

**DR. KISS BERNADETT**

## **Krónikus beteg hajléktalan férfiak veszteségfeldolgozási lehetőségei**

**Összefoglalás** ♦ *A hazai szociális és egészségügyi ellátórendszer nehezen tud adekvát ellátást kínálni azoknak a hajléktalanná vált személyeknek, akik valamely krónikus betegség miatt kórházi ellátást igényeltek. Az egészségügyi intézményekben már nem tudnak számukra az állapotukhoz illeszkedő segítséget nyújtani, mivel komplex rehabilitációra volna igényük. Az ún. lábadozókból – a hajléktalanellátó rendszer szociális és egészségügyi területének mezsgyéjén levő intézményekben – élő betegek azonban nemcsak fizikai segítséget igényelnek: állapotukból adódóan a mentálhigiénés segítségnyújtás is éppen olyan fontos számukra, mint a szociális munkások gondozása. A rossz egészségi állapotú kliensek esetében a mentálhigiénés segítő szakember egyik legfontosabb tevékenysége a veszteség-feldolgozási folyamatok támogatása.*

**Kulcsszavak:** hajléktalanság, krónikus betegségek, veszteség, férfiak

### **The process of loss among chronically ill homeless men**

**Abstract** ♦ *In Hungary, the social and health care system has difficulty in providing adequate care to homeless persons who have requested hospital care for a chronic illness. They are no longer able to provide them with support appropriate to their condition in health care facilities, as they would need complex rehabilitation. However, patients living in convalescent homes, which are located in the social and health care sector of the homeless care system, need more than just physical help. For clients in poor health, one of the most important activities of a mental health care professional is to support loss processing.*

**Keywords:** homelessness, chronic illnesses, losses, men

## **Bevezetés**

Tanulmányomban a hajléktalan-ellátó intézményekben élő, daganatos megbetegedésekkel diagnosztizált hajléktalan férfiak mentálhigiénés kísérése során szerzett tapasztalataimat szeretném ismertetni, amelyeket mentálhigiénés segítő szakemberként, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat budapesti szállóin élő kliensekkel folytatott egyéni segítő beszélgetések során gyűjtöttem 2014-2016. között. Tekintettel arra, hogy a hajléktalan személyek között egyre növekszik az idős és rossz egészségi állapotú betegek száma, írásomban olyan esetviteleket mutatok be, amelyek leginkább jellemzik a hajléktalanszállókon dolgozó mentálhigiénés szakemberek munkáját.

## **A hajléktalanság általános (köz)egészségügyi szempontból**

A hajléktalanság nemcsak szociális szempontból jelent nehezen megoldható problémát: az azt átélő személyeknek a hajléktalanná válás feldolgozása a nemzetközi kutatások szerint egyaránt jelent pszichés és egészségügyi megterhelést (FEANTSA jelentés 2006. 4. p.). A bentlakásos intézményekben gondozott hajléktalanok számára a szociális munkával egyenértékű a szakszerű egészségügyi és mentálhigiénés ellátás lehetősége, amelynek igénye az ügyfelek életkorával arányosan növekszik. (Pálvölgyi, 2012.) Az idős kor és a krónikus betegségek nemcsak a többségi társadalomba tartozók számára jelentenek olyan állapotot, amely akár ún. fejlődési krízisként, életszakasz-váltásként is értelmezhető, hanem a biztos lakhatási lehetőségekkel nem rendelkező személyek számára is nagy erőt kívánó tényező. Esetükben azonban egy baleset, egy kórházi bentfekvést igénylő előre tervezett vagy váratlan beavatkozás azzal a további problémával is súlyosbítja a mindennapokat, hogy a kórházi ellátást követően az érintettek nem rendelkeznek a felépüléshez szükséges szociális és gazdasági háttérrel, védőhálóval, elbocsátásuk nem regisztrálható az egészségügyi dokumentációjukban a „Lábadozásra otthonába bocsátva” fordulattal. (Kozma, 2003. 15.)

Magyarországon 1994 tavaszán végezték az első, hajléktalan emberek egészségi állapotát vizsgáló kontrollmintás kutatást, amely megállapította, hogy a hajléktalan-ellátásban dolgozó szakemberek többsége megoldatlannak látja a kórházakból az ellátás végeztével elbocsátott hajléktalan emberek ápolásával kapcsolatos szükségletek intézményi és szakmai háttérének biztosítását. További problémát jelent a hajléktalanok kb. 65%-ánál megállapítható alkoholfüggőség (Levendel, 1992. 106.), amely szorosan együtt értelmezhető a hajléktalan életforma okozta stresszel. Mindez az érintettekre jellemző rossz problémamegoldási mechanizmusokkal, elégtelen megküzdési eszköztárral társulva – lelki és szociális vagy anyagi értelemben is – elviselhetetlen pszichés megterhelést jelent, ugyanakkor az utcán töltött

évek alatt a rendszeres alkoholfogyasztás okozta fizikai és pszichés károsodások is fokozottan jelentkeznek. Több esetben ezen folyamat eredményeként értelmezhetők a hajléktalanszállók lakóinak kórképében megtalálható májbetegségek (zsírmáj, májcirrózis, nyelőcsővarix vérzések stb), de krónikus megbetegedések, idegrendszeri kórképek és különböző súlyossági fokú alkoholos demenciára utaló magatartászavarok is nehezítik a népességcsoport szakszerű egészségügyi ellátását, majd rehabilitációjának biztosítását.

Szintén a hajléktalansággal összefüggő életmódbeli nehézségeknek tudható be, hogy a hajléktalan-ellátórendszer intézményeit igénybe vevő betegek többségénél jelentős probléma a gyomor-és bélnyálkahártyák gyulladása, gyomorfekély vagy nyombélfekély kialakulása, valamint az alultápláltsághoz is vezető anyagcserezavarok megléte és a daganatos megbetegedések jelenléte. Gyakori kórképnek nevezhető a vénás keringési elégtelenség okozta lábszárfekély is, főleg ha visszernesség vagy trombotikus állapotok találhatók a betegek kórelőzményében. Mindezek meglehetősen nagy terápiás idő alatt javuló, tartós és rendszeres ápolási szükségletet megalapozó betegségek, amelyek az ellátó szakemberektől is speciális ismeretek meglétét igénylik. (Papp, 2007. 6.)

