

Kolosai Nedda - Bognár Tamás

Az élettől búcsúzó kérdéseinek súlya az ittmaradottakon...

Hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak és az egészségügy más területein dolgozó segítő foglalkozásúak halálattitűdjeinek különbségei

Összefoglalás: *Tanulmányunk alapkérdése, vajon békessé, emberivé tehető-e az élettől búcsúzás mai, technikalizálódott világunkban? A hospice-mozgalom célja pontosan az, hogy a gyógyíthatatlan, előrehaladott állapotú betegek humánus gondozásával, családtagjaik segítségével a mai kor igényeinek megfelelően visszaadja a halál méltóságát. Milyen személyiségtényezők segíthetik, illetve akadályozhatják a haldoklókat kísérő segítő foglalkozásúakat abban, hogy humánusan, hazugságoktól mentesen álljanak betegek mellett? Hiszen sokkal többen halnak meg egy átlagos kórházi osztályon, mint a hospice intézményeiben. Fontos lenne tehát, hogy általánossá váljon a hospice szemlélete és gyakorlata. Vizsgálatunkban összehasonlítottuk 44 hospice-ban dolgozó segítő, valamint 46, az egészségügy más területein dolgozó segítő foglalkozású saját halálához való viszonyulását, halálattitűdjét. Mérőeszközként Lester Halál iránti Attitűdskáláját, valamint Neimeryer és Moore Multidimenzióális Halálfélelem Skáláját használtuk. Kiinduló hipotézisünk szerint a hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak félelme saját haláluktól kisebb, mint az egészségügy más területein dolgozó segítőké, és ez meghatározó tényező abban, hogy emberiben, hazugságoktól mentesen képesek elkísérni a haldoklókat.*

Bevezetés

Haláhtagadó társadalomban élünk, a halálkultúra hiányának következtében elvesztek régi rítusaink, megszűntek azok a hagyományos közösségek, amelyek támaszt nyújtottak az élet utolsó időszakában. „Holott a halál életünk csúcspontja, megkoronázása, ami értelmet és súlyt ad neki” – írja Marie de Hennezel (1997). A halálunk előtti hetek, napok, órák személyiségünk kiteljesedésének időszakai lehetnének, illetve kellene, hogy legyenek. Az ún. self-integráció (Jung) szükséglete a haldoklót életútjának áttekintésére készíti. Ehhez az áttekintéshez (az élet lezárásához) pedig emberi, meghitt, hazugságoktól mentes légkörre és gondos figyelemre lenne szükség. Vajon hány kórházi osztályon biztosított mindez? Vajon hány segítő foglalkozású (orvos, nővér, pszichológus, szociális munkás stb.) áll felkészülten, valódi segítségre képesen a haldoklók mellett?

A halálba kísérés módja mindig az adott kulturális, társadalmi rend függvénye, halálunk mára technikalizálódott, a kórházak falai közé szorult. Ezért a ma embere egyedül, magára maradottan néz szembe a halál kihívásával üres, fájó kiszolgáltatottságban.

Vajon tehető-e újra emberibbé, meghitté, békessé a haldoklás, az élettől búcsúzás ebben a korban, melyben élünk? Erre a kérdésre ad választ a hospice mozgalom, amely a mai kor követelményeinek megfelelően megpróbálja visszaadni a halál méltóságát. A hospice-ok célja a gyógyíthatatlan, előrehaladott állapotú betegek humánus gondozása, családtagjaik segítése. Itt adódik a következő kérdés: vajon a hospice-okban dolgozó segítő foglalkozásúak miért képesek megfelelőbben, emberiben elkísérni a haldoklókat, mint az egészségügy más területén dolgozó segítőké?

Nyilván ennek egyik legfőbb oka a halálról és a haldoklásról szerzett mélyebb gyakorlati tudás. Ezt számos empirikus kutatás is alátámasztja. Saját vizsgálatunkban egy kevésbé

egyértelmű, a személyiség mélyén húzódó okot vizsgáltunk: halálattitűdbeli különbségeket, a két csoport saját halálához való viszonyának eltéréseit. Kiinduló hipotézisünk az volt, hogy a hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak halálfélelme kisebb, mint az egészségügy más területein dolgozó segítőké – halálfélelmükkel tudatosan foglalkoznak, ezért képesek emberiben, hazugságoktól mentesen, valódi odafigyeléssel elkísérni a haldoklókat. Vizsgálatunk célja tehát az volt, hogy feltárjuk a hospice-ban dolgozó segítőket és az egészségügy más területein dolgozó segítőket halálattitűdjének különbségeit, valamint az eltérés irányát és minőségét.

Célunk megvalósításához, hipotézisünk bizonyításához megfelelő mérőeszközt kellett találnunk. Mérőeszközként Lester Halál iránti Attitűdskáláját, valamint Neimeryer és Moore Multidimenziós Halálfélelem skáláját használtuk. Hazai kutatásokban nem találtunk anyagokat, melyek felhasználták e két attitűdskálát – saját tapasztalataink alapján mindkettő hasznos, pontos mérőeszköz ebben a témakörben.

Mintánk a következőképpen alakult: attitűdskáláinkat 44, hospice-ban dolgozó segítő foglalkozású töltötte ki (11 orvos, 18 ápolónő, 7 szociális munkás, 1 lelkész, 2 pszichológus, 5 önkéntes segítő), valamint 46 az egészségügy más területein dolgozó segítő foglalkozású (19 orvos, 16 ápoló, nővér, 11 pszichológus). A kérdőíveket személyesen vittük el és általában postán kaptuk vissza. A hospice-os minta nagysága annak fényében vizsgálható, hogy ma hazánkban kb. 200-an dolgoznak hospice-okban, közülük 23 a hospice orvos. Tehát a teljes létszám negyedét, ezen belül az orvosok felét sikerült elérnünk. A két csoportot az SPSS programcsomag segítségével hasonlítottuk össze, a nem paraméteres eljárások közül Mann - Whitney próbával.

Eredményeink elgondolkodtatóak és cselekvésre ösztönzők, bár csak részben igazolták kiinduló hipotézisünket. Bemutatásuk előtt áttekintjük témánk szakirodalmi háttérét.

