.056	1157.82	98.602	.000	.095
<i>2. modell</i>								
Életkor	426.245	54.687	.000	.031	1100.15	127.04	.000	.043
Iskolai végzettség	398.391	38.284	.000	.022	489.310	56.502	.000	.020
Gyászolói status	1.315	.169	.681	.000	7.647	.883	.347	.000
Szorongás	4639.72	595.278	.000	.258	8678.69	1002.2	.000	.263
A modell egésze	1417.44	181.858	.000	.298	3036.86	350.38	.000	.333
<i>3. modell</i>								
Életkor	42.729	5.429	.020	.003	135.012	15.571	.000	.006
Iskolai végzettség	58.024	7.372	.007	.004	117.927	13.601	.000	.005
Gyászolói status	4.706	.598	.440	.000	43.179	4.980	.026	.002
Depresszió	4521.4	574.42	.000	.252	8336.8	961.50	.000	.257
A modell egésze	1387.3	176.24	.000	.293	2936.67	338.69	.000	.327
<i>4. modell</i>								
Életkor	132.050	18.507	.000	.011	383.347	47.950	.000	.017
Iskolai végzettség	117.713	16.498	.000	.010	183.975	23.012	.000	.008
Gyászolói status	.034	.005	.945	.000	10.750	1.345	.246	.000
Depresszió	1107.72	155.25	.000	.084	1635.00	204.51	.000	.068
Szorongás	1262.10	176.88	.000	.094	1891.87	236.64	.000	.078
A modell egésze	1362.23	190.91	.000	.359	2727.71	241.19	.000	.380

7. MEGBESZÉLÉS

Kutatásunkban országos reprezentatív mintán vizsgáltuk a gyászolók testi és lelki egészségi állapotát a gyász első három évében. A szomatikus állapot vizsgálata során megállapítottuk, hogy a gyászoló férfiak és nők körében egyaránt szignifikánsan gyakoribbak bizonyos testi tünetek a nem gyászolókhöz képest a gyász első évében (férfiaknál: gyomorfájdalom, fejfájás, nehézlégzés, fáradtság, alvászavarok, szexuális zavarok; nőknél: mellkasi fájdalom, gyomorfájdalom, palpitáció, derék- vagy hátfájás, szexuális zavarok). Az orvosilag diagnosztizált, kezelt szomatikus betegségek tekintetében azonban a legtöbb területen nem volt kimutatható változás, csupán a magas vérnyomás gyakorisága volt magasabb az egy éve gyászoló nők körében. A közlekedési balesetek száma jelentősen magasabb volt a két- és a három éve gyászoló férfiak körében.

A gyászolók pszichés állapotának indikátora lehet a pszichiátriai okok miatti kezelések gyakorisága. Az egy éve gyászolók körében mindkét nemből, a két éve gyászolók körében a nők esetében mutatható ki ezen a területen jelentős növekedés. A kezelések gyakoribbá válásának hátterében részben a depressziós és a szorongásos zavarok miatti kezelések állhatnak: az egy éve gyászolók körében a depresszió skálán mért átlagpontszámok szignifikánsan magasabbak, a szorongásra utaló tünetek szignifikánsan súlyosabbak voltak a nem gyászolókhöz képest, emellett a két éve gyászoló nők körében az enyhe depresszió gyakorisága növekedett. A szorongással összefüggő tünetcsoport a szomatizáció: ezen a területen az egy éve gyászoló nők körében mutatható ki a klinikailag jelentős tünetek arányának növekedése. A gyász első évében a férfiak és a nők egyaránt gyakran számolnak be nyomasztó álmokról, ebben az időszakban a férfiaknál szignifikánsan gyakoribbak a rémálmok is, a nők körében pedig az alvásból való riadt felébredés gyakorisága növekszik. A szomatizációra és az alvászavarra utaló tünetek gyakoriságának fokozódása a két- és a három éve gyászolók körében már nem mutatható ki. Ezzel szemben elhúzódóbbak az alkohollal kapcsolatos zavarok a férfiak körében: az egy- és a két éve gyászoló férfiaknál ezek gyakoriságának fokozódása egyaránt kimutatható volt (miközben a nők körében ezeknek a zavaroknak a

gyakorisága nem nőtt). Az egy éve gyászoló férfiak körében növekedett a házastársi stressz szintje is (míg a gyászolók más csoportjaiban változás nem volt kimutatható). Az általános életminőség szubjektív megítélése szempontjából a nők a gyász első három évében egyaránt rosszabb életminőséget jeleztek, míg a férfiak körében csak a gyász első évében volt kimutatható ez a változás. Ez a különbség azonban a férfiak esetében megszűnik, ha az eredményeket depresszióra is kontrolláljuk, s mindkét nemben megszűnik, ha az eredményeket a szorongásra kontrolláljuk.

A továbbiakban fenti eredményeket a szakirodalmi adatok tükrében értékelem.

7.1. A gyászolók szomatikus állapota

Vizsgálatunkban kimutattuk, hogy a gyászolók körében a gyász első évében számos szomatikus tünet (férfiaknál: gyomorfájdalom, fejfájás, nehézlégzés, fáradtság, alvászavarok, szexuális zavarok; nőknél: mellkasi fájdalom, gyomorfájdalom, palpitáció, derék- vagy hátfájás, szexuális zavarok) szignifikánsan gyakoribb a nem gyászolókhöz képest. A szomatikus tünetek gyakoriságának fokozódása összhangban van a szakirodalom által várható eredményekkel. A testi tünetek a gyász időszakában olyan gyakoriak, hogy több, a gyász mérésére szolgáló kérdőív is (pl. Grief Experience Questionnaire; Revised Grief Experience Inventory) a gyász önálló dimenziójaként vizsgálja a szomatikus reakciókat (Barrett és Scott 1989, Lev és mtsai 1993). A gyakoribbá váló testi tünetek ellenére azonban vizsgálatunkban a legtöbb területen nem találtunk különbséget az egy éven belül kezelt betegségek gyakoriságát tekintve a gyászolók és a nem gyászolók között. Ez az eredmény összhangban van Utz és munkatársai (2012) vizsgálati eredményével: a szerzők 328 gyászoló vizsgálata alapján a gyász első évében csak a testi tünetek gyakoriságának fokozódását észlelték, az általános egészségi állapot szempontjából azonban ebben az időszakban nem mutattak ki különbséget a gyászolók és a nem gyászolók között.

A fenti két eredmény azonban látszólag ellentmondásos. Mi az oka annak, hogy a gyászolók körében több testi tünet mutatható ki, mégsem növekszik a szomatikus betegségek száma? Vizsgálatunk egy másik eredménye egyfajta választ adhat erre a kérdésre. A szomatikus tünetlista (PHQ-15) összpontszámát befolyásoló tényezők

elemzése során rámutattunk a szorongás és a depresszió mediáló hatására. A fenti eredményeket együttesen értelmezve feltételezhetjük, hogy a legtöbb testi tünet nem szomatikus betegségnek a jele, hanem a szorongás és a depresszió testi tüneteiként értelmezhető. Saját következtetésünkhöz hasonló eredményre jutott Stroebe és Stroebe (1987) is: vizsgálataik szerint a testi jól-lét szignifikánsan rosszabb volt ugyan a gyászolók körében, ám amikor eredményeiket a depresszióra is kontrollálták, ez az összefüggés eltűnt. Összhangban van ezzel az az eredményünk is, amely szerint a WHO jóllét skálán a gyászolók szignifikánsan rosszabb eredményei a férfiaknál megszűnnek, ha az eredményeket a depresszióra kontrolláljuk, s mindkét nemben megszűnnek, ha az eredményeket a szorongásra kontrolláljuk.

Szorosan kapcsolódik a fentiekhez az az eredményünk is, amely szerint a gyász első évében egyetlen betegség gyakorisága növekszik szignifikánsan: a magas vérnyomásé, amely gyakoribb az egy éve gyászoló nők körében, mint a nem gyászolóknál ($p = .009$, $OR = 1.78$). Ez az eredmény összecseng Prigerson és mtsai (1997) eredményeivel: vizsgálatuk szerint a gyász 13. hónapjában a magas vérnyomás rizikója 1.11-szeres. A magas vérnyomás közismerten a stresszel, a szorongással kapcsolatban álló betegség.

Eredményeink tehát felhívják a figyelmet a gyással szövődő szorongás és depresszió diagnosztizálásának és kezelésének fontosságára. A testi tünetek halmozódása egyfajta vészjelzésként működik, s felhívja a figyelmet arra, hogy a gyászolónak nehézségei lehetnek a veszteség feldolgozásában. Mindez azért is fontos, mert a mindennapi gyakorlatban az orvosok hajlamosak a gyász természetes velejárójának tekinteni a testi tüneteket. Vizsgálataink egyik következtetése azonban éppen az, hogy nem maga a gyász, mint állapot áll a testi tünetek gyarapodásának hátterében, hanem a szövődő szorongás és a depresszió. Következtetéseinkhez hasonlóan Zisook és mtsai (1987b) is úgy vélik, hogy a szomatikus tünetek, a depresszió és a szorongás együttállása a gyász feldolgozásában való elakadás jele lehet. A vizsgálatok arra is rámutattak, hogy az orvosok gyakran nem ismerik fel a szubjektív testi tünetek hátterében meghúzódó pszichés zavarokat (Casey 1994), ami indokoltá tenné, hogy ez a terület hangsúlyosabban jelenjen meg az orvosok képzésében (Pols és Battersby 2008).

A közlekedési balesetek arányainak vizsgálata azt mutatta, hogy a két és a három éve gyászoló férfiak körében egyaránt szignifikánsan, jelentős mértékben nő a közlekedési balesetek száma (két éve gyászoló férfiak: OR = 5.83, három éve gyászoló férfiak OR = 4,48). Ez az eredmény összhangban van azokkal az eredményekkel, amelyek százezres nagyságrendű mintákon a közlekedési balesetek miatti halálozások növekedését jelzik gyászolók körében (Kaprio és mtsai 1987, Martikainen és Valkonen 1996, Johnson és mtsai 2000). Mindemellett ezek a kutatások a halálozások számára vonatkoznak, saját eredményeim pedig a jelenleg is gyászoló emberek baleseti arányait mutatja. Elképzelhető, hogy a módszertani különbség áll a háttérben egy eltérésnek a fenti vizsgálatok és saját kutatásom között. Eredményeim ugyanis egy fontos nemi különbséget is jeleznek: a közlekedési balesetek száma csak a férfiak körében nőtt meg, ezzel szemben pl. Martikainen és Valkonen (1996) adatai szerint a halálozások terén ez a növekedés egyaránt kimutatható a férfiak és a nők körében is. Mivel a szakirodalomban nem találtam hasonló kutatást, amely a jelenleg is gyászolók körében vizsgálta a balesetek számát, ezért az eltéréssel kapcsolatban csak hipotéziseket tudok megfogalmazni. Egyes kutatók feltételezik, hogy a halálos közlekedési balesetek egy része valójában burkolt öngyilkosság (Peck és Warner 1995). Amikor tehát a halálos és a nem halálos közlekedési balesetek arányait vizsgáljuk, valójában nem pontosan ugyanazt mérjük. A nem halálos közlekedési balesetek háttérben egyéb okok is állhatnak. A közlekedési balesetek háttérben közismerten jelentős szerepet játszik az alkoholfogyasztás. Éppen saját kutatásom eredményei mutatnak rá arra, hogy a gyászoló férfiak körében szignifikánsan nagyobb az alkohollal kapcsolatos problémák gyakorisága a nem gyászoló férfiakhoz képest (miközben hasonló növekedés a nők körében nem mutatható ki). A gyarapodó balesetek háttérben tehát – hipotetikusan – állhat a gyakoribb alkoholfogyasztás is, mindemellett ez a terület további kutatásokat igényelne.