A daganatos megbetegedéssel diagnosztizált hajléktalan betegek esetében támogathatja a terápiát, ha a betegek nem a klasszikus hajléktalan-ellátó intézmények lakói, hanem ún. lábadozóban kapnak szálláslehetőséget, amelyet Budapesten több szervezet is működtet. A jelen tanulmányban a Magyar Máltai Szeretetszolgálat fenntartásában működő budapesti lábadozóban elhelyezett, daganatos megbetegedéssel élő kliensek mentálhigiénés gondozásával kapcsolatos esetmunkát szeretném bemutatni.

A lábadozó profilú intézményeket működtető hajléktalan-ellátó szervezetek ezeken a speciális férőhelyeken holisztikus és egyénre szabott ellátást nyújtanak a lakók számára, így olyan betegek biztonságos ellátását is meg tudják oldani, akik hosszabb rehabilitációra szorulnak. A mintegy rehabilitációs osztályként funkcionáló szociális intézményben a szociális szakma „szokványos” feladatainak ellátásán túl – az ellátotti kör speciális igényeire tekintettel – biztosítják a szakszerű gyógyszerelést, valamint az egészségügyi alapellátások (gyógyszerosztás, asszisztencia, időpont egyeztetés egészségügyi intézményekkel és betegszállítás megszervezése) mellett heti rendszerességgel háziorvos és belgyógyász szakorvos valamint gyógytornász és mentálhigiénés szakember jelenléte is biztosított.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat I. kerületi lábadozó intézményében ellátottak átlagos életkora 2015-ben 56,09 év volt. A legfiatalabb ügyfél 35, míg a legidősebb 75 éves volt. Az átmeneti szállóként nyilvántartott lábadozóban egyszerre 40 férfi számára nyújtottak ellátást. Az ellátottak legfeltűnőbb jellemzője a növekvő átlagéletkor: a lakók többsége évek óta az 55-

70 év közötti középkorú és időskorú korosztályba sorolható, és ezen belül is magas a 61-70 év közöttiek aránya (27 fő 56-60 és 35 fő 61-70 év közötti). Nem jellemző ugyanakkor a harminc év alatti férfiak megjelenése a lábadozóban: mindössze egy fiatal, 30 év alatti férfi ellátására került sor 2015-ben.

A hasonló profilú intézményekben az tapasztalható, hogy az új kliensek a legritkább esetben kerülnek az ellátásba egyetlen betegség következtében: a lakók leggyakrabban kezelt betegségei a keringési betegségek (80,25%), magas vérnyomás, az alkohol okozta dependencia és szövődményei, de gyakran kérnek segítséget ortopéd traumatológiai betegségek kezelése utáni rehabilitációhoz (50,16%), szívelégtelenség és COPD (29,9%) esetén is. A felismert daganatos megbetegedések általában emésztőrendszeri vagy légzőszervi eredetűek. A hajléktalansággal együttjáró fizikai megpróbáltatások természetesen nem múlnak el nyomtalanul a lakók kórelőzményében: bőrbetegségek, lábszárfekély (24,7%), érrendszeri megbetegedések és fagyás miatti amputáció is szerepel a dokumentációk egy részében és a TBC miatti kezelés sem számít ritkaságnak. Mivel a lábadozók lakóinak összesített gondozási szükséglete meghaladja a napi négy órát, több lakó esetében a rendszeres fürdetésben és a számukra előírt kötéscsere elvégzésében is igény van a szakszerű segítségre, amelyet lakhatást is nyújtó intézményi háttér nélkül nem tudnának biztosítani.

Viszonylag magas azon lakók száma is, akik agyi infarktuson estek át az intézménybe kerülést megelőzően, és olyan szövődményekkel élnek együtt, amelyek az önellátási képességüket jelentősen csökkentik. Néhány lakó esetében további, körültekintő gondozást igénylő betegségeként epilepsziát, sclerosis multiplexet is megjelöltek a lábadozón történő elhelyezésük okaként, és magas azon lakók száma is, akik alkoholfüggőségük, vagy ennek következményeként kialakuló mentális és viselkedési zavarok miatt igénylik a gondos ellátást. Mindezt együttvéve azonban nem jelenthető ki, hogy bármely kórkép kirívóan magas arányban lenne megtalálható a középkorú hajléktalan férfiak alkotta lakópopuláción.

### **Az intézményi ellátást megelőző életutak**

A lábadozóban ellátott hajléktalan személyek szociális hálóját rendszerint gyenge. (Castel, 1993. 3.) A lábadozóra kerülésig bejárt életút során az érintetteknek a szélsőséges bizonytalanság is megterhelést okoz mentálhigiénés szempontból, a tervezhetetlen holnap okozta szorongás csökkentésére pedig általában az alkoholfogyasztás kínál alternatívát, amely az önértékelés kényszerű leépülése ellen is „alkalmas” elhárító eszköznek bizonyulhat. (Pataki, 2014. 306.)

A hajléktalanná válás feldolgozása a nemzetközi kutatások szerint az egyén lelki alkatától függően különböző mértékben jelenthet pszichés megterhelést, (FEANTSA jelentés 2006., 2013.) amely az első időkben alvászavart, nyugtalanságot eredményez, de súlyosabb állapothoz is vezethet. Bár a hajléktalanná válás folyamatának legsúlyosabb következménye, hogy az egyén elveszti a társadalmi „kapcsolati tőkéjét”, (Breitner 1999. 41.) a látványos, közvetlen okok, mint a munkanélküliség, a válás, többnyire csak akkor vezetnek zsákutcához, ha az egyén nem rendelkezik érett személyiséggel.

A Máltai Szeretetszolgálat I. kerületi lábadozójának lakóinak többsége középkorú vagy idősebb. A hajléktalanok között általában kevés a nagyon idős ember. *„Nagyon ritka, hogy valaki öregkorára válik hajléktalanná, aki pedig fiatalabban válik azzá, az csak ritkán ér el magas kort. A hajléktalanság megöli a lelket és a testet egyaránt...ha nagyon kevés szállal, vagy egyáltalán nem kötődik a világhoz, akkor eltorzul a személyisége és csak a legalapvetőbb biológiai szükségleteit kielégítő vegetatív lényé degradálódik. A megaláztatások, az eltaszítottság, az undorodó pillantások a test és a lélek elsorvadásához vezetnek. Mikor az utolsó szál is elpattan, ami még a világhoz köti, a hajléktalan a hozzátartozók minden embernek kijáró gyászában sem részesülhet.”* (Breitner 1999. 44. p.)