A halál pszichológiai aspektusai

„... Nem azt akarom mondani, hogy szeretni kell a halált; az életet kell olyan egyértelműen, számítások és válogatás nélkül szeretni, hogy ez a szeretet természetesen, *az élet részeként* foglalja magában a halál szeretetét is, a halálét, mely az élet másik oldala.” (Rilke)

A halál-tabu

Tabu az, amit a szokás, a kultúra és nem a törvény tilt. Gondolata félelmet ébreszt, illetve nem beszélnek róla, ha gondolnak is rá (Kulcsár, 1998). A tabu Cook útleírásaiban a polinéziai nyelvekből átvett kifejezés, mely mágikus rítusokon alapuló „érintheletlenséget” jelent és megtilt bizonyos cselekvéseket, például a holtak érintését (David A. Statt, 1996).

Vajon tabu-e a halál? Ha igen, mindig is az volt-e?

Bizonyos nézetek szerint tévedés azt hinni, hogy csak a modern ember tette tabuvá a halál kérdését. Ugyanis transzkulturális, etnográfiai és pszichológiai leírások tanúsítják, hogy a haláltól való irtózás általános emberi jelenség; a természeti népekre is jellemző (Temesváry, 1996). A XX. században azonban a haláltól való félelem új dimenziókat kapott. Philippe Ariés áttekintette a halállal kapcsolatos közösségi attitűdöket a VI. századtól napjainkig, és ezen időintervallumban négy különböző szemléletet, halálviszonyt különít el.

Az első korszak, a „*megszelídített halál*” időszaka, mely a korai középkorra jellemző, egészen a XVIII. századig. A halál az élet természetes része – jellemzője ennek a szemléletnek a „mindannyian meghalunk” gondolata, a haldoklás és a halál közösségben, nyilvánosan zajlik. A temetők a város vagy a falu közepén találhatóak, templomokban vagy azok körül. Általában névtelen sírokba temetik a halottakat, a felhalmozódott csontokat közös tárukban helyezik el. A

második halálviszony-korszak, az „önmagunk halála”, a késői középkorra jellemző. A halál egyre személyesebb jelleget ölt, a megítéltetés, az Utolsó Ítélet gondolatával fonódik össze. Korábban a temetés szertartása csupán a sírbatétel volt, ebben az időszakban ez kiegészül a gyászmenettel, a templomi gyászmisével, a ravatalozással. Az újkorhoz kötődő harmadik korszak, a „másik halála”, melyben tovább fokozódik a halállal kapcsolatos elhárítás. A temetők a lakóhelyen kívülre kerülnek, az emberek haláluk után immár névre szóló sírhelyekben nyugszanak. A halottkultusz jelentősen felerősödik. A szeretteinktől való elszakadás elviselhetetlennek tűnik, a halál egyre inkább összefonódik a szeretettel, a szerelemmel, majd az erotikával is. A negyedik korszak, a „tiltott halál”, mely főleg a XX. század sajátossága. A haldoklás és a halál a kórházak falai közé kerül. A haldokló körül hazugságháló épül, már nem ura többé saját halálának, csupán alanya. A halállal való szembesülés félelmetessé vált, a haldoklással, gyásszal járó érzelmi terheket igyekszünk elhárítani, a halál már tabu – kivéve az erőszakos és a hirtelen halált, melyek a szórakoztatóipar kedvelt témái lettek (Ariés, 1977).

Ariés logikusan követi végig azt a történelmi folyamatot, melyben tabuvá vált a halál. Szerinte a szex mellett a halál az a terület, ahol a „természet fenyegeti a kultúrát”, a halált éppen ezért meg kell szelídíteni, amit korábbi társadalmak főleg a *rituáléikon* és a *valláson* keresztül tettek meg. Ám az elmúlt évszázadokban az individualizmus aláásta a rítusokat és a modern ember védtelenül áll a halál obszcenitásával szemben (Ariés, 1987). Szorosan kapcsolódik Ariés következtetéseihez Groger (1955, id: Kulcsár, 1988) érvelése. Groger szerint a halál-tabu a szertartások, rítusok hiányában alakult ki. Vannak minimális temetési szertartásaink, de nincsenek gyászszertartásaink. Ha a problematikus élményeket a társadalom nem tudja rituálisan kezelni, akkor az egyéneknél pszichológiai problémák keletkeznek, és a halál társadalmi szinten bukkan fel, abban a jelenségben, amit Groger a „halál pornográfiájának” nevezett. Vagyis azt a társadalmat, amely az egyén szintjén elutasítja a halállal történő foglalkozást, előntik a horrorfilmek, a háborúkról és a katasztrófákról szóló közlemények (Groger, id: Kulcsár, 1998). Korunkban, miközben az individuum számára szinte lehetetlen a halálról, a gyászról beszélni, a média szinte megszállottja lett a halálnak (Kulcsár, 1988).

Az időtudat kontextusában elemezve a halál problematikáját, levonhatjuk azt a következtetést, hogy a halál-tabu problémája megoldható volna a halállal kapcsolatos rituálék újraalkotásával és az időélmény sajátos módosításával. Edmund Leach szerint ugyanis az idő egyfelől repetitív (ciklikus), másfelől irreverzibilis (lineáris). A rítusok a cirkuláris időtudat helyreállításával segítik a halál problémájának kezelését, a mi társadalmunk azonban a változást, a fejlődést hangsúlyozva a lineáris időt helyezi előtérbe.

Régi rítusainkat nem éleszthetjük teljességgel újjá, azonban saját társadalmi, kulturális viszonylatainkban a hospice-ok újraéleszthetik ezek bizonyos elemeit. A hospice-ok megteremtik az „időélmény sajátos módosítását”, a jelenre figyelmet, valamint az ősi rítusokból táplálkozó mai rítusokkal megteremtik a cirkuláris időtudatot is.

Marie de Hennezel (1997), hospice osztályon dolgozó pszichológusnő szavai mindezt megerősítik:

„A fürdetési ceremónia, amelyet az ágyhoz kötött betegek igényeihez szabott, tökélyre fejlesztett berendezés tesz lehetővé, rítussá vált. A jólét rítusává.” „Igen, az élettel foglalkozunk, nem a halállal, és talán ebben rejlik az ápolók titka: megértették, hogy a halál olyan, mint egy tükör, amelyben életünket látjuk.” „Beszéltünk az időről is, az idő és a belső nyugalom közötti kapcsolatáról. Vajon többek között nem az-e a titka az ápolók nyugodtságának, hogy oly hamar tapasztalatot szereznek egy másik időről? Hogy egyre figyelmesebbek lesznek saját maguk, a többiek, a világ iránt, s egyre jelenvalóbbak?”