7.2. A gyászolók pszichés állapota

Vizsgálatunk eredményei azt jelzik, hogy a gyász időszakában több pszichés zavar is gyakoribbá válik. A mentális állapot jelentős romlásának jó általános indikátora a

pszichiátriai ok miatti kezelések számának növekedése – ezt az egy éve gyászoló férfiaknál és nőknél, valamint a két éve gyászoló nőknél egyaránt kimutattuk. Bár a szakirodalomban a kezelések számának növekedését általában csak egy-egy betegség kapcsán vizsgálják, található olyan kutatás is, amely a pszichiátriai hospitalizációk számának általános növekedését is jelzi. Li és mtsai (2003) vizsgálatukban több mint 12.000, gyermekét elveszített szülő adatait dolgozták fel, retrospektív módszerrel. Eredményeik szerint a gyászoló anyák körében a pszichiátriai hospitalizáció rizikója 1,78-szorosára az apák esetében pedig 1.38-szorosára nőtt.

A pszichiátriai kezelések számának növekedése mögött többféle pszichés zavar is áll.

A gyász időszakában jelentkező depresszió vizsgálata kapcsán megállapítottuk, hogy a gyász első évében férfiaknál és nőknél egyaránt szignifikánsan magasabbak a depresszió pontszámok, majd a depresszió sávok elemzésével kimutattuk, hogy a férfiak körében ez egyúttal a súlyosan depressziósok arányaiban is szignifikáns emelkedést eredményez. Eredményeink egybeesnek a szakirodalomban közöltekkel: Hansson és Stroebe (2003) adatai szerint a gyászolók 10-20%-a tartozik a súlyosan depressziós kategóriába, ehhez hasonlóan Zisook és munkatársai (1994) adatai szerint egy évvel a haláleset után a gyászolók 15%-a diagnosztizálható súlyosan depressziósnak. Saját vizsgálatunkban az egy éve gyászoló férfiak 17.7%-a, a nők 13.7%-a tartozott a súlyosan depressziós kategóriába. Hansson és Stroebe (2003) eredményei szerint a közepes fokú depresszió a gyászolók 25-45%-ára jellemző, saját vizsgálataink szerint ez az arány 25-36%-os. Hasonlóképpen a saját eredményeinkhez, Iachina és mtsai (2006) is azt találták, hogy a gyász második és harmadik évében már nem mutatható ki a depresszió átlagpontszámainak a növekedése.

A depresszióhoz hasonlóan a gyász időszakában a szorongás gyakorisága is jelentősen megnő a gyász első évében: eredményeink szerint ebben az időszakban a férfiak nyolcszoros, a nők háromszoros valószínűséggel minősítik önmagukat súlyosan feszültnek és idegesnek. A két éve és a három éve gyászolók körében a szorongás szintje már nem különbözött szignifikánsan a nem gyászolóktól. Eredményeinkhez hasonlóan Kim és Jacobs (1991) a gyász első évében szintén emelkedett szorongási

szintet találtak, Lindström (1995) pedig úgy találta saját vizsgálatában, hogy az első évet követően már nem mutatható ki a szorongás magasabb szintje a gyászolók körében.

A szomatizáció problémaköre – amint azt saját vizsgálataink is jelzik – szorosan kapcsolódik a depresszióhoz és a szorongáshoz. Kutatásunk eredményei megerősítik azokat a korábbi vizsgálatokat, amelyek a szomatoform zavarok gyakoriságának fokozódást jelzik gyászolók körében ((Beem és mtsai 2000; Schwab 1996; Cowan és Murphy 1985; Elklit és mtsai 2010). A szakirodalmi adatokkal (pl. Barsky és mtsai 2001) és a klinikai tapasztalatokkal összhangban saját vizsgálatunk is azt erősítette meg, hogy a szomatizáció gyakoribb a nők körében. Amint azt a fentiekben elemeztük, a PHQ-15 skálán elért pontszám növekedés (s így a szomatizációra utaló 10 pontos határ elérése) szignifikáns összefüggést mutat a szorongással és a depresszióval. Ez az együttjárás jól dokumentált a szakirodalomban, önálló nevet is használnak a komorbiditásra: „SAD triász” (vagyis somatisation, anxiety, depression) (Kroenke és mtsai 2010). Egyetértünk Zisook és mtsai (1987b) azon véleményével, mely szerint ez az együttjárás jól jelezheti a klinikusok számára a gyász feldolgozásában való elakadást.

Az alkohollal kapcsolatos problémákat a közvélemény szintén kapcsolatba hozza a szorongással és a depresszióval. Mivel a közeli hozzátartozó halála nagyon jelentős stresszt eredményezhet (Chen és mtsai 1999, Stroebe és mtsai 2007), ezért az alkoholfogyasztás feszültség-redukciós modellje (Conger 1956) alapján valóban joggal feltételezhetnénk, hogy a gyász időszakában növekszik az alkoholfogyasztás és az ezzel összefüggő problémák gyakorisága. Az eredmények azonban nem ilyen egyértelműek. Bár több vizsgálat valóban az alkoholfogyasztás mennyiségének és gyakoriságának, valamint az alkoholdependencia előfordulásának növekedését jelzi gyászolók körében (Blankfield 1989, Byrne és mtsai 1999, Joseph és mtsai 1993, Perreira és Sloan 2001), más vizsgálatok nem találtak egyértelmű különbséget az alkohollal kapcsolatos problémák mértékében gyászolók és nem gyászolók között (Lee és mtsai 2005, Lehman és mtsai 1987, Pfefferbaum és Doughty 2001).

Országos reprezentatív mintán végzett eredményeink megerősítik azoknak a korábbi, kisebb mintán végzett kutatásoknak az eredményeit, amelyek szerint a gyászolók körében megnövekszik az alkohollal kapcsolatos zavarok gyakorisága. Véleményünk szerint a korábbi, ellentmondásos eredményekért egyrészt az időbeli

határok tehetőek felelőssé: mivel saját vizsgálatunk szerint a férfiak körében a gyász második évében válnak igazán jelentőssé az alkohollal kapcsolatos problémák, ezért a gyász első évére vonatkozó vizsgálatok még ezzel ellentétes adatokat eredményezhetnek.

Eredményeink másrészt jelzik az alkohollal kapcsolatos problémák nemi különbségeit: miközben a gyászoló férfiak körében több területen is jelentős zavarok mutathatóak ki az alkoholfogyasztás terén, addig a nők esetében ezek a jelenségek nem tapasztalhatóak. Éppen ezért a férfiakat és nőket együttesen elemző vizsgálatok szintén fals eredményekre juthatnak. Néhány korábbi tanulmány azonban már hasonló nemi különbségeket jelzett (Buckley és mtsai 2009, Dawson és mtsai 2005).

Az AUDIT összpontszámot befolyásoló tényezők között a szorongás mediáló hatására mutattunk rá. Ez az eredmény részben egybeesik Dawson és mtsai (2005) vizsgálatával, amelynek során 26.946 személy válaszai alapján pozitív korrelációt találtak a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás és az előző évi stresszorok száma között. Megjegyzendő azonban, hogy saját vizsgálatunkban ez az összefüggés nem az előző évi, hanem a két évvel korábbi stresszor kapcsán jelenik meg. Joggal vethető fel a kérdés, hogy miért a második év a legveszélyeztetőbb a gyászoló férfiak körében az alkoholfogyasztás szempontjából. Bár a legtöbb tanulmány a gyász első évét tartja a legnehezebbnek, néhány tanulmány rámutat a gyász hosszabb távú hatásaira is (Johnson és mtsai 2000), Dawson és mtsai 2005). Saját klinikai gyakorlatom során gyakran találkoztam azzal a jelenséggel, hogy a gyász második éve egyesek számára még nehezebb is, mint az első. Tapasztalataim szerint ennek a hátterében részben a gyászoló erőforrásainak kimerülése áll. A gyász kezdeti időszakában sokan fokozott aktivitással igyekeznek alkalmazkodni a nehezebb körülményekhez – a hónapokon át tartó fokozott megterhelés gyakran az első évet követően vezet kimerültséghez.

Az öngyilkossági gondolatokkal és kísérletekkel kapcsolatos eredményeink azt jelezték, hogy az egy és két éve gyászoló nőknél, valamint a három éve gyászoló férfiaknál szignifikánsan gyakoribbak az öngyilkossági gondolatok, mint a kontrollcsoportokban, az öngyilkossági kísérletek terén pedig nem találtunk különbséget a gyászolók és a nem gyászolók között. Ezek az eredmények kevésbé konzisztensek a szakirodalmi adatokkal. Stroebe és mtsai (2005) vizsgálatai ugyan azt

jelzik, hogy a gyászoló nők körében gyakoribbak az öngyilkossági gondolatok, ezek azonban több vizsgálat eredményei szerint is főleg a gyász kezdeti időszakában intenzívek (Prigerson és mtsai 1999, Stroebe és mtsai 2005). Egyáltalán nem támasztható alá szakirodalmi adattal az az eredmény, mely szerint az öngyilkossági kísérletek száma a gyászolók körében nem nőtt. Martikainen és Valkonen (1996) közel 100.000 özvegy mortalitási adatainak elemzése kapcsán megállapították, hogy az öngyilkosság miatti halálozás özvegy férfiak körében még 5 éves időtávra vonatkozóan is 2,31-szer, nők körében 1,74-szer gyakoribb, mint a házasságban élők esetében. Smith és mtsai (1988) az Egyesült Államok halálozási statisztikájának három évet átfogó adatait elemezve, 80.000 öngyilkos családi állapotának elemzése alapján azt találták, hogy az özvegyek 2.8-szer nagyobb eséllyel halnak meg öngyilkosság miatt, mint a házasságban élők. Luoma és Pearson (2002) szintén az Egyesült Államok halálozási regiszterét elemezték, és egy későbbi, öt éves időtávot átfogó elemzés alapján arra az eredményre jutottak, hogy annak az esélye, hogy egy 20-35 év közötti özvegy öngyilkosság miatt hal meg, 1:400, miközben ugyanebben az életkori csoportban a házasok körében ennek az esélye csupán 1:9000. A fenti vizsgálatokkal való összehasonlítás azonban rámutat saját vizsgálatunk öngyilkossággal kapcsolatos adatainak korlátaira is: miközben saját vizsgálatunk közel ötszáz gyászolóra korlátozódott, addig a fenti eredményeket százezres nagyságrendű mintákon mutatták ki. Miközben számos, jelen kutatásban vizsgált paraméter (pl. fejfájás, szorongás, alkoholfogyasztás, stb.) kellőképpen gyakori ahhoz, hogy kisebb mintán is megbízhatóan elemezhető legyen, az öngyilkossági gondolatok és kísérletek ritkák ahhoz, hogy kisebb mintán is megbízható adatokat kaphassunk róluk. Az öngyilkossági kísérletek esetében külön megjegyzendő, hogy vizsgálatunkban értelemszerűen csak azoknak a válaszai szerepelhetnek, akik elkövettek öngyilkossági kísérletet, ám túléltek azt – a Hungarostudy kutatás jellegéből adódóan nincs információnk arról, hogy a gyászolók közül hányan haltak meg öngyilkosság következtében.