### **A segítő kapcsolat jellegzetességei a lábadozóban ápolott betegek esetében**

A lábadozóban mentálhigiénés szakemberként kialakított segítő kapcsolatok vonatkozásában valamennyi kliens esetében tapasztalható volt, hogy az intézménybe kerüléskor krízisben voltak: egyrészt az életszakasz-váltásaik során őket ért sorozatos kudarcuk miatt, másrészt az egyéni, fizikai tünetekkel, állapotromlással járó betegségeik felismerése miatt is támogatást igényeltek.

Az életszakasz-váltások fontosságáról szóló fejlődéslélektani elmélet kidolgozója, Erikson szerint az egyes szakaszokban új szerepeket, új konfliktusmegoldó technikákat kell(ene) elsajátítania az egyénnek, ám ha az egyes életszakaszok „feladataival” nem sikerül megbirkózni, a korlátozottabb mentális terhelhetőség miatt könnyebben alakulhat ki krízishelyzet. (Erikson, 1957.) A krízishelyzetekkel való megküzdés egyik eszköze lehet az ún. énvédő vagy elhárító mechanizmusok alkalmazása, ami azt jelenti, hogy az elviselhetetlen történéseket és impulzusokat különböző módon – például tagadással, elfojtással, projekcióval vagy szublimációval stb. – távol tartjuk a tudatunktól. (Freud, 1994. 41-50. p.) Ezzel segíthetünk a belső stabilitás megőrzésében, de az is megtörténhet, hogy a stresszhelyzet elmúltával fizikai és egészségügyi tünetek jelentkeznek, amelyek látszólag előzmény nélküliek, de egészségügyi ellátást igényelnek. (Hajduska 2012. 15-28.)

A veszteségélmények sorát fokozta a kliensek esetében az a tény, hogy többségük már idősebb korában került egy olyan bentlakásos intézménybe, ahol a döntéshozó, felnőtt férfi szerepét csak nagyon korlátozottan gyakorolhatta. Erikson az időskor, mint életszakasz „feladataként” az egyén belső integritásának elérését – vagy ennek hiányában a kétségbeesést nevezte meg. (Hajduska 2012. 116.) Az integritás elérése abban az esetben lehetséges, ha az egyén hiányérzet nélkül képes visszatekinteni az életére, talál értelmet az eddigi munkálkodásának és biztosítva látja a fennmaradását az utódai vagy az általa létrehozott „életmű” alapján. Ezek hiányában az időskorba lépés szorongató is lehet az elmúlás gondolatának egyre gyakoribb felidézése, és a fizikai hanyatlás jeleivel való szembesülés miatt és a modern társadalom nem kedvez az idősök megbecsülésének sem.

A lábadozón élő kliensek számára az első krízist rendszerint a válásuk, vagy a tartós kapcsolatuk elvesztése jelentette, az igazi veszteségélményt azonban a munkaerőpiacról való kiesés okozta a számukra. Ez többségüket a rendszerváltást követően érte, a negyvenes éveik végén, abban az életkorban, amikor a hagyományos modell szerint a férfi sikeres, befolyásos mind a szakmájában, mind a magánéletében. (Csányi, 2012. 175.) A lábadozó ingerszegény mindennapjai – a kényszerű pihenő, ami éles ellentétben áll a kliensek korábbi életmódjával, a magánszféra hiánya szintén nem kedvezett az önértékelésüknek. Végezetül a biológiai öregedés szemmel láthatóvá váló jegyei – hajlott hát, bütykös kezek, ráncok, szemüvegviselés, őszülő haj, bot vagy rollátor stb. használata – és a kialakuló és súlyosbodó, esetleg gyógyíthatatlan betegségek szintén olyan nehézséget jelentettek, amellyel szemben eszköztelenek voltak. Az esetleges önkéntes izoláció, mint az idősödés krízisére adott megoldási próbálkozás sem tette lehetővé azt, hogy elkerülhessék a saját idősödésükkel való szembenézést, hiszen a lábadozón töltött hónapok alatt több lakótársuk is elhunyt.

Minden kliensnél tapasztalható volt a beszűkült gondolkodás is, amely minden beszélgetéskor érzékelhető volt valamilyen mértékben. A szakirodalomban (Buda, 1994.) ismert tény, hogy a súlyos betegek jellemző sajátos nehézséget jelent a közelgő vég lehetőségével – vagy ismeretével – való szembenézés, amely esetenként kommunikációs zárlatban is megnyilvánulhat. Ez a haldoklás vagy veszteség-feldolgozás első fázisával rokonítható lélektani jelenség a tagadás mechanizmusához hasonlóan érvényesül: a súlyos beteg személyek az aggasztó fizikai tünetek észlelését szeretnék ilyen módon semmissé tenni. (Kübler- Ross, 2012. 8.)

A beszűkülés oka, hogy az érintetteket a saját belső küzdelmük – érthetően – megterheli, és nem képesek megfelelően figyelni a külvilágra, valamint az emberi kapcsolataikra, mivel többnyire szeretnék a környezetük elől eltitkolni a sérülékenységet. A kommunikációs zárlat

első szintje megnyilvánulhat a segítő szakemberek kerülésében, az egészségügyi teendőktől való szorongásban, azonban felszabadító hatású lehet, ha ebben a fázisban mégis sikerül valakivel megosztani a félelmet. Mindezek miatt – és különösen a saját kommunikációs rugalmasságuk elvesztése után – a lelki egyensúly fenntartásának fontos eszköze volt a klienseim számára az igénybe vehető segítő kapcsolat, vagyis az, hogy olyan kommunikáció részesei lehettek, amelyben empátiával fordultak hozzájuk és amelynek célja nem a szociális vagy egészségügyi szükségleteik rutinszerű kielégítése volt.

## **Esetleírások**

### **B. Péter – szembenézés a múlttal**

Péter az első klienseim egyikeként, daganatos betegségének kiújulása miatt fordult hozzám, a szociális munkások javaslatára. Az 59 éves férfi a kapcsolatfelvétel idején kettős krízisben volt: egyrészt az életszakasz-váltásai során őt ért sorozatos kudarcai miatt, másrészt a betegsége progressziója miatt.

A kliensem számára az első krízist a válása jelentette, az igazi veszteségélményt azonban a munkaerőpiacról való kiesés jelentette a számára, amely a rendszerváltást követően érte, negyvenes évei végén.