Tudattalan és halál

Alvilág és tudattalan analógiája kézenfekvő; a tudattalan a halál alapszimbóluma és viszont. A tudattalan éppúgy ismeretlen, mint a halál. A félelem a holtak feltámadásától, a sírok megnyílásától Jung szerint ekvivalens a tudattalan feltárulásától, felszínre törésétől való félelmünkkel (Kulcsár, 1998).

Freud szerint ösztöneinket az Id tartalmazza, mely tudattalanul működik, itt lapulnak a pszichikus erők, energiák, innen kölcsönzi azokat a többi rendszer (én, felettes én). A személyiség hajtóerejét velünk született ösztöneink adják, melyek belső, szomatikus eredetű izgalmak külső reprezentációi. Freud két alapösztönt határoz meg: az életösztönt (Eros) és a halálösztönt (Thanatos). A halálösztön destruktív jellegű, az agresszió befelé fordulása az öngyilkosság. Az emberi lét gigantikus küzdelem, állandó feszültség a két ösztönecsoporthoz. „Bár ezen freudi teoretikus feltevés sokat vitatott, érdekessége, hogy az embert élet és halál alapvető összefüggésén keresztül akarja megérteni és magyarázni.” (Nagy, 1997) Graber szerint primitív népeknél és gyermekeknél születés és halál szoros kapcsolatban van. A kettő a tudat számára ellentét, a tudattalan azonban csak életet ismer a halálban is. A gyermek a tudattalan által irányítva halhatatlannak gondolja magát (Nagy, 1997).

Saját halálunkat csak a képzelet útján tapasztalhatjuk meg, ez a tapasztalat Jung szerint az individuális teljesség élményéhez vezet. A halál könyvei, így az egyiptomi és a tibeti halottaskönyvek azt a pszichikus utazást jelképezik, amelyet befelé és lefelé, a tudattalan felé teszünk meg. A láma ezt suttogja biztatásként a haldokló fülébe: „Ne félj, ne rettegj! Indulj el önmagad felé!” Az ember ki-be jár köznapi élete és tudattalanjának realitása között, melyek éles konfliktusban vannak egymással, ebből adódik az ember szenvedése. Ám, ha ezt a kettősséget, oda-vissza játékot képesek vagyunk permanens állapotnak felfogni, nem csupán átmenetinek, akkor elfogadjuk a belőle növvő feszültséget. S a feszültség elviselése a lélek transzformálódásának feltétele (Kulcsár, 1998).

A halál – mint ismeretlen – megszelídítése tehát a tudattalannal való megbékéléshez, önmagunk teljesebb elfogadásához vezet.

A halálfélelemről

Mivel a halál problematikája bekerült a kórházak falai közé, elidegenedett az egyéntől, a vele kapcsolatos élményeket a társadalom nem tudja rituálisan kezelni, a halállal magára maradt emberen elhatalmasodik a félelem. A halálfélelem, melyet a halált övező elfojtások, a negáció, az elhárítás és az egyéb én-védő mechanizmusok alakítanak ki.

Freud szerint az alapvető emberi csoportok, a társas élet molekulái a halálfélelemből alakultak ki. Az első emberek összebújtak, mert féltek a szeparáltságtól és attól, ami a sötétben rájuk leselkedett. Bagdy Emőke (1989) szerint is a *szeparációs félelem* késői, felnőttkori származéka a halálfélelem. A halálfélelem szükségképpen alakul ki minden emberben, és mindenkihez közel azonos érzelmi jelentésű, de eltérő átéléstartalmú félelem.

Az átélésbeli különbségeket már az elhárítás, átdolgozás, lecsökkentés, olykor az elfojtás belső lélektani munkájának egyedi különbségei adják. Ez a folyamat erősen társaslélektani indíttatású (Bagdy, 1989). A halálfélelem, mint a szülők elvesztésének szimbóluma 4-6 éves korban jelenik meg (Piaget, 1978.) 15-20 évesek között viszont már nárcisztikus félelemként jelentkezik, mint a saját egészséges test megsemmisülésétől való félelem.

Levitt szerint érdekes, hogy bár az ember az az élőlény, amely minden valószerűség szerint természetes halált hal, mégis anticipálja halálfélelmét (Levitt, 1987. id.: Temesváry, 1996). Az elmúlt évtizedek vizsgálatai, melyek a halálfélelemmel foglalkoztak, ellentmondó eredményekhez vezettek. Ezt Wittkowski (1978) azzal magyarázza, hogy a kutatók nem tettek

különbséget az általában a halálra, más ember halálára, és az egyén önmaga halálára vonatkozó félelme között. *A saját haláltól való félelem* részben a végességet, a tervezett célok befejezésének lehetetlenségét jelenti, ami az önértékelést veszélyezteti. Feifel (1992) szerint a „halálfélelem a teljes megsemmisüléstől és identitásvesztéstől való félelem.” Ebben a lét végleges megsemmisülésének félelme éppúgy benne foglaltatik, mint a szeretett személytől való elválás, és a rettegés a meghalás aktusa alatti szenvedésektől. *A mások halála* miatti félelemben egyaránt szerepet játszik a veszteség fölött érzett depresszió (Rothmann és munkatársai, 1963) és a Freud által leírt, halottól, holttesttől való rettegés. De emlékeztetheti az egyént a halott a saját halálára is (Temesváry, 1996).

Az emberek többsége – ha nem is találkozik közvetlenül az elmúlással – a halálra a távoli jövő eseményeként gondol, amelynek a jelenben nincs semmiféle relevanciája. Ez a fajta haláltudat az ember alap-hiedelmei közé tartozik (Epstein, 1980. Id: Kulcsár, 1998). Az a hiedelem, hogy a halál beláthatatlanul messze van, *a halál tagadásával* egyenértékű. A saját haláltól való félelem tagadását mutatja Bromberg és Schilder kutatása, mely szerint a vizsgált személyek 75%-a igen kicsinek tartotta saját halálának valószínűségét (Temesváry, 1996).

Az idői eltolást *elhárításnak* tekintik (ez Neimeyer és munkatársai szerint [1986] erős halálfélelmet jelez), míg *a jelen hangsúlyozását* (ez a halálfélelem hiányát mutatja; Vargo és Batsel, 1981) az illúziók kategóriájába sorolják (Taylor és mtsai, 1989. Id: Kulcsár, 1998). A jelenre figyelés, tehát nem zárja ki az érett haláltudatot, sőt a haláltudat a jelen minél konstruktívabb megélésére készítheti az egyént.