A házastársi stressz területén végzett vizsgálatunk eredménye azt mutatja, hogy az egy éve gyászoló férfiak körében szignifikánsan magasabb a házastársi stressz. A gyászolók körében korábban meglehetősen kevesen mérték fel a házastársi stresszt. Egy közelmúltban megjelent tanulmányban (Kagami és mtsai 2012) azonban a szerzők nem találtak különbséget a gyermeküket spontán abortusz miatt elveszített házaspárok között a Quality

Marriage Index által mért házassági stressz szintben. Több klinikai esettanulmány, vagy kisebb mintán alapuló, pszichoterápiás orientáltságú közlemény ezzel szemben hangsúlyozza a házastársak közötti konfliktusok gyakoriságát, különösen a gyermeküket elveszített szülők körében (Guttman 1991, Oliver 1999, Woodward és mtsai 1985). A gyásznak a házastársi kapcsolatra gyakorolt hatásai a szakirodalomban tehát vitatottak. Áttételesen képet adhatna erről a kérdésről a válási arány, ám a szakirodalomban nincs konszenzus abban a kérdésben sem, hogy a gyermek halála fokozza-e a szülők válási arányait, vagy sem. Miközben pl. Rogers és mtsai (2008) közel 1.000 főre kiterjedő vizsgálatukban, 18 évvel a gyermek halála után azt találták, hogy a válási arányok szignifikánsan növekednek (30%-os válási arány a 24%-oshoz viszonyítva), addig Eilegard és Kreibergs (2010) ezzel gyakorlatilag azonos nagyságú mintán éppen fordított arányokat találtak: 4-9 évvel a gyermek halála után a gyászoló szülőknek csupán 27%-a nem élt együtt, szemben a kontrollcsoport 32%-os különválási arányával.

A gyászolók álmainak vizsgálata kapcsán megállapítottuk, hogy a gyász első évében az álmok negatív aspektusai férfiak és nők körében egyaránt szignifikánsan gyakoribbak. Mindkét nemre jellemző volt a nyomasztó álmok gyakoribbá válása, férfiak körében a rémálmok is szignifikánsan gyakoribbak voltak a nem gyászolókhöz képest. Bár a gyászolók álmainak gazdag szakirodalma van, az e témakörben megjelent cikkek döntő többsége az álmok szimbolikáját állítja középpontba, s elsősorban arra keres választ, hogyan használhatóak az álmok a gyászolók terápiájában (pl. Moss 2002, Belicki és mtsai 2002-2003, Ullman 2001). Saját kutatási eredményünkkel összevethető vizsgálati eredményt így nem találtunk. Egy rémálmokkal kapcsolatos review tanulmány (Spoormaker és mtsai 2006) hangsúlyozza ugyan, hogy a rémálmok háttérében gyász is állhat, hivatkozásképpen azonban a szerző csupán egy konferencia előadást ad meg. E témakör véleményünk szerint nagyobb figyelmet igényelne, hiszen – amint arra Bódizs és mtsai (2008) felhívják a figyelmet – az álmok negatív aspektusai korrelálnak a szubjektív jól-léttel, így a nyomasztó álmok, rémálmok egyfajta általános riasztócsengőként jelezhetik a különböző szomatikus betegségek vagy pszichés zavarok fennállását.

7.3. Vizsgálatunk erősségei és korlátai

Az itt bemutatott vizsgálatok egyik erőssége, hogy országos reprezentatív mintán készültek. A szakirodalomban fellelhető, gyászsal kapcsolatos vizsgálatok többsége kisebb, nem reprezentatív mintán készült. A nagyobb populációra vonatkozó szakirodalmi adatok általában a halálozások számának növekedését mutatják – a jelenleg is gyászolók körében végzett kutatások között alacsony a nagy mintán végzett vizsgálatok száma. A kutatás másik erőssége, hogy a vizsgálat hosszabb (3 éves) időtávot fog át. A szakirodalomban ritkák a több évre kiterjedő vizsgálatok – saját vizsgálataink azonban azt támasztják alá, hogy a gyász számos hatása még az első évet követően is megfigyelhető.

Kutatásunk egyik fontos limitációja, hogy a keresztmetszeti vizsgálatok nem alkalmasak ok-okozati összefüggések elemzésére. Az itt bemutatott együttjárások oki szerepe utánkövetéses vizsgálatokkal lenne igazolható. Egy másik limitáció, hogy a Hungarostudy vizsgálat eredményei a válaszadók önértékelésén alapulnak. Ez esetenként kihatással lehet az elemzett adatokra. Ismert például, hogy a nők hajlamosabbak eltitkolni az alkohollal kapcsolatos problémáikat (Bradley és mtsai 1998).

Vizsgálatunk további korlátja, hogy a szorongást egyetlen kérdés segítségével mértük. Természetesen árnyaltabb képet kaphatnánk a szorongásról több kérdést tartalmazó skálák segítségével. Fontos azonban megjegyeznünk, hogy ez kérdés nagyon szoros korrelációt mutat a teljes Hospital Anxiety Scale-lel (0.79; $p < 0.001$), az egy kérdéssel való vizsgálat pedig széles körben elfogadott az epidemiológiai vizsgálatok során (Bowling 2005).

A szubjektív testi tünetek vizsgálatának limitációja, hogy a PHQ-15 kérdőív nem alkalmas klinikai diagnózis felállítására, csupán az észlelt testi tünetek számát jelzi, ám nem ad magyarázatot ezek okaira. Amint azonban azt korábban is jeleztük, a PHQ-15 kérdőív – saját vizsgálatunkban is használt – 10 fölötti pontszáma 78%-os szenzitivitással és 71%-os specificitással korrelál a DSM-IV „szomatoform zavar” diagnózisával (van Ravestein és mtsai 2009). A mediációs hatások vizsgálata során természetesen számos további tényező hatását is vizsgálni lehetne (pl. társas támogatás, vallásosság, stb.) – mindez további kutatások tárgya lehet.

8. KÖVETKEZTETÉSEK

A gyász időszaka vulnerábilis állapot: ebben az időszakban egyaránt növekednek a morbiditási és a mortalitási adatok is. A halálozások számának növekedése azonban megelőzhető lehetne a szomatikus és pszichés zavarok korai felismerésével és megfelelő kezelésével. Vizsgálatom eredményei így felhívják a figyelmet a veszélyeztetett csoportba tartozók szűrésének, a korai felismerésnek és a gyászolók megfelelő támogatásának a szükségességére.

Ahhoz, hogy ez a mindennapi gyakorlat részévé váljon, számos társadalmi változás szükséges. A továbbiakban röviden felvázolom azokat a pozitív folyamatokat, amelyek Magyarországon ezeken a területeken már megindultak, s egyúttal szeretnék javaslatokat is megfogalmazni a további fejlődéshez.

A halálhoz és gyászhoz való társadalmi viszonyulásban a leglátványosabb változást Magyarországon minden bizonnyal a hospice rendszer megjelenése és elterjedése eredményezte. Az első hazai hospice szervezet, a Magyar Hospice Alapítvány Polcz Alaine vezetésével 1991-ben alakult meg (első, főállású orvosa magam voltam). Ma már a hospice rendszer az egész országban elterjedt: 2010-ben már 62 otthoni ellátást végző hospice szolgálat és 11 hospice bentfekvő részleg működött (összesen 171 ágygal), továbbá 3 hospice mobil team (kórházi konzultatív csoport) és 2 ápolási intézetben ill. idősok otthonában működő hospice szervezet segítette a gyógyíthatatlan betegeket és hozzátartozóikat. A hazai hospice szervezetek 1991-2010 között 41.829 daganatos beteget gondoztak – 2010-ben immár a daganatos betegségben elhunyt emberek 20%-a részesült előzetesen hospice ellátásban (Hegedűs és Munk 2010). A hazai hospice szervezeteket az 1995-ben megalakult Magyar Hospice Egyesület (mai nevén: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület) tömöríti, amely érdekvédelmi, információ-közvetítő feladatokat lát el, képzéseket és konferenciákat szervez, szakmai kiadványokat jelentet meg. (Az Egyesület megalakulásának kezdeményezője, a szervezetnek első titkára voltam. A hospice gondozás elveiről, a hazai hospice rendszer fejlődéséről bővebben egy korábbi publikációmban írtam, ld.: Pilling 2006).

A hospice rendszer nem csak léteével, hanem szemléletformáló erejével is jelentős változást ért el a haldoklók gondozása és a gyászolók segítése terén. A hospice képzéseken az elmúlt évtizedekben több ezer egészségügyi dolgozó vett részt, akik saját munkahelyeiken tudták hasznosítani a megszerzett ismereteket. A hospice megjelenése olyan társadalmi diskurzust indított el, ami nem csak szakmai konferenciákon, hanem TV- és rádió csatornákon, magazinokban is teret kapott. Az utóbbi években a hazai hospice szervezetek egyre tudatosabban igyekeznek formálni a társadalmi halálképet. Ebbe a folyamatba illeszkedik pl. a Magyar Hospice Alapítvány 2007 őszén indított (s azóta is zajló) „Méltóság mezeje” közvélemény-formáló programja, amely egy virághoz (a nárciszhoz) kötődően, a fejlődés-virágzás-hervadás analógiáján keresztül, különböző programok által hívja fel a figyelmet a múlandóságra, a haldoklók segítségének fontosságára. A programba – a mintának tekintett nemzetközi modellnek megfelelően – óvodás és iskolás gyermekeket is bevonnak (pl. nárcisz ültetéssel), azért, hogy már kora gyermekkorban is alakíthassák a múlandósághoz, a veszteségekhez való természetesebb viszonyulást. Szintén a társadalmi a halálkép formálásának eszköze az októberi hospice világnap hazai rendezvényeinek megszervezése is (Zana és Hegedűs 2009).

A hospice szemléleti rendszerének egyik alapja, hogy a szervezet nem csak a haldoklót segíti, hanem a hozzátartozóit is, mind a betegség alatt, mind pedig ezt követően, a gyász időszakában. Ennek megfelelően az immár országos hospice rendszer kitűnő alapot képezhetne egy gyászolókat segítő hálózat kialakításához. Viszonylag rövid hazai múltja során azonban a hospice rendszer a haldoklók segítségét helyezte a középpontba, a gyászolók támogatása sajnos jelentősen háttérbe szorult. Jó indikátora ennek a hospice rendszerekben dolgozó, gyászolókat segítő szakemberek számának alakulása. Miközben a hospice rendszerben 2008-ban 1062 segítő dolgozott, 2010-re a létszám már 1679 főre nőtt – ugyanebben az időszakban azonban a hospice szervezetekben a gyászolókat segítő létszáma 14-ről 10-re csökkent (Hegedűs és Munk 2010). Figyelembe véve, hogy 2010-ben 62 szervezet szolgáltatott adatokat, megállapítható, hogy legalább 4/5-ükben nincs olyan munkatárs, aki nevesítetten a gyászolók segítségével foglalkozna. Igen jelentős fejlődést eredményezne a gyászolók hazai segítésében, ha a szaktudással, infrastruktúrával és immár szinte teljes országos

lefedettséggel rendelkező hospice hálózat nagyobb szerepet vállalna a gyászolók támogatásában is.