Amint azt egy későbbi beszélgetés során részletesen elmondta, fiát is elvesztette, ráadásul nem egy leválási folyamat révén, hanem sorozatos tragikus döntések eredményeként. Mindez azt jelentette számára, hogy egyrészt a szakmai szerepében vált inkompetenssé, másrészt, a gyermeke kábítószerhasználat következtében történő halála miatt a szülői szerepben vallott kudarcot. A kialakuló és súlyosbodó gyógyíthatatlan betegsége szintén olyan krízisállapotot jelentett a számára, amellyel szemben eszköztelen volt. A bentlakásos intézmény kötöttségei miatt óhatatlanul is megélt kiszolgáltatottság, az onkológiai vizsgálatokkal együttjáró testi és lelki megaláztatás – Péternek a nemi szervét és a tüdejét vizsgálták és műtötték – tovább növelhette azt az elkeseredettséget és szorongást, amelyet a magányosság és a hajléktalanná válás miatt meg kellett élnie.

A kliens számára a naphosszat az ölében tartott, ágyán fekvé használta piros laptopja jelentett menekülési utat az elől, hogy konfrontálódjon a saját romló fizikumával vagy éppen a lábadozó jobb egészségi állapotú lakóival. Esetében a hozzátartozói elvesztése és a saját gyógyíthatatlan betegsége okozta veszteségekkel való megküzdési mód a visszahúzódás volt. A fizikai aktivitás fokozására az életkörülményei miatt nem volt lehetősége – ugyanakkor az egész napját betöltő internetezését tekinthetjük egyfajta szellemi elfoglaltságra törekvésnek, amivel szintén lehetőséget próbált magának adni arra, hogy ne kelljen szembesülni a realitással.

Esetében a függőségbe menekülés szintén nem volt elérhető megoldási mód, mivel az anyagi helyzete nem tette lehetővé számára, hogy rendszeresen alkoholt, vagy – a korábban általa rekreációs céllal használt – marihuánát használjon.

Az egyértelmű diagnózis megismerését követően Péter számára nyitva állt annak a lehetősége, hogy a tagadást vagy a tünetekre, panaszokra irányuló gyakorlat-orientált problémamegoldási lehetőségeket választja. Elmondása szerint a diagnózis közlésekor az orvosi kommunikáció nem volt félreértésre okot adó, bár partnernek sem tekintették őt a klinikán, és viszonylag rövid volt a várakozási idő is, amelyet a kezelés megtervezése miatt kényszerű tehetetlenségben kellett töltenie. Péter mindezek ellenére bár ismerte a betegségét – önvédelemből – a tagadással próbálkozott, annak érdekében, hogy feldolgozhassa a helyzetet. Az első diagnózist a szövettani mintavétel eredménye is megerősítette, Péter azonban ekkor az alternatív gyógymódokhoz fordult: az interneten keringő információkat felhasználva vegyszerekkel próbálta meg „kúrálni” magát, amit csak utólag hozott a tudomásomra, a műtét előtti napokban.

A műtét előtti időszakban folytatott beszélgetések során az is feltűnő volt – és eltért a korábbi beszélgetések jellemzőitől, hogy kizökkent az eddigi udvarias, szinte modoros stílusából, mivel több alkalommal is véletlenszerűen tegeződésre váltott. Ez a közlésbeli sajátosság azért következett be, mert a betegsége súlyosságával való szembesülés miatt kapaszkodót próbált keresni valakiben. A tegeződést Péter minden egyes alkalommal azonnal kijavította és elnézést kért az „udvariatlanságáért”, tehát észlelte, hogy felfokozott érzelmi állapotában nem a megszokott módon kommunikál és a későbbi beszélgetéseken sem fordult többet elő. Ugyanebben az időszakban több beszélgetésen is indulatosan és részletesen elemezte a kliens a gyógyszergyártó cégek vélelmezett „összeesküvéseit.”

Érzékelhető volt tehát, hogy Péterben a reménykedés és a düh vagy agresszió munkált nagyon intenzíven váltakozva, ami végső soron kimerítő volt a számára, a beszűkült gondolkodásmódját pedig énvédő eszköznek használta. Péter érdeklődését ebben az időszakban szinte kizárólag a rákgyógyítással kapcsolatos internetes források gyűjtése kötötte le, a rengeteg, alternatív gyógyászattal kapcsolatos, átböngészett hír bizakodással töltötte el. Az agresszív kitörések, amelyek a műtetre várakozás időszakában folytatott beszélgetéseinkben előfordultak, a Péter helyzetét jellemző tehetetlenség és a kiszolgáltatottság miatt érthetőek voltak számomra.

Figyelemfelkeltő volt az is, hogy a műtét előtti napokban a szobatársai panaszkodni kezdtek a kliensemre a háta mögött, mert számukra zavaró módon ismételtetett egyes orvosi témákat, és azért is, mert úgy tapasztalták, hogy csak akkor tisztálkodik, amikor orvoshoz

készül. Ez az információ azért volt fontos, mert Péter rendszerint kényesen ügyelt arra, hogy jó minőségű ruhadarabjaival, kifinomult gesztusaival, gondosan válogatott szavaival és hanghordozásával konszolidált úr benyomását keltse. A fokozódó elhanyagoltsága, a visszatérő témái depresszióról árulkodtak, amely a súlyos betegség kiváltotta krízis gyakori velejárója. A depresszió azért is valószínűsíthető volt az esetében, mert viszonylag hosszú ideig volt bizonytalanságban a diagnózis megszületése és a rá váró kezelések miatt, vagyis olyan életszakaszban volt, amikor „*a depresszió, a halmozódott veszteségélmények miatti visszahúzódás, az aktivitás, az erőfeszítések megtorpanása, az egészségesek hangos, boldog világától való távolmaradás lép előtérbe, a harc háttérbe szorul.*” (Hajduska 2012. 160. p.)

Alapvetően azonban a visszahúzódás jellemezte a kliens műtét előtti napjait, a műtét idejére Péter végigjárta a veszteségfeldolgozási folyamat első fázisait: a tagadás fázisában elzárkózott a környezetétől és kommunikációja a szokásosnál is szűkebb közlésekre szorítkozott, ugyanakkor az egyértelmű és viszonylag gyors orvosi diagnózis nem tette lehetővé számára azt, hogy hosszabb ideig elhárítsa magától a betegséggel kapcsolatos információkat.