Taylor (1988) elmélete szerint a mentális egészséget pozitív illúziók védik. A halál közelsége vezethet pozitív illúziókhoz, úgymint: „én felnagyításhoz”, és az ezzel látszólag ellentétes „éntelenséghez”, az én transzcendenciájához. A pozitív illúziók gondolatát Tomer (1994, id.: Kulcsár, 1998) összefüggésbe hozza a szimbolikus halhatatlanság koncepciójával. E szerint a halálfélelemmel szemben a kultúrával való identifikáció nyújt védelmet (Becker, 1975), azaz minden olyan alkotás, mely túléli az egyént, szimbolikus halhatatlanságot ígér. A kultúrával való azonosulás a transzcendencia, az én meghaladásának lehetséges módja is. Többen feltételezik, hogy az énejlődés utolsó stádiumában a self elveszíti határait és megjelenik az „éntelenség” állapota (Tomer, 1994. id: Kulcsár, 1998).

A személyiségfejlődés utolsó szakaszát Dickstein (1977/78) a self, mint integrált egész és az éntelenség kettősségével jellemezte (id.: Kulcsár, 1998). Mindkettő a személyes halállal való megküzdés eszköze. Az éntelenség, a self-transzcendencia, a szimbolikus halhatatlanság (pl. az alkotásokban való továbbélés) által szolgáltatja a halálfélelem legyőzését. A *self integráció szükséglete* pedig az életút áttekintésére, értékelésére és átértékelésére, „biográfia-készítésre” való erős készítésben érhető tetten. Ez a cselekedet vallási rendszerekben is jelentős szerepet kap: ilyen például a végső számadás, az utolsó ítélet gondolata a keresztény vallásban, vagy az ítékezés gondolata az egyiptomi mítoszokban (Pellei, 1995). Jung álláspontja (1995) szintén szervesen kapcsolódik az előbb elmondottakhoz. Szerinte az élet közepén 35-45 éves korban az ego fejlődésének csúcán fordulópontra érkezünk, amikor is szembe kell néznünk életünk második felével és halálunkkal – ennek szimbóluma az integráció-dezintegráció. Míg az élet első felében az energiák a személyes ego növekedését szolgálják, addig az életközépen az energia irányt változtat, előbb a család és a társadalom felé használódik fel, azután „visszafolyik a kozmoszba”, legvége a fizikai felbomlás, amikor visszaadatunk a földnek (id.: Kulcsár, 1998).

A halálhoz való egyetlen adekvát viszonyulás Kenyon pszichológiai elemzésében a „*lebegtető perspektíva*”. Ez a lebegtető, nyitott viszony tudomásul veszi a halál elkerülhetetlen és megismerhetetlen jellegét. A lebegtető perspektíva felvétele azonban csak a személyiségfejlődés érett szintjén valósulhat meg (id.: Kulcsár, 1998). Erikson pszichoszociális fejlődéseméletének

utolsó szakasza „az én integritása a kétségbeeséssel szemben”, ahol az integráció elérése megóv a halálfélelemtől, míg a kétségbeesés, az élet értelmének visszamenőleges megkérdőjelezését, a halál elfogadásának képtelenségét mutatja. Egyértelműek a párhuzamok Jung gondolatai, Erikson pszichoszociális elmélete és a Kenyon-féle lebegtető perspektíva között. A Kenyon-féle lebegtető attitűd nyitottságot eredményez, a másság elviselését, változtathatatlan életesemények elfogadását segíti elő, s mint minden paradoxon, új perspektíva felvételére, felülemelkedésre készítet. Mindez természetesen csak akkor várható, ha az egyénnek és a társadalomnak van haláltudata és halálkultúrája. Ha a halál téma a *tudattalanban* reked, szükségképpen jelenik meg a társas kapcsolatok szintjén a kirekesztés gyakorlata és az előítéletes gondolkodás, mely vonatkozik a haldoklóra és minden kisebbségi csoportra, a betegekre és gyengékre egyaránt. Mindezek alapján megállapítható, hogy a *halál elfogadása a személyiségfejlődés fontos állomása*.

Halálfélelem és a személyiség érettsége

A halálhoz való viszony elemzése során elsőrendű kérdés, hogy ez a viszony milyen személyiségtényezők függvényében alakul. A jungi gondolkodás szerint a pozitív, participatív viszonyulás az érett személyiség jellemzője. Mindeddig azonban nem vizsgálták szisztematikusan a személyérettség mutatói és a halálattitűd közötti viszonyt. A meglévő adatok azonban alátámasztják azt a feltételezést, hogy a halál elfogadása *pozitív személyiségjellemzőkkel* társul (Kulcsár, 1988).

Gesser (1987-88) tanulmánya szerint a halálfélelem, a haldoklástól való félelem negatívan korrelál a „boldogság” (mint általános hangulati beállítottság), pozitívan a „reménytelenség” (mint kétségbeesés) mértékével. Az életszeretet, az étellel való elégedettség tehát kivédi a halálfélelemtől, a reménytelennek megélt sors, a jövőre vonatkozó negatív elvárások, a célnélküliség pedig felerősítik azt. Blazer (1973) és Bolt (1978) szerint azok is kevesebb halálfélelemtől élnek meg, akik életüket értelmesnek ítélik. Tehát az az ember, aki elégedett életével, szubjektíve „boldog”, vannak céljai és bízik azok megvalósításában, kevésbé fél saját halálától.

Robbins eredményei szerint mind a saját halálra, mind a mások halálára vonatkozó félelmet befolyásolja az iskolázottság, a nem és a foglalkozás is (Temesváry, 1996). Magasabb iskolázottságúak kevésbé félnek saját haláluktól. Templernek a halálfélelem mérésére kidolgozott skálája szerint, a vizsgált személyeknél a nők és a pszichiátriai betegek mutattak magasabb értéket a férfiakkal és a nem betegekkel szemben (Templer, 1976, id: Temesváry, 1996).

Érdekes eredményt hozott Templer további vizsgálata, amely szerint a halálfélelem-skála (Templer, 1970) és az MMPI pszichopátiás deviancia (Pd) skálája között negatív korreláció van, azaz az életet gátlások nélkül élő, pszichopátiás személyiségre sem jellemző a halálfélelem (Kulcsár, 1998). Ugyanakkor Kozma és Stones (1980) szerint kevesebb halálfélelemtől mutatnak azok, akik úgy érzik, hogy az élet kihívásai és saját felelősségeik felett kontrollt gyakorolnak.