Kiemelten fontos a gyászolók hatékony segítése szempontjából a szakemberek képzésének témaköre. Magyarországon ezen a téren jelentős elmaradásokat kellett felszámolni: a hazai képzésekből ez a terület sokáig teljesen hiányzott. Jelentős változást jelentettek a fentebb már említett hospice alap- és továbbképzések – ezek megszervezésében kiemelkedő szerepe volt Hegedűs Katalinnak. Szintén az ő nevéhez köthető a budapesti orvosi egyetemen a „Tanatológia, palliatív terápia” című kurzus 2003-as bevezetése is – ez a választható képzés volt az első, amely a hazai orvostudományban önálló tantárgyként, a hozzá kidolgozott egyetemi tankönyv (Hegedűs 2002) témaköreinek megfelelően foglalkozott a haldoklás és a gyász kérdéseivel. (2005 óta hasonló tanatológiai kurzus működik Szegeden is, Barabás Katalin vezetésével). Az orvostudomány, valamint a pszichiáter szakorvos képzés tankönyveiben, a klinikai pszichológia szakmai protokolljában, valamint a hospice szakképzés tankönyvében saját írásaim által jelentek meg a gyász lélektanáról és a gyászolók segítéséről szóló ismeretek (Pilling 1998/a, 1998/b, 1999, 2002, 2005). A gyászolók segítő Napfogyatkozás Egyesület immár több mint egy évtizede rendszeresen indít több napos továbbképzéseket a gyászolók segítéséről laikusok és professzionális segítők számára egyaránt.

A gyásszal kapcsolatos ismeretek oktatása terén tehát igen jelentős változások történtek az elmúlt évtizedekben. Bár tapasztalataim szerint ezen a területen a hazai képzések immár nemzetközi szinten is irányadónak tekinthetők, mégis lennének lehetőségek a további fejlődésre is. A „Tanatológia, palliatív terápia” tantárgy jelenleg választható kurzus az orvostudományban, miközben ilyen jellegű ismeretekre minden végzett orvosnak szüksége van. A haldoklással és a gyásszal kapcsolatos ismereteket az orvostanhallgatók a képzésüknek olyan korai szakaszában kénytelenek tanulni, amikor klinikai tapasztalataik még nincsenek. (A halálhírek közlése például – kényszerűségből – jelenleg az első éves tematika része, mivel az orvostanhallgatók csak az elméleti modulban tanulhatnak orvosi kommunikációt.) Jelentőségükhöz képest a haldoklás és a gyász témakörei mindmáig alulreprezentáltak az orvostudományban. Hasznos lenne, ha az orvostanhallgatók palliatív terápiás, hospice szakmai gyakorlaton is részt vennének.

Tovább javíthatná az ellátás színvonalát, ha a palliatív terápia Magyarországon is önálló szakvizsga lehetne.

Fontos szerepet tölt be a gyással kapcsolatos ismeretek elterjedésében a Kharón című folyóirat, amelyet 1997-ben Berta Péterrel és Polcz Alainé-nel közösen alapítottunk. A folyóirat az elmúlt 15 évben forrás értékű tanulmányokat tett közzé a gyásról, valamint teret adott hazai szerzők gyással kapcsolatos tanulmányainak. (Pl.: Boga 2000, Édes és Kerekes 2011, Fleischer 2004, Kovácsné 1998, Lindemann 1944, Miller 1994, Pilling 2004, Vizinger 2010). A lap valamennyi számának minden tanulmánya ingyenesen hozzáférhető a www.kharon.hu honlapon.

Fontos szerepe van a gyászolók segítségének hazai fejlesztésében a Napfogyatkozás Egyesületnek, hiszen ez az egyetlen hazai szervezet, amelynek fő célja a gyászolók egyéni és csoportos támogatásának fejlesztése, valamint a gyással foglalkozó szakemberek szakmai közösségének megteremtése. A szervezetet egy Polcz Alainé köré szerveződő csoport 2001-ben alakította meg. Az Egyesület azóta minden évben szervezett tanfolyamokat a gyászolók segítségéről, továbbá négy önálló, országos konferenciát és két további kongresszusi szekciót rendezett a gyással kapcsolatos kérdésekről. Az Egyesület alapítójaként és egykori elnökeként kiemelten fontosnak tartottam egy gyászolókat segítő országos hálózat kialakítását. Ez a nagy munka azonban egyelőre befejezetlen: bár immár szerte az országban számos szakember és szakmai műhely segíti a gyászolókat, egységes, országos hálózat még nem alakult ki. Mintaként szolgálhat pl. a Nagy Britanniában működő Cruse Bereavement Care nevű szervezet, amely az egész országot átfogó segítő hálózatot működtet. 2011-ben közel 35.000 gyászolónak nyújtottak személyes, további 10.000 embernek pedig csoportos segítséget a gyász feldolgozásában. A szervezet 5.700 önkéntese egy év alatt több mint félmillió órát fordított a gyászolók segítésére (<http://www.crusebereavementcare.org.uk/AboutUs.html>). Az Egyesült Államokban már az egyes veszteségtípusok feldolgozására is önálló szervezetek alakultak. A Compassionate Friends nevű szervezet pl. a gyászoló szülőket segíti, az USA 50 államában 640 helyi szervezetük működik. (http://www.compassionatefriends.org/about_us/Compassionate-Friends/our_mission.aspx) Hasonló, átfogó hálózat Magyarországon egyelőre nincs.

Létrejöttéhez szükség lenne olyan szakmai központokra, amelyekben a gyászolók egyéni és csoportos, laikus és professzionális segítséget egyaránt kaphatnak.

Magyarországon jelenleg a gyászolók számára szervezett önsegítő csoportok száma rendkívül alacsony, pedig ezek a csoportok (a komplikációmentes esetekben) igen eredményesen segíthetnék a gyász feldolgozását. Az önsegítő csoportokban a gyászolók megoszthatják egymással érzéseiket, gondolataikat – ami már önmagában is jelentős segítség lehet –, olyan módszereket tanulhatnak egymástól, amelyek segíthetik a gyász feldolgozását, s a csoport egyúttal egymást segítő közösséget is alkot. (Az önsegítő csoportok szerepéről, szervezéséről, vezetéséről egy korábbi tanulmányomban írtam bővebben, ld.: Pilling 2003/c).

Komplikált gyász esetén a gyászolónak pszichológiai/pszichiátriai segítségre is szüksége lenne, az állami kezelés hozzáférhetősége azonban napjainkban korlátozott. A pszichoterápiás profilú osztályok, ambulanciák száma – nem kis mértékben a finanszírozás problémái miatt – jelentősen lecsökkent. A legtöbb gyászoló számára így a szakmai segítség gyakran kizárólag farmakoterápiás kezelést jelent (általában antidepresszív gyógyszer, vagy szorongásoldó, altató felírását). A magánrendelések pszichoterápiás óradíjai sokak számára nem megfizethetőek. Jelen disszertáció keretein messze túlmutató cél lenne az állami egészségügy pszichoterápiás ellátó rendszerének jelentős fejlesztése.

Napjainkban új lehetőségeket teremt a gyászolók segítésében a technikai fejlődés. Ma már magyar nyelven is elérhető olyan honlap (www.gyaszportal.hu), amely széleskörű ismereteket nyújt a gyászról, gyakorlatias tanácsokat ad a gyász feldolgozásának elősegítéséhez, s hozzásegíti a gyászolókat ahhoz, hogy önsegítő csoportokat vagy szakembereket találhassanak. Bár az internetes információ is jelentős segítség lehet, vizsgálatok szerint ez önmagában általában nem elegendő a gyással kapcsolatos nehézségek megoldásához (Kersting és mtsai 2011). Ma már vizsgálatok folynak azonban a gyászolók interneten keresztüli pszichoterápiás segítésével kapcsolatban is (van der Houwen és mtsai 2010). Ez hasznos segítség lehet azok számára, akik a távolság, a magas költségek, vagy egyéb okok (pl. mozgáskorlátozottság) miatt a személyes találkozást nem vállalják, ám szeretnének segítséget kapni a gyász feldolgozásában.

Összefoglalva tehát megállapítható, hogy a segítséget igénylő gyászolók hatékony támogatásához kiemelten fontos lenne a jelenleg működő kezdeményezések hálózattá alakítása (lehetőleg az országos hospice rendszer alapján), az önsegítő csoportok számának gyarapítása, a gyász témakörével kapcsolatos ismeretek szélesebb körű oktatása és a szakmai segítség hozzáférhetőségének javítása. Mindezek együttesen járulhatnának hozzá ahhoz, hogy a disszertációmban bemutatott megbetegedési arányok javulhassanak.

9. ÖSSZEFOGLALÁS

Kutatásom célja az volt, hogy országos reprezentatív mintán, hosszabb időtávot (három évet) vizsgálva átfogó képet kaphassak a gyászolók testi és lelki egészségi állapotáról. Vizsgálataimat a Hungarostudy Egészség Panel (HEP) 2006 felmérés 4329 fős mintáján végeztem, összehasonlítva a közeli hozzátartozójukat három éven belül elveszített gyászolók (N = 423) adatait a nem gyászolók eredményeivel. Elemzéseimet nemibontásban végeztem, a veszteség óta eltelt évek adatait külön-külön feldolgozva. Kutatásomban több, széles körben használt, validált kérdőív adatait elemeztem (Beck Depresszió Kérdőív, Szomatikus Tünetlista, az alkoholfogyasztás jellemzőit mérő AUDIT kérdőív, a WHO Általános Jól-lét Skálája, Álomminőség kérdőív, Házastársi Stressz Skála). A Hungarostudy vizsgálat további kérdései kapcsán elemeztem az egy éven belül kezelt betegségek és balesetek számát, a szorongás szintjét, valamint az öngyilkossági gondolatok és kísérletek számát is.

Vizsgálataim eredményei szerint az egy éve gyászolók körében számos testi tünet szignifikánsan gyakoribb a nem gyászolókhöz képest (fejfájás, mellkasi fájdalom, gyomorfájdalom, derékfájdalom, nehézlégzés, palpitáció, fáradtság, szexuális zavarok, alvászavarok). Az egy éve gyászoló nők körében gyakoribb a magas vérnyomás, a két és három éve gyászoló férfiak körében pedig a közlekedési balesetek száma mutat jelentős növekedést. Mindkét nemben jelentősen nő a gyász első évében a pszichiátriai ok miatti kezelések száma. Ebben egyaránt szerepe lehet a mindkét nemben szignifikánsan gyakoribbá váló depressziónak és szorongásnak is. A gyász második évében jelentősen növekszik az alkoholproblémákkal küzdő férfiak aránya. A gyászolók egyes csoportjaiban kimutatható a házastársi stressz és az öngyilkossági gondolatok arányának fokozódása.

Vizsgálatom eredményei felhívják a figyelmet a veszélyeztetett csoportba tartozók szűrésének, a korai felismerésnek és a gyászolók megfelelő támogatásának a szükségességére.