A műtéthez és az ezzel járó kórházi bennfekvéshez szükséges előzetes orvosi vizsgálatok egy kényszerű „pihenőt” jelentettek a számára, amelyet látszólag rendkívül fegyelmezetten viselt, azonban a műtét tervezett időpontjának módosítása dühöt és haragot váltott ki belőle. A tehetetlenség hatására, vagyis amikor realizálta, hogy nincs lehetősége az orvosok döntését befolyásolni, valamint az a tény, hogy hajléktalanként többszörösen kiszolgáltatva került az egészségügyi ellátórendszerbe, a kezdeti agressziója beletörődéssé alakult, azonban a metakommunikációja arra utalt, hogy intenzív belső változásokat él át és gyakran láthatóan elgondolkodott. (Tringer, 2007. 49.)

### **Évfordulós gyász a beteg kliensnél**

A műtétet követő hetekben egy – általános témákat érintő – segítő beszélgetés utolsó tizenöt percében meglepő fordulatot vett a segítő kapcsolatunk: Péter az elhunyt fiáról kezdett beszélni, kérdés nélkül, és elmondta, hogy jó apának tartotta magát, de a fiú mégis kábítószer-függő lett és sikertelen elvonó és rehabilitációs kezelések után meghalt. Sorozatos tényközléseket használva, azt is elmondta, hogy a fiú két éve halt meg, de amikor drogozni kezdett, már nem élt együtt a családjával, ezért úgy érzi, hogy érdemi befolyást már nem tudott gyakorolni a gyermekekre, mert annak idején a túlfeszített munkatempó miatt keveset volt jelen a fiú életében. A közlések rideg, érzelemmentes módja és azok tartalma közötti ellentét megdöbbentő volt számomra, ugyanakkor a Péter által a szállón felvett szereppel – a disztíngvált úriember képével – össze tudtam egyeztetni ezt a kettősséget. Sajátos módon éppen ez a lábadozón felvett szerepe

nem tette lehetővé a számára, hogy ezt a témát bárkivel megbeszélhesse, mivel az a gyengeség kifejeződése lett volna.

Ezért is volt mérföldkő az a beszélgetés, amelyet a fentieket követő alkalommal a kliens kérésére folytattunk, és amelyben Péter a fia halálának körülményeit kísérelte meg feldolgozni. Amikor találkoztunk, viszonylag kiegyensúlyozottnak tűnt, egyedül ült a szobájában, és néhány udvarias üdvözlő mondat után ő kérte, hogy ez alkalommal beszélhessen velem a „kis Petiről”, vagyis a fiáról.

- *Tetszik tudni, mostanában lesz, hogy meghalt, két évvel ezelőtt...nem tudom, hogy ez helyese, de néha úgy érzem, hogy ő volt az egyetlen, akinél nem jött be az, hogy a marihuána nem káros...lehet, hogy ha nem hagyom, hogy velem együtt szívjon kiskorától, mert azt gondoltam, hogy ha velem együtt kipróbálja, legalább nem lesz belőle drogos vagy alkoholista, akkor nem hal meg...*

Ez az érzelmekkel – ráadásul Pétertől szokatlan módon, önreflexióval – teli indítás megdöbbenett, ahogy az is, hogy Pétert a látszólagos érzelemmentessége ellenére ennyire megviseli a fia halálának az évfordulója. Tudtam, hogy a gyermeke elvesztése olyan téma, amelyet a szociális munkásokkal sohasem érintett az alatt a két év alatt, amióta a lábadozó lakója – vagyis nem volt lehetősége arra, hogy a gyászát megoszthassa valakivel. Az a tény, hogy ő kérte a beszélgetést, az eddig megismert magatartása tükrében arra utalt, hogy az évforduló nehezen feldolgozható krízist jelent a számára.

Az érzelmileg fontos személy elvesztése nemcsak a hajléktalanok számára nagy próbatétel. Miközben a szeretett hozzátartozó vagy közeli barát halála már nem teszi lehetővé a hozzá fűződő érzelmek közvetlen kommunikációval történő kimutatását, a vele kapcsolatos érzések és gondolatok továbbra is a veszteséget elszenvető személy lelkivilágának részei maradnak. (Hajduska 2012). A támogató közösség nagy segítséget jelenthet a gyász folyamatában, azonban a hajléktalanok számára ez gyakran elérhetetlen. A kliensem sem rendelkezett olyan kapcsolati hálóval, amely alkalmas lett volna arra, hogy gyászában támogassa őt, ezért – a korábbi, biztonságos légkörben folytatott beszélgetéseinkre gondolva – hozzám fordult segítségért.

A kliensem a beszélgetés kezdetekor a két éve hordozott büntudatán próbált meg enyhíteni, amit érhető igénynek tartottam, mivel *„bármilyen módon, körülmények között halt meg a szeretett személy, különböző mértékben ugyan, de büntudatot vált ki a hozzátartozókból. Egyszerűen azért, mert ők életben maradnak...a büntudat lehet erőteljesebb, ha valaki úgy érzi, nem tudott elbúcsúzni...vagy ha kapcsolatuk rosszabb periódusában ment el az illető.”* (Hajduska 2012. 165. p.)

A kliens két évvel ezelőtt, a fia halálával egy időben vált hajléktalanná, majd beteggé tehát a gyászév során a saját egzisztenciális krízisét is meg kellett élnie, amely nem kedvezett annak, hogy a gyászat teljes spektrumában megélhesse, mivel az intézmény rendjébe és az új életformába való beilleszkedés is próbára tette őt.

A kliensem számára érzelmileg megterhelő beszélgetés kérését az indokolta, hogy Péter ún. időzített krízisben, vagy „évforduló krízisben” volt. Amint azt Pilling János is megfogalmazza (Pilling 2003. 82-83.), a gyászfolyamat során a gyász legfontosabb megnyilvánulásai közé tartozik az évfordulónkénti megemlékezés az elhunyt halálzásának vagy például névnapjának, születésnapjának idején. Vannak azonban olyan élethelyzetek – mint Péter helyzete is –, amikor a gyászoló nem engedheti meg magának a gyász átélését, de általában „vannak időpontok, események, amelyek az énvédelem mechanizmusát kijátszva szembesítenek a fájdalommal.” (Pilling 2003. 84.) Az évfordulókrízist ezért úgy tekintik, mint egy sajátosan kibontakozó elhalasztott gyászreakciót, amely az énvédő mechanizmusok külső körülmények miatt bekövetkezett gyengülése következtében jelenhet meg.