Ezeket az eredményeket összefüggésbe hozhatjuk a jungi felfogással, mely szerint a boldogság, integráltság feltétele az *élet teljességének* elfogadása, azaz az elmúlás elfogadása is. A dezintegrált személyiség sem fél a haláltól, ám nem azért, mert elfogadja, megbékél vele, hanem azért, mert nem vesz róla tudomást. Az élet ugyanolyan értéktelen és tartalmatlan számára, mint a halál. Egészséges személyiségfejlődés esetén pedig, aki eljutott a halál elfogadásához, az egyúttal értékelni tudja az élet minden örömét.

Segítő foglalkozásúak mentálhigiénéje és a halál

Condrau szerint az orvostársadalmat túlterhelné, ha bele kellene vonni gondolkodásába a meghalás érzékletességét (Condrau, 1984, id.: Temesváry, 1996). A modern medicina technicizálódása és bürokratikus vonásai háttérbe szorították a gyógyítás emocionális oldalát. A többi segítővel szemben az orvosok inkább hangsúlyozzák a segítő kapcsolat kontrollált és racionális formáit, az érzelmi kapcsolatot elhárítják, erősebb a távolságtartásra való törekvésük. Az emberi kontaktusok kölcsönössége voltaképpen ellentmond begyakorolt szakmai szerepüknek, s így gyakran privát életük is veszélybe kerül. Túlterheltségük, privát és szakmai életük elhatárolódásának nehézsége, a kettő gyakori átfolyása egymásba („orvos-gyógyszer”, a személyiség, mint eszköz) számos problémát vet fel és gyakori forrása a rezignáció, valamint a burnout kialakulásának. Fialat orvosokat vizsgálva Firth-Cosens azoknál találta a legnagyobb kockázatot a kiégés, a mentális problémák, a depresszió kialakulására, akik a leginkább képesek voltak empátiás viselkedésre (Firth-Cosens, 1987, id.: Fekete, 1991). Az említett problémák gyakorlati súlyosságára utal a segítő foglalkozásúak magas pszichiátriai morbiditása, a depresszió, az addikciók, a pszichoszomatikus zavarok gyakori előfordulása, vagy akár az orvosok – elsősorban a pszichiáterek – magas öngyilkossági gyakorisága.

Ezzel konzisztens Temesváry Beáta (1996) vizsgálata, aki orvosokkal és orvostanhallgatókkal végzett attitűdvizsgálatot, melynek eredményeként leszögezi, hogy az orvosoknak, orvostanhallgatóknak a halállal kapcsolatos viszonya rendezetlen. Eredményei a vizsgált csoportokban rejtett halálfélelemre utalnak. Az elfojtott halálfélelmet jelző válaszok (bizonyos szuicid motivációk – főleg gyógyíthatatlan betegségekkel indokolt öngyilkosság – elfogadása, vagy az eutanáziával kapcsolatos túlságosan is permisszív attitűd) jelzik, hogy az orvosok mentálhigiénésen erősen veszélyeztetett csoportot alkotnak, és részleges magyarázatát adják az orvosok közismerten magas szuicid mortalitásának (Temesváry, 1996).

Feifel szerint az átlagosnál magasabb haláltól való szorongás egyes orvosoknál meghatározó szerepet játszhat az orvosi pályaválasztásban. A gyógyítási tudás hatalma és ereje ellensúlyozhatja, kontrollálhatja a haláltól való szorongást. Feifel 1967-ben publikált kérdőíves vizsgálatban összehasonlította orvosok, orvosok, orvosok, egészséges emberek és súlyos, terminális betegek halállal kapcsolatos attitűdjeit, és azt találta, hogy az orvosok szignifikánsan ($p=0.05$ szinten) jobban félnek a haláltól, mint a betegek és az egészséges emberek együttvéve. A medikusok kevésbé féltek, mint az orvosok, viszont jobban, mint az egészségesek és betegek csoportjai (Feifel, 1967, id.: Nagy, 1994).

Ehhez hasonló empirikus eredményekből kiindulva született egy elmélet, mely szerint bizonyos orvosok kompenzációból választják hivatásukat, az átlagnál erőteljesebb halálfélelmüket próbálják a gyógyítással, az élet megmentésével kompenzálni. Az analitikus gondolkodású pszichiáter Wahl szerint az orvosi pályaválasztás néha egy kontrafóbiás védekezést képvisel a halál ellen. Az orvosi hivatás választása ilyenkor egy korábbi félelemhez kapcsolt reakcióképzés, melyen az orvos azáltal kerekedik felül, hogy azzal foglalkozik, ami korábban ijesztő volt számára. Ez bizonyos értelemben „az agresszorral való azonosulás”: az a kívánság, hogy az egyén „a győztes csapat tagja legyen” (Wahl, 1975, id.: Schultz és Aderman, 1978/1979).

Feifel kezdeti kutatási eredményeivel azonban többen vitába szálltak. Howells és Field első éves medikusokat hasonlítottak össze első éves bölcsészhallgatókkal, és haláltól való félelmi szintjük között nem találtak szignifikáns különbséget (Howells és Field, 1982. id.: Nagy, 1992). Ez tehát nem támasztja alá azt az elképzelést, hogy az orvosok pályaválasztásuk kezdetén már jobban szoronganak a haláltól, mint a más hivatást választók. Lester (1991) kutatása szerint pedig az orvosok halálfélelme szakmai rutinjuk kialakulásával párhuzamosan csökken.

Nagy Zsuzsanna Anikó (1994) összehasonlította amerikai orvosok és medikusok, valamint magyar orvosok és medikusok halállal szembeni szorongását, Leming Haláltól Való Szorongás Skálájával. Eredményei szerint az amerikai orvosok szignifikánsan ($p < 0,05$ szinten) jobban szorongtak a haláluktól, mint a magyar orvosok. Az amerikai csoportok általában is jobban szorongtak haláluk miatt, mint a magyar csoportok: a magyar orvosok legkevésbé, az amerikai diákok legjobban. A magyar orvosoknál és medikusoknál előtérben állt a félelem a fájdalmas, lassú haláltól, valamint az önállóság elvesztésétől, a függőségtől. Az amerikai csoportoknál viszont a halál utáni élet és büntetés gondolata, valamint a megsemmisüléstől, az identitás elvesztésétől való félelem volt leginkább hangsúlyozott. Nagy Zsuzsanna Anikó a magyar orvosok alacsonyabb haláltól való szorongásszintjének okát abban látja, hogy kevésbé kénytelenek felvállalni a terminális állapotú betegekkel szemben a beteginformálás nehéz feladatát.