10. SUMMARY

The aim of my research – examining a long period (three years) – was to present a comprehensive account of the griever's physical and mental health condition. I carried out my investigations on the nationally representative sample of the Hungarostudy Epidemiological Panel 2006 (HEP 2006) Survey, including 4329 persons. I compared the data of bereaved people who lost a close relative within three years ($N = 423$) with those of the non-bereaved. I completed my analyses in gender breakdown, separately processing the data of the years of bereavement. In the course of the research I analysed several validated questionnaires used worldwide, such as the Beck Depression Inventory, the Patient Health Questionnaire, the AUDIT (measuring the characteristics of alcohol consumption), the WHO Well-being Questionnaire, the Dream Quality Questionnaire and the Marital Stress Scale. With regard to further questions arising in the course of the HEP 2006 survey, I examined the number of treatments of illnesses and accidents within one year, the intensity of anxiety, and the number of suicidal ideations and attempts.

According to the results of my research, several physical symptoms prove to be significantly more frequent among people bereaved for a year compared to the non-bereaved (headache, chest pain, stomach pain, back pain, shortness of breath, palpitation, tiredness, sexual problems, troubled sleeping). Among women bereaved for a year high blood pressure appears to be more frequent, while among men bereaved for two or three years we find a dramatic soar in the number of traffic accidents. In the first year of bereavement we find a significant rise in the number of treatments of psychiatric disorders in both genders. This may be explained by the increasing frequency of depression and anxiety in both genders. Moreover, in the second year of bereavement the rate of men struggling with alcoholism shows a remarkable growth. At the same time, in certain groups of bereaved people we find the intensification of marital stress and suicidal ideation. The results of my research draw attention to the urgency of screening endangered groups, the need for early recognition and for the adequate support of bereaved people.

11. IRODALOMJEGYZÉK

- Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine J-P, Mendlewicz J, Tylee A. (2002) Gender differences in depression epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252: 201-209.
- Asaro MR. (2001) Working with adult homicide survivors, part II: helping family members cope with murder. *Perspect Psychiatr Care*, 37: 115-124.
- Averill JR. (1968) Grief: its nature and significance. *Psychol Bull*, 70: 721-48,
- Bagdy E. (1989) Határmezsgyén. A halál és a gyász. In: Jelenits I, Tomcsányi T (szerk.): *Lelki jelenségek és zavarok*. Római Katolikus Kiadó, Budapest, 202-222.
- Bakó T. (1995) Gyászban foganva. *Thalassa*, 6: 179-203.
- Bakó T. (1996) Verem mélyén. Könyv a krízisről. Cserépfalvi, Budapest.
- Balog P, Székely A, Szabó G, Kopp M. (2006) A rövidített házastársi stressz skála pszichometriai jellemzői. *Mentál Pszichoszom*, 7: 193-203.
- Barrett TW, Scott TB. (1989) Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life-Threat Behav*, 19: 201-215.
- Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. (2001) Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Int Med*, 16: 266–75.
- Bech P. (1998): *Quality of life in the psychiatric patient*. Mosby-Wolfe, London.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych*, 4: 561–571.
- Beem EE, Maes S, Cleiren M, Schut, HAW, Garssen B. (2000) Psychological functioning of recently bereaved, middle-aged women. The first 13 months. *Psychol Rep*, 87: 243–254.
- Belicki K, Gulko N, Ruzycki K, Aristotle J. (2002-2003) Sixteen years of dreams following spousal bereavement. *Omega*, 47: 93-106.
- Blankfield A (1989) Grief, alcohol dependence and women. *Drug Alcohol Depend*, 1: 45-49.
- Bódizs R, Simor P, Csóka Sz, Bérdi M, Kopp M. (2008) Dreaming and health promotion. *Eur J Ment Health*, 3:35-62.
- Boga B (2000) Kadmosz szindróma. *Kharón*, 4: 6-22.

- Bowlby J. (1960) Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *Psychoan Study Child*, 15: 9-52.
- Bowling A (2005) Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Comm Health*, 59: 342-345.
- Bowling A. (1987) Mortality after bereavement: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 24: 117–124.
- Bradbeer M, Helme RDH, Yong H, Kendig H, Gibson SJ. (2003) Widowhood and other demographic associations of pain severity in independent older people. *Clin J Pain*, 19: 247–254.
- Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. (1998) Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA*, 280: 166-171.
- Brown JT, Stoudemire GA (1983) Normal and pathological grief. *JAMA*, 250: 378-382,
- Buckley T, Bartrop R, McKinley S, Ward C, Bramwell M, Roche D, Mihailidou AS, Morel-Kopp MC, Spinaze M, Hocking B, Goldston K, Tennant C, Tofler G. (2009) Prospective study of early bereavement on psychological and behavioural cardiac risk factors. *Int Med J*, 39: 370-378.
- Büchi S, Mörgeli H, Schnyder U, Jenewein J, Hepp U, Jina E, Neuhaus R, Fauchère JC, Bucher HU, Sensky T. (2007) Grief and post-traumatic growth in parents 2-6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychoter Psychosom* 76: 106-114.
- Byrne GJ, Raphael B, Arnold E. (1999) Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men. *Aust N Z J Psych* 5: 740-747.
- Calhoun LG, Tedeschi RG. (2004): The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychological Inquiry*, 15: 93-192. (Magyar nyelven: A poszttraumás növekedés alapjai: új megfontolások. Fordította: Kulcsár Zsuzsanna. In: Kulcsár Zsuzsanna szerk.: *Teher alatt...* Trefort Kiadó, Budapest, 2005, 73–89.)
- Caplan G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Book, New York.
- Casey DA. (1994) Depression in the elderly. *South Med J*, 87: 559-563.
- Charlton R, Sheahan K, Smith G, Campbell I. (2001): Spousal bereavement: implications for health. *Fam Pract*. 18: 614-618.

- Chen JH, Bierhals AJ, Prigerson HG, Kasl SV, Mazure CM, Jacobs S (1999) Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychol Med*, 29: 367-380.
- Clayton, PJ, Halikas JA, Maurice WI. (1972) The depression of widowhood. *Br J Psychiat*, 120: 71-77.
- Conger JJ (1956) Alcoholism: Theory, problem and challenge. II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Q J Studies Alcohol*, 17: 296-305.
- Cook, J. A. (1988) Dad's double binds: Rethinking fathers; bereavement from a men's studies perspective. *J Contemp Ethnog*, 17: 285-308.
- Cowan ME, Murphy SA. (1985) Identification of postdisaster bereavement risk predictors. *Nurs Res*, 34: 71–75.
- Currier J M, Mallot J, Martinez TE, Sandy Ch, Neimeyer RA (2012) Bereavement, Religion, and Posttraumatic Growth: A Matched Control Group Investigation. *Psychology of Religion and Spirituality*, in press
- Cserháti Z, Stauder A. (2008) Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In: Kopp M (szerk.). *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 592-598.
- Cserepes R, Pék Gy. (2009) Családi állapota özvegy. 13:41-51.
- Davis CG, Wohl MJ, Verberg N. (2007) Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss. *Death Stud*, 31: 693-712.
- Dawson DA, Grant BF, Ruan WJ. (2005) The association between stress and drinking: Modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism*, 5: 453-460.
- DeFrain, J. (1991) Learning about grief from normal families: SIDS, stillbirth, and miscarriage. *J Marital Fam Ther*, 17: 215-232,.
- Devan, GS. (1993) Management of grief. *Singapore Med. J*, 34: 445-448.
- Eilegard A, Kreicbergs U. (2010) Risk of parental dissolution of partnership following the loss of a child to cancer: a population-based long-term follow-up. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164: 100-101.
- Elklit A, Reinholdt N, Nielsen LH, Blum A, Lasgaard M. (2010) Posttraumatic stress disorder among bereaved relatives of cancer patients. *J Psychosoc Onc*, 28: 399–412.

- Engel G. (1964) Grief and grieving. *Am J Nurs*, 64: 93-98.
- Édes T., Kerekes Zs (2011): Gyászolni az élő. A megelőlegzett gyázmunka a férfiak veszteség-feldolgozásában. *Kharón*, 15:11-28.
- Fleischer A. (2004) Veszteséggel összefüggő pszichés és szomatikus megbetegedések vizsgálata. *Kharón*, 8: 32-51.
- Freud S.: Mourning and melancholia (1917) In: Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 14, 237. Hogart Press, London, 1957 (magyar nyelven: Gyász és melankólia. (ford.: Berényi Gábor) In: Freud, S: Ösztönök és ösztönsorsok Filum Kiadó, Budapest, 129-143.
- Gerevich J, Bácskai E, Rózsa S. (2006) A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psych. Hung.* 21: 45-56.
- Guttman, HA. (1991) Parental death as a precipitant of marital conflict in middle age. *J Marital Fam Ther*, 17: 81-87.
- Hajduska M. (2008) Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Hansson RO, Stroebe MS. (2003) Grief, older adulthood. In: Gullotta TP, Bloom M, eds. The encyclopedia of primary prevention and health promotion. Kluwer, Boston, 515–521.
- Hegedűs K., Munk K. (2010) Összefoglalás a 2010. évi hospice betegellátásról. <http://www.hospice.hu/hospice-jelentesek/456> [Hozzáférés: 2012. július 15.]
- Helsing KJ, Comstock GW, Szklo C. (1982) Causes of death in a widowed population. *Am J Epidemiol*, 116: 524-532.
- Hézser G. (1991) A gyászoló ember. In: Hézszer G: A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve. Református Zsinati Iroda Sajtóosztály, Budapest, 233-253.
- Ho SM, Chu KW, Yiu J. (2008) The relationship between explanatory style and posttraumatic growth after bereavement in a non-clinical sample. *Death Stud*, 32: 461-478.
- Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, 154: 904–910.
- Horowitz MJ. (1993) Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosom Med*, 55: 260-273.