A beszélgetés végére Péter a rendelkezésére álló megküzdési eszközökkel élve végigjárta a gyászfolyamat fontosabb fázisait (Polcz 1997. tél): felidézte a halálhír megérkezésekor átélt sokkos állapotot – amit fokozhatott a saját helyzetéből fakadó tehetetlensége is –, megpróbálta idealizálva és higgadtságot mutatva leírni a „kis Peti” alakját, megélte az apaszerepben elkövetett mulasztásai miatti büntudatot és végül képessé vált arra, hogy szembenézzen a fia elvesztése utáni új élethelyzetben rá váró feladatokkal és reális értékelést fogalmazzon meg a saját apaszerepéről, valamint a családtagjaihoz fűződő viszonyáról.

Annak ellenére, hogy Péternek nem volt lehetősége elbúcsúzni a fiától és a temetése körüli teendőkből sem vehette ki a részét, mindent összevetve, elviselhető mértékűre tudta formálni a veszteségével kapcsolatos fájdalmas érzéseit. A fia halálának évfordulója felzaklatta, de a segítő beszélgetés hatására könnyebben tudta megélni ezt a megterhelő szituációt.

Az aktív onkológiai ellátást követően Péter másik szociális intézményben kapott elhelyezést, de a lábadozón tartózkodása alatt a lelki egyensúlya fenntartásának fontos eszköze volt számára a segítő kapcsolatunk, vagyis az, hogy olyan kommunikáció részese lehetett, amelyben empátiával fordultak hozzá. Esetében nemcsak a verbális kommunikációnak, hanem az empátiás jelenlétnek is nagy jelentősége volt, ezért találkozásaink során tudatosan igyekeztem alkalmazni a látható ráhangolódás nem verbális jelzéseit<sup>1</sup> és fokozottan figyeltem

---

<sup>1</sup> Lehetőség szerint odafordulva, nyílt testtartással hallgattam, igyekeztem folyamatos szemkontaktust tartani vele stb.

a kliensem nonverbális kommunikációjára (sóhajtások, görnyedt tartás ülés közben, a szemkontaktus időszakos kerülése, a pipázás módja stb.)

### **G. György – kísérletek az önállóságra**

György az intézménybe kerülésekor egyike volt az első betegeknek, akik egyéni beszélgetést kértek tőlem. Az ekkor 58. évében járó férfi több betegség után veszítette el munkaképességét, ezzel együtt állását, lakhatását is. Vagyoni jellegű viták miatt nem tartotta a kapcsolatot a gyermekével és feleségével sem, akitől évtizedekkel ezelőtt, közös megegyezéssel vált el, mivel a férfi elmondása szerint ő „nem bírta a kötöttséget.” A családi otthonból albérletekbe, majd egyre rosszabb komfortfokozatú ingatlanokba költözött, végül egy erdei kunyhóban húzta meg magát. Azonban a környezet fejlesztésekor a lakóhelyét jelentő telket kisajátították, ezért ismerősöknél és időnként az utcán éjszakázott, majd kontrollvesztett ivásba kezdett, és a hónapokon át tartó alkoholfogyasztásnak egy súlyos stroke és a véletlenül felismert tüdődaganata, valamint az azt követő kórházi osztályos kezelés vetett véget.

A szikár alkatú férfi kezdetben az aktivitásával és a higgadságával hívta fel magára a figyelmet, ami azért volt fontos tény, mert György a stroke maradványtünetei miatt nehezen mozgott. Mindezek ellenére, amikor csak tehetett, mankójára támaszkodva sétára indult, szép időben az intézményhez közeli park volt a kedvelt tartózkodási helye, ahova mintegy egy óra alatt tette meg a körülbelül tíz perces utat. Amikor a szobájában találkoztunk, szinte mindig könyvek vették körül, és az intézményben töltött két év alatt a házikönyvtár valamennyi kötetét elolvasta.

Kapcsolatunk során két olyan életesemény feldolgozásában kérte segítséget, amely meghaladta a megküzdési képességeit: egy szintén hajléktalanná vált, hosszas betegség után elhunyt barátja halálakor, és akkor, amikor gyermekével – éveken át tartó hallgatás után – felvette a kapcsolatot. Mindkét esemény egy-egy kudarcot jelentett Gyuri számára.

A barátja elvesztése azért volt nagyon megrázó a férfinak, mert heteken át látogatta abban a kórházban, ahol őt is kezelték. Hetente több alkalommal is bement hozzá, lehetőségeihez mérten igyekezett valami olyan apróbb használati tárgyat (szappan, borotva, gyümölcs) vinni a betegnek, amelyet – saját kórházi emlékei alapján – ő is örömmel fogadott volna a rehabilitációja idején. Azonban nem tudta afelett érzett szorongását leplezni, hogy ismerőse – az őt kezelő egészségügyi személyzet kommunikációjából érzékelve – gyógyíthatatlan beteg.

Később, ahogy a barátja állapota romlott, Gyuri egyre hallgatagabb és kimerültebb lett, de zuhogó esőben is hetente többször megjárta a számára sokáig tartó, fárasztó utat a kórház és a szálló között. Végül egyik nap, látogatáskor az ismerős nővérek azzal fogadták, hogy reggelre

meghalt a férfi. Gyuri napokig vádolta magát, hogy nem indult el hozzá korábban azon a napon, de azt is kifejezte, hogy „majd ő elintézi magában” a veszteség feldolgozását. Az „elintézés” Gyuri esetében megnövekedett alkohol-fogyasztással járt, de ezt a lábadozón kívül folytatta, és hazaérkezésekor már nem volt olyan mértékben az alkohol hatása alatt, hogy magatartásával a házirendet sértette volna.

Gyurinak ekkorra nem voltak támogató társas kapcsolatai, egyúttal egy beszélgetésünk során azt is megfogalmazta, hogy zavarják azok a lakótársai, akik örökösen az egészségügyi problémáikról beszélnek, és azok is, akik teljesen ráhagyják az egészségükkel kapcsolatos tennivalókat a szociális munkásokra. Többször is elmondta, hogy a kórházi tartózkodása során megtanulta, hogy együtt kell működni a kezelőkkel, de legalább olyan fontos, hogy mindent megtegyen, ami rajta múlik – nemcsak az egészségével kapcsolatban, hanem általában is.