A gyógyító halálfélelmének fel nem dolgozása negatívan hathat a páciens-terapeuta viszonyra (Riley, Stalze, 1976., id: Temesváry, 1996). A kifejezetten haldoklókkal foglalkozó Elizabeth Kübler Ross (1988) szerint: „... ahhoz, hogy segíteni tudjunk haldokló betegeinken, legfontosabb a saját halálatitűdünk megismerése és képességünk a halállal való szembenézésre.”

Más megközelítésben felmerül a tradicionális „szerepidentitások” biztonságának hiánya a segítő kapcsolatban. Az új lehetőségek, új terhekkel, deformációs veszélyekkel járhatnak együtt, melyekben a személyiség rendezetlenségei (pl.: halálfélelem) – különösen, ha ezek nem tudatosak – kockázatot jelentenek a segítő kapcsolatra, és a segítő személyre is (Ozsváth, Kóczán 1986; Szabó, 1988). Mindez megnehezíti a diagnózis alkotás folyamatát is. Például az orvos elfojtott halálfélelme képtelenné teheti őt arra, hogy felismerje betege öngyilkossági szándékát, illetve beleviheti saját, elfojtott szuicid készletését a diagnosztikus folyamatba, ezzel felnagyítva páciense szuicid veszélyét, aki mintegy orvosa „elvárásának” fog megfelelni (Temesváry, 1996). A segítő személyiség feldolgozatlan konfliktusainak *megoldása* teszi reálisan lehetővé a hasznos segítő tevékenységet. Mindez a kapcsolatok kölcsönösségének, a konfrontáció elfogadásának megtanulásával, az orvosképzés folyamán gyakorlatok, önismereti csoportok során, minták, normák, modellek átvételével válik lehetségessé (Fekete, 1991).

Tudvalevő, hogy az orvosok szomatikusan egészségesebbek, mentálisan azonban betegebbek az átlag populációnál (Rose, 1973), mégis ritkán élnek az énfeljesztés lehetőségeivel (Bálint-csoportok, továbbképzés, szupervízió). Részben ezért nagy a pályaelhagyás veszélye is, sok képzett orvos (vagy más segítő) hivatását elhagyva új foglalkozást választ. Am új munkájába „magával viszi” attitűdjeit, a dezillúzió, a kiegész új ciklusa indulhat meg ismét. A leírt jelenségek vizsgálatára, kezelésére egyre nagyobb figyelem irányul a tőlünk nyugatra fekvő országok medicinájában. Nagyléptékű kutatásokat indítottak, s a *prevencióra* illetve a beavatkozás infrastruktúrájának kiépítésére is történnék kísérletek (Fekete, 1991). Magyarországon hasonló kutatásokról nem találtunk információt.

Vizsgálatunk eredményei

Eredményeink Lester Halál iránti Attitűdskálája alapján

Vizsgálatunkban a Lester skála értékelése a következő eredményeket hozta:

A nem hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak szeretnék *mindenáron* elkerülni a halált ($p=0.049$), számukra kevésbé fontos a halál kiszámíthatósága, békessége ($p=0.010$). Szerintük a jó halál az, ami gyors és váratlan. A hospice-os csoportnak jelentősen fontosabb, hogy a halálra készülni tudjanak, és nem akarják mindenáron elkerülni azt – hiszen a halál elkerülhetetlen. Ez (valószínűleg) összefügg a hospice alapelveinek egyik fontos pontjával, a „dühödt gyógyítani

akarás” (Hegedűs, 1996) elutasításával is, ugyanakkor jelzi a saját halál elfogadását, az azzal való megbékélést a hospice-os csoport részéről.

A nem hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak kevésbé fogadják el, hogy valaha a távoli jövőben ők is meg fognak halni. A legnagyobb különbség a két csoport között ebben, *a saját halál természetes elfogadásában* tapasztalható. ($p=0.00$) Itt csupán visszautalunk rá, hogy a halálhoz való *adekvát viszonyulás* Kenyon pszichológiai rendszerében a „lebegtető perspektíva”, melynek lényege annak tudomásul vétele, hogy a halál elkerülhetetlen. A nem hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak csoportjánál erős halálfélelmet jelez az, hogy még az idői eltolás által felkínált elhárítással együtt sem fogadható el számukra a halál (Neimeryer, 1986)

A hospice-os csoport jelentősen jobban el tudja képzelni, hogy a halál megnyugvást hozhat. A két csoport halálattitűdje eltér a *spiritualitás* dimenziójában is (Ide tartozó itemek: „A halál nem kívánt álom.”, „Halottaink örök boldogságot találnak a mennyben.”, „A halál a lélek új életre születése.”). A hospice-os csoportra inkább jellemző a spirituális halálviszony. Ez a spiritualitás azonban nem azonos a hagyományos értelemben vett vallásossággal. Jean-Yves Leloup francia lelkész így ír erről: „A vallás (franciául: religion) lehetséges etimológiája, hogy a szó a latin religere igéből származik, ami azt jelenti: »újraolvasni«. Az események újraolvasása, jelentésének felfedezése másféle szellemi állapotot feltételez. Olyan szellemi erőfeszítést, amilyenre csak azok képesek, akik értelmet akarnak adni létezésüknek, szenvedésüknek és haláluknak.” (Hennezel, 1999) A spiritualitás tehát ebben az olvasatban csupán egyfajta elmélyülést, belső igazságkeresést, felülemelkedést jelent.

Az egyén szintjén – mint már írtuk – a self-transzcendencia, az éntelenség szolgálja a halálfélelem legyőzését a szimbolikus halhatatlanság által (Kulcsár, 1998). A társadalom szempontjából pedig a spirituális halálba kísérés megegyezik Rogers azon módszerével, mellyel az egyén növekedését igyekszik elősegíteni. Marie de Hennezel (1999) így ír erről: „... amikor a haldokló mellett vagyunk, nem beszélünk spiritualitásról, egyszerűen megpróbáljuk *megélni* azt, valamint a beteg saját lényé által felragyogtatni.”