- Iachina M, Jørgensen B, McGue M, Christensen K. (2006) A longitudinal Study of Depression Symptomatology and Widowhood in Elderly Danish Twins. Research report. <http://www.stat.sdu.dk/publications/reports/r001/manuscript4.pdf>
Hozzáférés: 2012. március 25.
- Jacobs SC, Hansen FF, Kasl SV, Ostfeld A, Berkman L, Kim K. (1990) Anxiety disorders in acute bereavement: Risk and risk factors. *J Clin Psychiatry*, 51: 269–274.
- Jacobs SC, Nelson JC, Zisook S. (1987) Treating depression of bereavement with antidepressants: a pilot study. *Psychiatr Clin Nort Am*, 10: 501-510.
- Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, Loveless CA. (2000) Marital status and mortality: the National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*, 4: 224-238.
- Joseph S, Yule W, Williams R, Hodgkinson P. (1993) Increased substance use in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *Br J Med Psychol*, 66: 185-191.
- Kagami M, Maruyama T, Koizumi T, Miyazaki K, Nishikawa-Uchida S, Oda H, Uchida H, Fujisawa D, Ozawa N, Schmidt L, Yoshimura Y. (2012) Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod*, 27: 787-794.
- Kaplan HI (1990) Bereavement and death. In: *Pocket handbook of clinical psychiatry*, Williams & Wilkins, Lippincott, 220-222.
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. (1987) Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health*, 77: 283-287.
- Kast V. (1995) A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei. (Ford.: Mérei Vera) T-Twins Kiadó, Budapest, 62-99.
- Kast V. (2000) Kötés és oldás (ford. Liska Endre). Európa Könyvkiadó, Budapest, 11-65.
- Kersting A, Kroker K, Schlicht S, Wagner B. (2011) Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 32: 72-78.
- Kessing LV, Bukh JD, Bock C, Vinberg M, Gether U. (2010) Does bereavement-related first episode depression differ from other kinds of firstdepressions? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45:801-808

- Kim K, Jacobs SC. (1991) Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *J Affect Disorders*, 21: 257-263.
- Kissane DW, Bloch S, Onghena P, McKenzie DP, Snyder RD, Dowe DL. (1996) The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry*, 153: 659-666.
- Knight C, Barthel H. (1993) Quality hospice care. A hospice staff training manual. EMBI Inc, Texas.
- Kopp M, Skrabski Á, Czakó L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1: 4-24.
- Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S. (1995) Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population. *J Psychosom Res*, 39: 1019-1029.
- Kovácsné TZs, Szeverényi P. (1998) A vetélés és a szülés körüli gyermek elvesztés a pszichológus szemével. *Kharón*, 2: 33-43.
- 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. Internetes forrása:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CA2574CE001979C5CA25716B007662BA/\\$File/grfall.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CA2574CE001979C5CA25716B007662BA/$File/grfall.pdf). (Hozzáférés: 2012. március 22.)
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. (2010) The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 32: 345–359.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2002) The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 64: 258–266.
- Kulcsár Zs. (szerk.) (2005) Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Trefort Kiadó, Budapest.
- Kunt E. (1987) Az utolsó átváltozás. A magyar parasztság halálképe. Gondolat Kiadó, Budapest, 181-188.
- Kübler-Ross, E. (1988) A halál és a hozzá vezető út. (ford.: Blasszauer Béla), Gondolat, Budapest.

- Lee S, Cho E, Grodstein F, Kawaci I, Hu FB, Colditz GA. (2005) Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. *Int J Epidemiol*, 34: 69–78.
- Lehman DR, Wortman CB, Williams AF. (1987) Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *J Pers Soc Psychol* 1: 218-231.
- Lev E, Munro BH, McCorkle R. (1993) A shortened version of an instrument measuring bereavement. *Int J Nursing Stud*, 30: 213-226.
- Li G. (1995) The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soci Sci Med*, 40: 825-828.
- Li J, Hansen D, Mortensen PB, Olsen J. (2002) Myocardial infarction in parents who lost a child. A nationwide perspective cohort study in Denmark. *Circulation*, 106: 1634-1639.
- Li J, Precht DH, Mortensen PB, Olsen J. (2003) Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet*, 361, 363–367.
- Lindemann E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, 101:141-148. (Magyar nyelven: Az akut gyász tünettana és kezelése. Ford.: Révész Renáta. Kharón, 2: 13-26, 1998)
- Lindström TCh. (1995) Anxiety and adaptation in bereavement. *Stress Cop*, 8: 251-261.
- Luoma JB, Pearson JL. (2002) Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health*, 92: 1518-1522.
- MacMahon B, Pugh T. (1965) Suicide in the widowed. *Am J Epidemiol*, 81: 23-31.
- Maddison D, Viola A (1968) The health of widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res* 12: 297-306.
- Maier W, Gansicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzua RF (1999) Gender differences in the prevalence in major depression: a survey in primary care. *J Affect Disord*, 53: 241-252.
- Marshall MR (2010) When loss bring gain. The influence of person and event characteristics on posttraumatic growth in the bereaved. (Dissertation). UMI Dissertation Publishing. Open URL:
http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-

[2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqdiss&rft_dat=xri:pqdiss:3399309](#) [Hozzáférs: 2012. július 27.]

- Martikainen P, Valkonen T. (1996) Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *Am J Public Health*, 86: 1087-1093.
- Martocchio BC (1985) Grief and bereavement. Healing through hurt. *Nurs Clin North Am*, 20: 327-341.
- McEwen BS (1998) Protective and damaging effects of the stress mediators. *N Engl J Med*, 338: 171–179.
- Mendes de Leon CF, Kasl SV, Jacobs S. (1993) Widowhood and mortality risk in a community sample of the elderly: a prospective study. *J Clin Epidemiol* 46: 519-527
- Miller M, Frank E, Cornes C, Imber S, Anderson B, Ehrenpreis L, Malloy J, Silberman R, Wolfson L, Zaltman J, Reynolds, Ch (1994) Applying Interpersonal Psychotherapy to Bereavement-Related Depression Following Loss of a Spouse in Late Life. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3:149-162 [Magyar nyelven: Interperszonális pszichoterápia alkalmazása a gyással összefüggő depresszióban házastársukat elveszített időseknél. *Kharón* 3: 46-70. Fordította: Benczúr Lilla és Pilling János]
- Moss E. (2002) Working with dreams in a bereavement therapy group. *Int J Group Psychoth*, 52: 151-170.
- Muszbek K, Székely A, Balogh E, Molnár M, Rohánszky M, Ruzsa A, Varga K, Szöllősi M, Vadász P. (2006) Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research* 15: 761-766.
- Nunn K. (1988) Counselling the bereaved. *J Soc Issues*, 44:191-206.
- Oliver LE. (1999) Effects of a child's death on the marital relationship: A review. *Omega*, 39: 197-227.
- Orth-Gomer K, Chesney MA. (1997) Social stress/strain and heart disease in women. In: Julian DG, Wenger NK. (ed.): *Women and Heart Disease*. Martin Dunitz, London, 407–420.
- Orth-Gomer K, Leineweber C. (2005) Multiple stressors and coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Biol Psychology*, 69: 57–66.

- Parkes CM, Brown R. (1972) Health after bereavement: a controlled study of young boston widows and widowers. *Psychosom Med*, 34: 449-461.
- Parkes CM. (1964). Effects of bereavement in the physical and mental health: a study of the medical records of widows. *Br Med J*, 2: 274-279.
- Parkes CM. (1998) Bereavement. In: Doyle D., Hanks GW, Macdonald N. (eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford, 995-1010.
- Pasternak RE, Reynolds CF, Schlernitzauer M. (1991) Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 52: 307-310.
- Paykel ES, Myers JK, Dienelt MN, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP. (1969) Life events and depression. *Arch Gen Psychiatry*, 21: 753-760.
- Peck DL, Warner K. (1995) Accident or suicide? Single-vehicle car accidents and the intent hypothesis. *Adolescence*, 30: 463-472.
- Peppers LG, Knapp RJ. (1980) Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 43: 155-159.
- Perreira KM, Sloan FA. (2001) Life events and alcohol consumption among mature adults: a longitudinal analysis. *J Stud Alc*, 62: 501–508.
- Pfefferbaum B, Doughty DE. (2001) Increased alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City bombing victims. *Psychiatry*, 4: 296-303.
- Pilling J. (1998/a) A klinikai pszichológus szerepe a hospice gondozásban. In: A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja. (Szerk.: Bagdy Emőke). Animula, Budapest, 177-178.
- Pilling J. (1998/b) Tanatológia – haldoklók és gyászolók pszichés gondozása. In: Füredi J. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest, 704-715.
- Pilling J. (1999) A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: Pilling János (szerk.) (1999): *A haldoklás és a gyász pszichológiája*. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, VIII/1-13.
- Pilling J. (2001/a) Segítség a gyászban. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest
- Pilling J. (2001/b) A gyász lélektana. In: Szádóczky E. - Rihmer Z. (szerk.): *Hangulatzavarok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 112-149

- Pilling J. (2001/c) „Adj szót fájdalomnak”. A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: Angyal E, Polcz A. (szerk.): Letakart tükör. Helikon, Budapest, 207-239.
- Pilling J. (2002): A gyász lélektana. A normál és a komplikált gyász folyamata, a támasznyújtás lehetőségei. In: Hegedűs Katalin (szerk.): A palliatív ellátás alapjai. Semmelweis Egyetem, Budapest, 149-164. (Második kiadás In: Hegedűs Katalin (szerk.): A palliatív ellátás alapjai. Semmelweis Egyetem, 2008, Budapest, 178-191.)
- Pilling J. (2003/a) A gyász kulturális vonatkozásai. In: Pilling János (szerk.): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 19-26.
- Pilling J. (2003/b) A gyász lélektana. In: Pilling János (szerk.): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 27-54.
- Pilling J. (2003/c): A gyászolók segítségének lehetőségei. In: Pilling János (szerk.): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 55-76.
- Pilling J. (2004) A búcsú méltósága (A holttesttel való méltó bánásmód kérdései). Kharón, 8 (3): 15-60.
- Pilling J. (2005) A haldoklás és a gyász lélektana. In: Kopp Mária, Berghammer Rita (szerk.): Orvosi pszichológia. Medicina, Budapest, 492-503.
- Pilling J. (2006) A hospice szemléleti és gondozási rendszere. In: Horti József, Riskó Ágnes (szerk.): Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 331-338.
- Pilling J (2009): Tanatológia – támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Negyedik kiadás. Medicina, Budapest, 795-802.
- Pilling J (2008) A gyász kettős arca: veszélyek és esélyek. In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 469-476.
- Pilling J. (szerk.) (2010) A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Polcz A. (1989) Gyászban lenni. In: Polcz A: A halál iskolája. Magvető Kiadó, Budapest, 270-322.
- Pols RG, Battersby MW (2008) Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue. Med J Aust, 188 (Suppl 12): S133-137.

- Prigerson H, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear K, Newsom JT, Jacobs S. (1996a) Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *Am J Psychiatry*, 153: 1484-1486.
- Prigerson H, Bierhals AJ, Zonarich DL. (1996b) Complicated grief: Nosology, treatment, and outcomes. *Dir Psychiatry*, 16: 1-11.
- Prigerson H, Maciejewski P, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Miller M. (1995b) Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiat Res*, 59: 65-79.
- Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, Beery LC, Newsom JT, Jacobs S. (1997) Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*, 154: 616–623.
- Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, Beery LC, Rosenheck RA, Jacobs SC, Bierhals AJ, Kupfer DJ, Brent DA (1999) Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry*, 156: 1994–1995.
- Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds ChF, Anderson B, Zubenko GS, Houck PR, George ChJ, Kupfer DJ. (1995a) Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*, 152: 22–30.
- Prigerson HG, Maciejewski PK. (2005) A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega*, 52: 9.
- Prigerson HG, Vanderwerker LC. (2005) Final Remarks. *Omega*, 52: 91.
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, et al. (2009) Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6 (8): e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Reinert DF, Allen JP (2002) The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res*, 2: 272-279.
- Ribár J. (1990) Gyászolók lelkipogozása. In: Jelenits I. – Tomcsányi T. (szerk.): *Egymás között egymásért. Híd Családsegítő Központ, Szeged*, 194-229.
- Rogers CH, Floyd FJ, Seltzer MM, Greenberg J, Hong J. (2008) Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *J Fam Psychol*, 22: 203-211.

- Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, Kopp M. (2003) A HUNGAROSTUDY 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psych Hung*, 18: 83–94.
- Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J. (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psych Hung*, 16: 384–402.
- Saunders JB, Aasland OG., Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88: 791– 804.
- Schaefer C, Quesenberry CP, Wi S. (1995) Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. *Am J Epidemiol*, 141: 1142-1152.
- Schwab R. (1996) Gender differences in parental grief. *Death Stud*, 20: 103–113.
- Shear MK, 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 MF, First M, Sareen J, Bolton J, Skritskaya N, Mancini AD, Keshaviah A. (2011) Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28:103-117.
- Shor E, Roelfs DJ, Curreli M, Clemow L, Burg MM, Schwartz JE. (2012) Widowhood and mortality: a meta-analysis and meta-regression. *Demography*, 49: 575-606.
- Singer M. (2006) Asszonyok álmában síró babák. Jaffa Kiadó, Budapest
- Singer M. (2010) Vigasztalódás a gyászban. Jaffa Kiadó, Budapest
- Smith JC, Mercy JA, Conn JM. (1988) Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health*, 78: 78-80.
- Spoormaker VI, Schredl M, van den Bout J. (2006) Nightmares: from anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Med Rev*, 10: 19-31.
- Stroebe M, Schut H, Stroebe W (2007) Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370: 1960-1973.
- Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G. (2005) The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *Am J Psychiatry*, 162: 2178–2180.
- Stroebe M, Stroebe W, Schut H. (2001) Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Rev Gen Psych*, 5: 62-83.

- Stroebe W, Stroebe MS. (1987) Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss. New York: Cambridge University Press.
- Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M. (2006) A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentál Pszichoszom*, 7: 247-255.
- Susánszky É, Székely A, Szabó G, Szántó Zs, Klinger A, Konkoly Thege B, Kopp M (2007) A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentál Pszichoszom*, 8: 259-276.
- Tatelbaum J. (1998) Bátorság a gyászhoz. (ford.: Jámber Katalin) Pont Kiadó, Budapest, 25-66.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. (2004) Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15: 1-18. (Magyar nyelven: Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. Fordította: Kulcsár Zsuzsanna, Nagy Henriett és Varga Bernadett. In: Kulcsár Zsuzsanna szerk.: Teher alatt... Trefort Kiadó, Budapest, 2005, 37-67.)
- Ullman M. (2001) On a personal note: dreams of Janet. *J Am Soc Psych Research*, 95: 112-132.
- Updegraff JA. (2005) Predictors of perceived growth following direct exposure to community violence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24: 538–560.
- Utz RL, Caserta M, Lund D. (2012) Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *Gerontologist*. 52: 460-471.
- van der 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. *Behav Res Ther*, 48:359-67.
- van Ravesteijn H, Wittkampf K, Lucassen P, van de Lisdonk E, van den Hoogen H, van Weert H. (2009) Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med*, 7: 232–238.
- Viedermann M. (1995) Grief: normal and pathological variants. *Am J Psychiatry*, 152: 1-4.
- Vizinger E (2010) Gyász és autogén tréning. *Kharón*, 14:1-46.
- Waite L. (1995) Does marriage matter? *Demography*, 32: 483–504.

- Walsh F. (2007) Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Fam Process*, 46: 207-227.
- Walijarvi CM (2012) Grief and/or growth among bereaved adults. (Dissertation) Open URL:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc7&AN=2012-99090-355> [Hozzáférés: 2012. július 27.]
- WHO (1990) Diabetes mellitus in Europe: a problem at all ages and in all countries. A model for prevention and self care. *Giorn Ital Diabetol*, 10 (suppl).
- Wolchik SA, Coxe S, Tein JY, Sandler IN, Ayers TS (2008) Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *Omega*, 5: 107-128.
- Wolfelt A. (1991) Toward an understanding of complicated grief: a comprehensive overview. *Am J Hosp Palliat Med*, 8: 28-30.
- Woodward S, Pope A, Robson WJ, Hagan O. (1985) Bereavement counselling after sudden infant death. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 290: 363-365.
- Worthington R. (1994) Models of linear and cyclical grief. *Clin Pediatr*, 33: 297-300.
- Zana Á, Hegedűs K (2009) Intervenció stratégiák kialakítása a halál és haldoklás témájában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10: 337-347.
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 6: 361-370.
- Zisook S, Shuchter SR, Lyons LE (1987b) Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. *Psychiatr Clin North Am*, 10: 355-368.
- Zisook S, Shuchter SR, Lyons LE. (1987a) Adjustment to widowhood. In: Zisook S. (ed.): *Biopsychosocial Aspects of Bereavement*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 51-74.
- Zisook S, Shuchter SR, Sledge PA, Paulus M, Judd LL. (1994) The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *J Clin Psychiatry*, 54: 29-36.
- Zisook S. (1995) Death, Dying and Bereavement. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth Edition. Editors: Kaplan, H.I. - Sadock, B.J. Williams and Wilkins, Baltimore, 1713-1729.

12. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

12.1. A disszertáció témájával összefüggő publikációk

Könyvek

- Pilling János* (szerk.) (2010): A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Pilling János* (szerk.) (2003): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Pilling János* (2001): Segítség a gyászban. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest
- Pilling János* (szerk.) (1999): A halál és a haldoklás kultúrantropológiája. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest
- Pilling János* (szerk.) (1999): A haldoklás és a gyász pszichológiája. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest

Könyvfejezetek

- Pilling János* (2009): A gyász lélektana. A normál és a komplikált gyász folyamata, a támasznyújtás lehetőségei. In: Hegedűs Katalin (szerk.): A palliatív ellátás alapjai. 2. kiadás. Semmelweis Egyetem, Budapest, 178-191. (Első kiadás In: Hegedűs Katalin (szerk.): A palliatív ellátás alapjai. Semmelweis Egyetem, 2002, Budapest, 149-164.)
- Pilling János* (2009): Tanatológia – támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Negyedik kiadás. Medicina, Budapest, 795-802. Korábbi kiadások: *Pilling János* (1998): Tanatológia – haldoklók és gyászolók pszichés gondozása. In: Füredi J. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina, Budapest, 704-715; második, bővített kiadás: *Pilling János* (2001): Tanatológia – támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina, Budapest, 2001, 825-832. *Pilling János* (2003): Tanatológia – támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Harmadik kiadás. Medicina, Budapest, 825-832
- Pilling János* (2008): A gyász kettős arca: veszélyek és esélyek. In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 469-476.

- Pilling János* (2008): A haldoklás és a gyász lélektana. In: Kopp Mária, Berghammer Rita (szerk.): Orvosi pszichológia. Medicina, Budapest, 437-449.
- Pilling János* (2006): A hospice szemléleti és gondozási rendszere. In: Horti József, Riskó Ágnes (szerk.): Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 331-338.
- Pilling János* (2006): A gyász hatása az életminőségre. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 337-349.
- Pilling János, Hegedűs Katalin* (2005): A pszichés támasznyújtás lehetőségei a hospice gondozásban. In: Bagdy Emőke, Túry Ferenc (szerk.): A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja. (Második, átdolgozott változat). Grafológiai Intézet Kft, Budapest, 2005, 206-266.
- Pilling János* (2005): A gyászolók segítésének lehetőségei. In: Bucholczné Szombathy Mária, Midling Andrea (szerk.): Mozaik III. Válogatott tanulmányok a kórházi betegek segítő szolgálatát végzők számára. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány, Budapest, 166-182.
- Pilling János* (2005): A haldoklás és a gyász lélektana. In: Kopp Mária, Berghammer Rita (szerk.): Orvosi pszichológia. Medicina, Budapest, 492-503.
- Pilling János* (2003): Gyász. In: Kovács Mónika (szerk.): Időskori depresszió és szorongás. Springer, Budapest, 108-114.
- Pilling János* (2003): A gyász kulturális vonatkozásai. In: Pilling János (szerk.): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 19-26.
- Pilling János* (2003): A gyász lélektana. In: Pilling János (szerk.): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 27-54.
- Pilling János* (2003): A gyászolók segítésének lehetőségei. In: Pilling János (szerk.): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 55-76.
- Pilling János* (2001): „Adj szót fájdalomnak”. A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: Angyal Eleonóra és Polcz Alaine (szerk.): Letakart tükör. Helikon, Budapest, 207-239.
- Pilling János* (2001): A gyász lélektana. In: Szádóczky E. - Rihmer Z. (szerk.): Hangulatzavarok. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 112-149.

- Pilling János* (1999): A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: *Pilling János* (szerk.) (1999): A haldoklás és a gyász pszichológiája. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, VIII/1-13
- Pilling János* (1998): A klinikai pszichológus szerepe a hospice gondozásban. In: A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja. (Szerk.: Bagdy Emőke). Animula, Budapest, 177-178.

Folyóiratokban megjelent tanulmányok

- János Pilling, Barna Konkoly Thege, Zsolt Demetrovics, Mária S Kopp* (2012): Alcohol use in the first three years of bereavement: a national representative survey. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7:3, doi:10.1186/1747-597X-7-3, IF: 1.581
- Barna Konkoly Thege, János Pilling, Zoltán Cserhádi, Mária S. Kopp* (2012): Mediators between bereavement and somatic symptoms. BMC Family Practice, 13:59, doi:10.1186/1471-2296-13-59, IF: 1.467
- Purebl György, Pilling János, Konkoly Thege Barna, Bódizs Róbert, Kopp Mária* (2012): Van-e a nyomasztó álmoknak indikátorszerepük a gyászban? Ideggyógyászati Szemle, 65 (7-8): 261-265. IF: 0.236
- Pilling János* (2006): A gyász lélektana és a gyászolók segítésének lehetőségei. Családorvosi Fórum (2): 27-33
- Pilling János* (2004): A búcsú méltósága (A holttesttel való méltó bánásmód kérdései). Kharón, 8 (3): 15-60.
- Pilling János* (2003): Strukturális technikák a gyászolók önsegítő csoportjaiban. Kharón – Thanatológiai Szemle, 7 (1-2): 97-122.
- Pilling János, Hegedűs Katalin, Bognár Tamás, Kolosai Nedda, Békés Vera* (2001): Halálnak halála. Haldoklással és gyásszal kapcsolatos ismeretek oktatása a graduális és posztgraduális orvoscépzésben. Egészségügyi Krónika, 6 (1-2): 23-24.

12.2. A disszertáció témájától független publikációk

Könyvek

János Pilling (Ed.) (2011): Medical Communication. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

János Pilling (Herausgeber) (2011): Ärztliche Kommunikation. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Bagdy Emőke, Demetrovics Zsolt, *Pilling János* (szerk.) (2009): Polihistória. Buda Béla 70. születésnapjára. Akadémiai Kiadó, Budapest

Pilling János (szerk.) (2008): Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Simon Tamás, Sótonyi Péter, *Pilling János* (szerk.) (2005): Rezidensképzés: Egészségügyi dokumentáció – Minőségbiztosítás – Jogi, etikai ismeretek – Kommunikáció. Semmelweis Kiadó, Budapest

Pilling János (szerk.) (2004): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Ács Géza - *Pilling János* - Zatik István (1992): Meghaltam – és élek. Halál közeli élmények. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Könyvfejezetek

Sándor Imola, Purebl György, *Pilling János* (2011): A rossz hírek közlésének pszichoterápiás lépései. In: Purebl György (szerk.): Bevezetés a pszichoterápiába, e-learning tananyag.

Pilling János (2009): A halál jelentései. In: Sinkó Dóra (szerk.): Lelkünk rajta. Saxum Kiadó – Pszichodiák Alapítvány, Budapest, 181-200.