Bár Gyuri sokszor hangoztatta, hogy képes egyedül élni az életét és nem vár már senkitől semmit, egyértelműen megrendült, amikor 2014. októberében váratlanul bekopogtatott a lábadozóba a fia. Éveken át nem kommunikáltak egymással, a találkozásra Gyuri számára teljesen váratlanul került sor egy közeli kisvendéglőben, majd telefonszámot cseréltek, és azzal az ígérettel váltak el, hogy néhány nap múlva felhívják egymást, ismét találkozhatnak és folytatják a beszélgetést. Gyuri ebben az időszakban a szokásosnál is közlékenyebbé vált, lakótársaival szemben tanúsított segítőkészsége fokozódott, és a nehezen járó, vékony férfi arca kisimult, alig tudott néhány percre nyugalomban maradni.

A megbeszélte napon felhívta a telefonszámot, azonban csak üzenetrögzítő válaszolt, de ez nem vette kedvét, üzenetet hagyott a fiának. Visszahívás azonban nem érkezett és Gyuri többszöri telefonálása ellenére sem sikerült ismét felvenniük a kapcsolatot. Gyuri számára ez a burkolt elutasítás, amelyet a fiától kapott, nagyon nehezen elviselhető kudarcot jelentett. Amíg nyilvánvalóvá nem vált, hogy a fiú által megadott telefonszámon nem tudja elérni a gyermekét, tervezés, a jövővel kapcsolatos pozitív gondolatok, és a közös családi emlékek felelevenítése állt a beszélgetéseink középpontjában. Ahogy az idő haladtával realizálta, hogy a fia nem kíván vele ismét kapcsolatba lépni, Gyuri egyre szótlanabbá vált, fizikai panaszai felerősödtek, így korábbi sétáival, a napi olvasásával is felhagyott, órákat töltött az ágyán fekvé. Ebben az időben került sor Gyurinál egy neurológiai kivizsgálásra a korábbi stroke szövődményeinek ellenőrzése céljából, és a vizsgálatokat követően egyértelművé vált, hogy állapota nem javítható tovább: a féloldali részleges mozgásképtelensége maradandóvá vált és a tüdődaganata miatt is folyamatos kontrollra volt szüksége.

Gyuri számára ezek az események elviselhetetlenül nyomasztóak voltak, mivel éppen azáltal próbálta magát megkülönböztetni a lábadozó többi, elesett lakójától, hogy az akaraterő

gyógyulásban betöltött szerepét hangoztatta. Ezt az attitűdöt az általa ideálisnak tartott férfias viselkedéshez kapcsolta, ugyanakkor ez volt az az időszak a lábadozón való tartózkodásában, amikor először tért haza olyan ittasan az intézménybe, hogy a szociális munkásoknak fel kellett hívniuk a figyelmét a házirend absztinenciát előíró rendelkezéseire és az alkoholfogyasztás során balesetek is érték, amely miatt mozgáskoordinációja jelentősen romlott.

Ezzel egyidejűleg egyre kevésbé igényelte a mélyebb témákat érintő egyéni beszélgetéseket, találkozásainkkor szinte kizárólag a fizikai panaszairól beszélt és arról, hogy számára érthetetlen okból csak néhány órát tud aludni éjszaka, amit nappal sem képes bepótolni. Hogy a fizikai tünetei miatt érzett szorongását enyhítse, erejét megfeszítve, önszorgalomból tornázni és sétálni kezdett, sőt a napi rendszerességű gyakorlatokat fekvőtámaszok végzésével próbálta kiegészíteni. Végül a szociális munkások által felajánlott idősotthoni férőhelyet visszautasítva ismét az utcán élest választotta, azonban rossz egészségi állapota miatt néhány hét múlva kórházba került, ahol elkezdődött az onkológiai kezelése. Jelenleg egy idős hajléktalanoknak fenntartott otthonban él.

### **Az alkalmazott segítő módszer**

A témával foglalkozó szakirodalmak alapján körvonalazható, hogy a férfiak – a nyugat-európai kultúrkörben – több tipikusnak számító megküzdési módot alkalmaznak a veszteségek feldolgozására. Az első esetben a fájdalmukat nem hozzák a környezetük tudomására, kommunikációjukban sem utalnak az őket ért veszteségre, mivel a sebezhetőségük látszatát csak így képesek fenntartani saját maguk és mások szemében. Ennek a megküzdési stratégiának a „továbbfejlesztése” az, amikor – másokat kímélve – mintegy rejtetten, az egyedüllétet fokozottan igényelve, visszahúzódva élnek a veszteséget jelentő esemény bekövetkezte után. Ez a magatartás feltűnő figyelmességgel párosulhat, amely a környezet számára esetenként meglepő lehet, vagy modorosnak tűnhet. Péter és György esetében ez abban nyilvánult meg, hogy aggályosan törekedtek a velük kapcsolatba kerülő segítő szakemberekkel folytatott udvarias kommunikációra, ugyanakkor feltűnően kerülték a kapcsolatot a közvetlen környezetükben élőkkal, vagyis a szobatársaikkal, lakótársaikkal.

A további megküzdési módszerek között tartják számon, amikor a férfi fokozott aktivitásba kezd annak érdekében, hogy a veszteség érzése felett kontrollt nyerjen, illetve amikor ez az aktivitás olyan mértéket ölt, hogy az érintett minden percét betölti valamely tevékenységgel, mintegy arra törekedve, hogy ne adjon időt magának a veszteség megélésére – végső esetben a fájdalom elnyomására a függőségekbe menekülést is alkalmazhatják. (Édes-Kerekes 2011/4. 14-15.)

A kliensekkel kialakított segítő kapcsolatban kiemelt fontossága volt a csendnek, a visszafogottságnak és a sürgetésmentes kommunikációnak, vagyis az aktív hallgatásnak, amelyet Carl Rogers is hangsúlyozott a kliensközpontú elméletében. A rogersi megközelítés szerint ugyanis a segítő kapcsolatban az elfogadás, az empátikus megértés és az ún. kongruencia megléte szükséges ahhoz, hogy a kliens biztonságban érezze magát, és ezek azok a feltételek is, amelyek a segítő és a kliens közti megértést megalapozzák. Amennyiben a segítő képes önmagát elfogadva nyitni a kliens felé, a kliens ezt megérzi és képes lesz elfogadni magát a beszélgetés folyamán feltáruló egyre mélyebb rétegekben is. (Rogers 2014. 87- 90.)