A spiritualitás segíti a halállal való szembenézést, csökkenti a halálfélelmet. „A halála immanenciájával szembesülő ember nem válaszokra kíváncsi (vallás vagy materializmus), hanem emberi közelségre vágyik, amely segít megnyílnia az őt átható transzcendensnek, megélnie létezése misztériumát.” (Hennezel, 1999) Cicely Saunders pedig arra hívja fel a figyelmünket, hogy „nem fakultatív feladat befogadni egy haldokló ember szenvedéseinek spirituális dimenzióját, hanem alapfeladat.”

Aki maga nem rendelkezik egy bizonyos nyitottsággal a spiritualitás felé – hangsúlyozzuk, hogy ez azt a viszonyt jelenti, amely az egyént az őt átható értékekhez fűzi – nem is képes megérteni a terminális állapotú beteg ilyen igényét. Márpedig a haldoklókkal való megfelelő törődés alapja, hogy a beteg testben a lelket éppé, kiteljesedni tudónak lássuk. Az egészségügyben pedig e holisztikus szemlélet helyett a test ápolása, gyógykezelése az elsődleges.

Az, hogy egyik csoportra sem jellemző a hagyományos értelemben vett vallásosság kitűnik abból, hogy az „Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés vár rám.” itemmel egyik csoport sem értett egyet, sőt ebben az esetben volt a legegyszerűbb a két csoport álláspontja.

Nagyon fontos, figyelemre méltó eredménynek tartjuk, hogy annak ellenére, hogy a nem hospice-ban dolgozó segítőik saját haláluktól jobban félnek, a halált csak rosszként tudják elképzelni, valamint fontos számukra, hogy haláluk váratlan legyen, mégis jobban elfogadják az öngyilkosságot, mint a hospice-os csoport tagjai. Ez alátámasztja a segítőik mentálhigiénéjével való megfelelőbb törődés fontosságát, amiről bővebben az előző részben szoltunk.

Eredményeink Neimeryer és Moore Multidimenzióális Halálfélelem Skálája alapján:

A hospice-ban dolgozók jelentősen jobban tartanak az erőszakos, kiszámíthatatlan haláltól ($p=0.006$). Ez egybeesik a Lester skálán kapott eredménnyel, vagyis, hogy e csoport tagjai a békés, a felkészülés lehetőségét is magában foglaló halált tartják elfogadhatóbbnak.

A nem hospice-ban dolgozók szemlélete, a kiszámíthatatlan halál preferálása ($p=0.005$), – akkor is ha az erőszakos (pl.: fulladás, tűzhalál) – erősebb halálfélelmet jelez, s a halálkultúra alacsonyabb szintjét jelzi. A hospice-ban dolgozók inkább felajánlanak – haláluk után – testüket tudományos célra, a nem hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak inkább elzárkóznak ettől. Ennek látszólag ellentmond, hogy a hospice-os csoport tagjai szemüket nem ajánlanak fel szervátültetésre haláluk után ($p=0.0038$). Testük többi részét tehát igen, szemüket viszont nem. Véleményünk szerint ennek magyarázata talán az lehet, hogy a szem évezredek óta – mondhatni archetipikusan – a halhatatlan lélek szimbóluma. (A terminális állapotú betegek mellett dolgozók feltehetőleg gyakrabban találkoznak reanimált – a klinikai halál állapotából visszatért – emberekkel, s tőlük személyesen is ismerhetik az ezalatt átélt élményeket. Ezekben közös például a test és lélek elválása a klinikai halál pillanatában, majd a lélek visszatérése a testbe. Talán ezen esetek haldoklók melletti megismerése lehet az egyik magyarázata annak, hogy a hospice-os csoport inkább hisz abban, hogy a lélek képes dimenziót váltani. Magyarázatként azonban még felmerülhet az is, hogy az emberi lélek ezzel az erős túlvilági hittel képes egyensúlyát tartani a halállal való folytonos szembenézés során.)

A legjelentősebb különbség a két csoport között, a „test féltése a halál után” faktorba tartozó itemekben van. Első ránézésre talán meglepő módon a hospice-ban dolgozók jelentősen jobban félnek attól, hogy haláluk után „felbomlik, eltorzul a testük” ($p=0.002$), „be lesznek zárva egy koporsóba” ($p=0.00$). Sokat gondolkodtunk ezen az eredményen. Vajon mi az oka ennek? Miért elfogadhatatlan számukra a test végleges, egyben viszolyogtató pusztulása, amikor mérési eredményeink szerint a halállal tudatosan, túlzott félelem nélkül, mondhatni bátran néznek szembe? Eszünkbe juthat a Polcz Alaine-ről készült portréfilm, ahol a mindenki által elismert tanatólógus, pszichológusnő, aki évtizedek óta foglalkozik a halál kérdéseivel, valami hasonlóról beszélt. Elmesélte, hogy amikor saját halála közelébe került – ez élete során többször megtörtént –, legjobban attól félt, ami a testével történik majd a földben. Később próbálta edzeni magát, foglalkozott ezzel a problémával, ám ez a félelme nem szűnt meg. Magyarázata lehet ennek talán az, hogy aki szembe mer nézni saját halálának lehetőségével, az részletesen végiggondolja ennek a részleteit is, míg az erős halálfélelem „megóv” attól, hogy az egyén foglalkozzon ezzel.

Vizsgálatunk ezen részének eredményei továbbgondolkodásra ösztönöznek, további kutatási témát szolgáltatnak. Fontos lenne például megvizsgálni, hogy a hospice-ban dolgozók milyen motivációkkal választják hivatásukat, a halál permanens közelsége milyen változásokat okoz életükben, személyiségükben, halálhoz való viszonyuk miként változik az évek folyamán. Érdekes kutatási témát adhat a személyiség érettsége és a halál elfogadása közötti összefüggések vizsgálata is.

Jelenlegi vizsgálatunk eredményeként leszögezhetjük, hogy a hospice-ban dolgozó segítő foglalkozásúak haláltól való félelme kisebb, halálkultúrájuk magasabb színvonalú, fontosabb számukra, hogy haláluk békés, előre látható legyen, és inkább elfogadják, hogy valaha meg fognak halni, mint az egészségügy más területein dolgozó segítőik. Utóbbi csoport számára a jó halál gyors és váratlan, s jobban elfogadják az öngyilkosság gondolatát. A hospice-ban dolgozó segítőkre inkább jellemző a spirituális halálviszony, holisztikusabb szemléletűek, ez segíti őket abban, hogy terminális állapotú betegeiket emberként kezeljék, akiknek lelke, személyisége még növekedni, kiteljesedni képes. Ezzel szemben a nem hospice-ban dolgozó segítőknél a test ápolása, gyógykezelése az elsődleges.