Pilling János (2008): Az orvos-beteg konzultáció. In: *Pilling János* (szerk.): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 46-66.

Pilling János, Cserhádi Zoltán (2008): Kommunikáció szomatizáló páciensekkel. In: *Pilling János* (szerk.): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 210-226.

Pilling János (2008): Az agresszió megelőzésének és kommunikációs kezelésének lehetőségei. In: *Pilling János* (szerk.): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 293-305.

- Pilling János* (2008): Rossz hírek közlése. In: *Pilling János* (szerk.): *Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 306-334.*
- Györfly Zsuzsa, Ádám Szilvia, Pilling János* (2006): Az orvosok testi és lelki egészségi állapota. In: *Szántó Zsuzsa, Susánszky Éva* (szerk.): *Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, 105-116.*
- Pilling János* (2005): A betegközpontú orvosi kommunikáció alapjai. In: *Simon Tamás, Sótónyi Péter, Pilling János* (szerk.): *Rezidensképzés: Egészségügyi dokumentáció – Minőségbiztosítás – Jogi, etikai ismeretek – Kommunikáció. Semmelweis Kiadó, Budapest, 135-149.*
- Pilling János, Cserhádi Zoltán* (2005): Kommunikáció szomatizáló betegekkel. In: *Simon Tamás, Sótónyi Péter, Pilling János* (szerk.): *Rezidensképzés: Egészségügyi dokumentáció – Minőségbiztosítás – Jogi, etikai ismeretek – Kommunikáció. Semmelweis Kiadó, Budapest, 197-206.*
- Pilling János* (2005): Kommunikáció gyógyíthatatlan betegekkel. In: *Simon Tamás, Sótónyi Péter, Pilling János* (szerk.): *Rezidensképzés: Egészségügyi dokumentáció – Minőségbiztosítás – Jogi, etikai ismeretek – Kommunikáció. Semmelweis Kiadó, Budapest, 207-222.*
- Pilling János* (2004): Az orvosi interjú. In: *Pilling János* (szerk.): *Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 85-107.*
- Pilling János* (2004): Rossz hírek közlése. In: *Pilling János* (szerk.): *Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 389-412.*
- Hegedűs Katalin, Pilling János, Kolosai Nedda, Bognár Tamás* (2002): Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei. In: *Cseri Péter* (szerk.): *Segítségnyújtás a végeken. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest 347-357.; ill. Lege Artis Medicinae, 11 (6-7): 492-499.*
- Pilling János* (2002): Co-operation of team members. Competence and scope of activity of professionals and volunteers working in palliative care: bereavement counsellor. In: *Hegedűs K, Szy I* (eds.): *Palliative Care of Terminally Ill Patients. Professional guidelines. 2nd improved and extended edition. Hungarian Hospice-Palliative Association, Budapest, 15-16, 59-60*

- Pilling János* (2000): Együttműködés a team tagjai között. In: Hegedűs Katalin - Szy Ildikó (szerk.): A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása. Szakmai irányelvek Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 2000, 17-21
- Pilling János* (1999): A halállal kapcsolatos attitűdök a filozófiában. In: *Pilling János* (szerk.) (1999): A halál és a haldoklás kultúrantropológiája. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, IV/1-12.
- Pilling János* (1999): A halál elő- és utóélete. Halálközeli élmények. In: *Pilling János* (szerk.) (1999): A halál és a haldoklás kultúrantropológiája. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, VII/1-14.
- Pilling János* (1999): „És az Úr azt mondta nekem...” Halálközeli élményt átélt emberek világ- és túlvilágképe. In: *Pilling János* (szerk.) (1999): A halál és a haldoklás kultúrantropológiája. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, VIII/1-15.
- Pilling János* (1999): A haldokló pszichés gondozása a haldoklás különböző stádiumaiban. In: *Pilling János* (szerk.) (1999): A haldoklás és a gyász pszichológiája. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, III/1-14.
- Pilling János* (1995): A haldokló pszichés gondozása a haldoklás különböző stádiumaiban. In: Hegedűs Katalin (szerk.): Halálközelen II. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 109-124, valamint: (1. rész) Háziorvosi Szemle, 3 (1): 24-26 (1996) és (2. rész) uo., 3 (2), 23-27 (1996)
- Pilling János* (1994): A halál elő- és utóélete. Halálközeli élmények. In: Hegedűs Katalin (szerk.): „Halálközelen. A haldokló és a halál méltóságáért.” Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 37-52.

Folyóiratokban megjelent tanulmányok

- Pilling János*, Tényi Tamás, Fehér László (2010): KOMP: szkizofrén betegek terápiás együttműködését segítő kommunikációs módszer. *Psychiatria Hungarica*, 25 (Supplementum) 1): 36-48.
- Pilling János* (2008): Sorsfordító beszélgetés: a veleszületett rendellenességek hírének közlése. *Bábák, szülésznők*, 7 (1): 14-16.
- Pilling János*, Cserhádi Zoltán (2005): A szomatizáció kezelése a mindennapi orvosi gyakorlatban. *Alkalmazott Pszichológia*, 7 (2): 59-73.

- Pilling János* (2004): Gyógyíthatatlan betegségek diagnózisának közlése. *Uroonkológia*, 1 (1): 25-29.
- Pilling János*, Sándor Imola (2002): Kommunikáció oktatás az orvosképzésben. *Eszterházy Károly Főiskola Tudományos Közleményei*, 29: 224-230.
- Hegedűs Katalin, *Pilling János*, Kolosai Nedda, Bognár Tamás, Békés Vera (2002): Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei. *Orvosi Hetilap*, 143 (42): 2385-2391.
- Kolosai Nedda, Bognár Tamás, *Pilling János*, Hegedűs Katalin, Békés Vera (2002): „... és ments meg, Uram, minket a hirtelen haláltól!” Valóság, 45 (2): 66-82
- Hegedűs Katalin, *Pilling János*, Kolosai Nedda, Bognár Tamás (2001): Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae*, 11 (6-7): 492-499.
- Hegedűs Katalin, *Pilling János*, Bognár Tamás, Kolosai Nedda (2001): Egészségügyi dolgozók halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje: egy kérdőíves felmérés eredményei. *ETInfo*, 4 (4) 9-10.
- Bognár Tamás, Kolosai Nedda, Hegedűs Katalin, *Pilling János* (2001): „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét!” Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről. *Lege Artis Medicinae*, 11 (2): 154-162
- Pilling János* (1998): Halálközeli élményt átélt emberek világ- és túlvilágképe. *Kharón – Thanatológiai Szemle*, 2 (3): 37-50.
- M. Topits Judit - *Pilling János* (1997): Meghaltam – és élek. Halálközeli élmények. *Kharón*, 1 (1): 71-90
- Pilling János* (1997): Élmények a halál közelében. *Élet és Tudomány* 52 (32): 1011-1013
- Pilling János* (1994): Haldokló betegek hospice - szellemű gondozása. *Medicus Universalis. Aktuális Oldalak*. 27 (14): 3-4
- Pilling János* (1993): Hospice – a haldokló gondozás új formája Magyarországon. *Medicus Anonimus*, 1 (1): 10
- Pilling János* (1992): Halállátók. Végeken (A regionális mentálhigiénés kutatások folyóirata) 3 (2): 8-15.

13. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt *Kopp Máriának* szeretnék köszönetet mondani, aki nem csupán témavezetőm és munkahelyi vezetőm volt, hanem példaképem is. A Magatartástudományi Intézet megalapításával azt a komplex, holisztikus szemléletet valósította meg az orvosképzésben, amit orvostanhallgatóként legjobban hiányoltam saját képzésünkből. Ennek az Intézetnek Kopp Mária kitűnő vezetője volt: egy nyitott, szellemileg inspiráló környezetet alakított ki, amelyben a kreativitás, a fejlődés ugyanolyan érték, mint a munkatársakkal való jó kapcsolat, az együttműködés. Mária sokoldalúsága, energikussága, lelkesültsége, kedvessége mindnyájunknak erőt adott. Témavezetőként tapasztalataival, ötleteivel egyaránt segítette kutatásaimat. Váratlan halála lesújtó volt. Nem csak az ő emléke él bennem tovább, hanem a hatásai is mindannak, amit megismerhettem tőle és általa. Adomány számomra, hogy egy ilyen csodálatos emberrel dolgozhattam együtt!

Szeretnék egy másik karizmatikus embernek is köszönetet mondani, akinek ezt személyesen már nem mondhatom el: *Polcz Elaine*-nek. A vele való találkozás, személyének kisugárzása, évtizedes munkakapcsolatunk és barátságunk megváltoztatta az életemet. Az ő hívására lettem hospice orvos, így találkoztam gyászolókkal, a köré szerveződő csoportban tanulhattam egyre többet a gyászról. Hálás vagyok azért, hogy ismerhettem!

Szakmai utamat évtizedek óta segíti *Hegedűs Katalin*, aki Magyarországon egyetemi szintre emelte a tanatológiát és létrehozott egy olyan szakmai műhelyt, amely központjává vált a hazai tanatológiai kutatásoknak. Nevéhez köthető a tanatológiai ismeretek oktatásának hazai bevezetése az orvosképzésbe, valamint számos, irányadó szakmai könyv megszületése. Örülök, hogy általa részese lehettem ezeknek a változásoknak!

A statisztikai elemzésekhez *Konkolj Thege Barna* nyújtott rengeteg segítséget. Saját statisztikai tudásom korábban meglehetősen csekély volt. Az, hogy disszertációm elemzéseit már saját kezűleg készíthettem, Barna éveken át tartó tanításának, hatalmas tudásának, segítőkészségének és nem utolsósorban türelmének köszönhető... Ő ismerttetett meg a kutatási eredmények idegen nyelvű publikálásának gyakorlatával és fő

szabályaival is. Nem csak kitűnő szakembert, hanem egy nagyon jó embert ismerhettem meg benne, ami az elmúlt évek egyik ajándéka számomra.

Az idegen nyelvű publikálások megnyíló világa olyan együttműködéseket eredményezett, amelyek szakmailag és emberileg is sokat jelentenek nekem. Nagyon köszönöm *Bódizs Róbertnek, Cserhádi Zoltánnak, Demetrovics Zsoltnak, Hajnal Ágnesnek, Perczel Forintos Dórának, Rózsa Sándornak, Susánszky Évának, Szántó Zsuzsának és Székely Andrásnak*, hogy társaim voltak a publikációk néha rögös útjain.

Családom, barátaim és rokonaim támogatása nélkül azonban ez a dolgozat nem születhetett volna meg. Az elmúlt évek még bizonyosabbá tették, hogy a feleségem nem csak csodás nő, hanem kitűnő társ is. Köszönöm *Áginak*, hogy minden feltételt biztosított ahhoz, hogy nyugodtan dolgozhassak, a mindennapok gyakorlati szintjén túl azzal a szeretettel is, ami átsegített minden nehézségen! *Ábel* és *Hanna* léte olyan boldogság, amely megsokszorozza a mindennapok örömeit és súlytalanabbá tudja tenni a gondokat. Szüleim, valamint apósom és anyósom szeretete, gyakorlati segítsége megtartó erő, amire mindig számíthattam. Két közeli barátom, *Purebl Gyuri* és *Fehér Laci* ezekben az években is biztatott és támogatott – köszönöm nekik!