Reméljük, munkánk felhívja a figyelmet arra, hogy a jelenlegi kórházi gyakorlatban a haldoklók gondozásának a hospice szellemiségéhez kellene közelítenie. Ehhez pedig elsősorban meg kellene ismertetni az egészségügyben dolgozó segítőkkel a hospice fogalmát, intézményeit, valamint nagyobb figyelmet kellene fordítani mentális egészségükre.

Vizsgálatunk alapvető tanulsága pedig az, hogy a haldoklókval való megfelelő törődést – mely magában foglalja az élettől búcsúzó személyiségére való odafigyelést, lelki kiteljesedésének elősegítését – csak olyan segítők képesek megvalósítani, akik mentálisan egészségesek. Ehhez szükséges lenne megteremteni, illetve megerősíteni azokat a segítő kapcsolati formákat, melyek alapfeltételei az egészségügyi dolgozók mentális egészségének (munkatársi közösségek, Bálint csoportok, egyéni szupervízió). Kutatásunk más területén nyert adataink szerint az egészségügyi dolgozók igényelnék is ezt. A segítők segítése tehát nem nyelvi paradoxon, hiszen a segítség olyan magasabbrendű személyiségfunkciókat kíván, aminek kapacitása véges. A haldokló gondozás sokrétű problematikájában ez egy olyan pont, ahol elsősorban nem pénzre, hanem odafigyelésre, szemléletváltásra lenne szükség.

Ne feledjük a címként választott ókori feliratot: „Az élettől búcsúzó kérdéseinek súlya (van) az ittmaradottakon”!

Kolosai Nedda, Bognár Tamás
1101 Budapest, Hungária krt. 5-7, IV/1, VIII/4.
Email: neddatoni@freemail.hu

Irodalomjegyzék

- Aries, Philippe (1987): Gyermek, család, halál. Gondolat Kiadó, Budapest
- Aries, Philippe (1977): A halál iránti attitűdjeink. A fejlődés főbb állomásai és értelmezése. Mérleg, 13.(4): 339-354
- Becker, E. (1975): Escape from evil. New York, Free Press
- Bagdy Emőke (1989): Határmezsgyén. A halál és a gyász. In: Tanulmányok a vallás és lélektan határterületeiről. Szerk.: Jelenits, Tomcsányi. Római Katolikus Kiadó, p.: 202-227
- Blazer, J (1973): The relationship between meaning of life and fear of death. Psychology, 10, 33 - 44
- Bolt, M. (1978): Purpose in life and death concern. Journal of Genetic Psychology, 132. 159 - 160.
- David A. Statt (1996): Pszichológiai kisenciklopédia. Kossuth könyvkiadó
- Feifel (1992): The thanatological movement: Respite, adspice, prospice. First National Congress of Thanatology (1990, New York). Loss, Grief and Care, 6, 5-16
- Fekete Sándor (1991): Segítő foglalkozásúak kockázatai – helper szindróma és burnout jelenség. Psychiatria Hungarica, VI. évf. 1. Szám
- Gesser G., Wong P.T., Reker G.T. (1987/88): Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). Omega, 18, 115-122
- Hegedűs Katalin (1996): A hospice-munka: a haldoklók gondozásának etikai kérdései. In: Hegedűs Katalin (szerk.): Halálközelben I. A haldokló és a halál méltóságáért. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest
- Hennezel, Marie de (1997): A meghitt halál. Európa Könyvkiadó, Budapest
- Hennezel, Marie de – Leloup, Jean-Yves (1999): A halál művészete. Európa Könyvkiadó, Budapest

- Kozma, A., Stones, M. J. (1980): The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). *Journal of Gerontology*, 35, 906-912
- Kulcsár Zsuzsanna (1998): Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 118-146.
- Kübler Ross, Elizabeth (1988): A halál és a hozzá vezető út. Gondolat Kiadó, Budapest
- Lester, D. (1991): The Lester Attitude Toward Death Scale. *Omega*, 23, 67-75.
- Marie de Hennezel (1997): A meghitt halál. Európa Könyvkiadó, Budapest
- Nagy Mária Ilona (1997): A gyermek és a halál. Pont Kiadó, Budapest
- Nagy Zsuzsanna Anikó (1994): A terminális állapot diagnózisának közlése és a saját halálhoz való viszony. *Lege Artis Medicinae*, 694-699.
- Neimeyer, R. A., Bagley, K. J., and Moore, M. K. (1986): Cognitive structure and death anxiety. *Death Studies*, 10, 273-288.
- Ozsváth – Kóczán (1986): Az öngyilkos magatartás ellentmondásai, Az MPT II. Kongresszusa, Budapest
- Pellei Ilona (1995): A mítoszok és vallások halálképe, In: Hegedűs Katalin (szerk.): Halálközelség II. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest
- Piaget, J. (1978.) Szimbólumképzés a gyermekkorban. Gondolat, Budapest.
- Rose, K. D., Rosow, J. (1973): Physicians who themselves kill. *Archives of General Psychiatry*. 29, 800-805.
- Rothmann, D. Z. (1963): Effects of success and failure experiences in normal and "neurotic" and schizophrenic population. PhD.-Diss. Philadelphia
- Schultz, R., Aderman, D. (1978/79) Physician's Death Anxiety and Patient Outcomes, *Omega*, 9 (4), 327-332.
- Szabó, P., Túry, F. (1988): Professional burnout: egy negligált syndroma. A Magyar Ideg-és Elmeorvosok Társasága Tiszántúli Tagozata Konferenciája, Nyíregyháza
- Taylor, S. E., and Brown, J. D. (1988): Illusions and well-being. A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Temesváry Beáta (1996): A halálfélelem néhány sajátos aspektusa. *Orvosi Hetilap*, 137 (26): 1419-1425.
- Templer, D. T. (1970): The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Tibeti Halottaskönyv (1991) Háttér Kiadó, Budapest
- Wittkowski, J. (1978): Tod und Sterben. *Ergebnisse der Thanatopsychologie*. Qelle and Meyer, UTB