Rogers álláspontja szerint ebben a folyamatban a nondirektivitás is nélkülözhetetlen. A direktivitiás ugyanis blokkolhatja a klienst, ha az a kérdésben és a kliens és segítő közti kommunikációban erősen megnyilvánul (például a kérdésben, a vélemény kinyilvánításában, az erkölcs emlegetésével stb.) A nondirektivitás segítségével viszont a kliens a segítő bizsónságot sugárzó jelenlétében, de külső kényszertől mentesen, a saját teherbírása szerint járhatja be a saját belső világa útjait, *„Azt látja meg, azt tárja fel, ami amúgy is benne van, csak nagyon mélyen. Önmagához kerül közelebb egy felajánlott, bizsónságos, elfogadó és nem irányító közegben.”* (Rogers 2014. 75.)

A megértés különösen nagy hatású lehet a gyógyíthatatlan betegséggel együtt élő kliensek számára, hiszen ahogy Cicely Saunders megfogalmazta: *„Egyszer megkérdeztem egy embert, aki tudta, hogy haldoklik, mit várna el leginkább azoktól, akik gondozzák. Azt mondta, azt, hogy úgy tűnjék, megpróbálnak megérteni.”* (Singer 2000-2001. tél 48. p.) Ez a megértés, az empátiával és a kongruenciával párosulva a feltétlen bizalom lehetőségét kínálja a kliensnek – találkozásaink során jól nyomon lehetett követni, ahogy a kezdetben tartózkodó férfiak az általa választott szerepek álarcából kibújva felvállalták a fizikai szenvedés miatti félelmeiket és az elfogadó segítő kapcsolat segítségével megpróbálták feltérképezni a saját magukban és környezetükben található erőforrásaikat.

Az általam felkínált segítő kapcsolat azért is erőforrást jelenthetett a kliensek számára, mert daganatos betegek voltak, azonban betegségükről a lábadozóban senkivel sem tudtak párbeszédet kezdeményezni. Ennek oka az volt, hogy az egészséges emberek többségének a rák és a halál tabu fogalmak. Ahogy Buda Béla megfogalmazta, *„...tabu témák akkor is léteznek egy társadalomban, ha nem vallás vagy ideológia írja elő, miről nem szabad beszélni. Maga a közvélemény, a közhangulat is kialakít rejtett tilalmakat. Ilyenkor általában az énvédő mechanizmusok tágulnak ki társadalmi méretűvé, olyasmiről illik ilyenkor hallgatni, ami az átlagembert szorongással töltené el, ami benne félelmet keltene, mert eszébe juttatná, hogy ilyesmi vele is megtörténhet.”* (Hegedűs 1998. tavasz 14. p.)

A klienskapcsolatok során ugyanakkor nem érzékelttem azt a hazai egészségügyre sajátosan jellemző attitűdöt, hogy a beteg és környezete nem kommunikál őszintén a betegségről és annak várható kilátásairól. Ennek valószínűleg az volt az oka, hogy klienseim a kapcsolatunk kialakításakor nem rendelkeztek elérhető támogató társas környezettel, hozzátartozókkal, és talán a hajléktalanság ténye miatt – amely az egészségügyi dokumentációikon végigvonul – az orvosok sem próbálták tapintatból „megnyugtatni” őket, mint azon betegek esetében, akik aggódó, gondoskodni vágyó hozzátartozóik kíséretében keresik fel az egészségügyi intézményeket.

### **Összefoglalás**

A mentálhigiénés segítő tevékenység, a segítő beszélgetések felkínálása lehetőséget jelentenek a hajléktalan betegek számára, hogy ne kizárólag az állapotukkal járó fizikai szenvedés elviseléséhez keressenek segítséget, hanem a lelki gondjaikról is beszámolhassanak a szakembernek. A támogató kapcsolatokkal nem vagy kismértékben rendelkező, rossz egészségi állapotú hajléktalanok esetében a mentálhigiénés kísérésnek kulcsfontosságú szerepe lehet az érintettek gyógyulásában és a rehabilitációjukban. (Hennezel, 1999. 83.) Az egyéni segítő folyamatok során a szakemberek az elfogadó attitűdjük és a hiteles jelenlétük által olyan biztonságos közeget teremthetnek a krízishelyzetben levő kliens számára, amely ösztönözheti őt arra, hogy felmérje – és szükség esetén újra előhívja – a saját belső erőforrásait, aktívan kapcsolódva ezzel a hajléktalanellátásban, és különösen a lábadozóknak vagy egészségügyi intézményekben dolgozó szociális munkások által végzett gondozási tevékenységhez.

### **IRODALOM**

- Az egészséghez való emberi jog: az egészség biztosítása a hajléktalan emberek számára Magyarországon. FEANTSA 2006. július
- BREITNER P. (1999): A hajléktalanná válás lépcsőfokai. *Esély* 20 (1) 84-108.
- BUDA B. (1994): A haldoklás és a halál mentálhigiénés aspektusai In: *Mentálhigiéné*. Budapest, Animula 264-284.
- BUDA B. (1994): Öregség és lelki egészség In: *Mentálhigiéné*. Budapest, Animula 1994. 237-264.
- CASTEL, R. (1993): A nélkülözéstől a kivetettségig – a kiilleszkedés pokoljárása. *Esély*: 4 (3). 3-23.
- CSÁNY K. (2012): Szerepek és szerepkonfliktusok. *Embertárs* 2. 175.

- ERIKSON, E. H. (1957): Az emberi fejlődés nyolc szakasza
- ÉDES T. - KERÉKES ZS. (2011): Gyászolni az élőt. Megelőlegezett gyászmunka a férfiak veszteség-feldolgozásában. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2011/4. 14-15.
- FREUD, A. (1994): Az én és az elhárító mechanizmusok. Budapest, Animula 41-50.
- HAJDUSKA M. (2012): Krízislélektan. Budapest, Elte Eötvös Kiadó 27-15-28.
- HEGEDŰS K. (1998): Súlyos állapotban levő és haldokló daganatos betegek betegségtudata. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1998. tavasz 13-33.
- HENNEZEL, M DE - LELOUP, J.Y. (1999): A halál művészete. Európa Könyvkiadó Budapest
- KOZMA J. (2003): A szegénység pszichológiai vonatkozásai. *Esély* 2. 15- 30.
- KÜBLER – ROSS, E. (2012): A halál, mint ragyogó kezdet. Bioenergetic Kiadó, Budapest
- LEVENDEL L. (1992): A hajléktalan ember. *Liget* 5. 2. (106-112.) A hajléktalanok különböző csoportjairól.
- PAPP Á. (2007): Hajléktalan emberek egészségügyi helyzete Magyarországon. Budapest, Százlátóüveg Alapítvány
- PATAKI Z. (2014): Kezelésből vagy az utcáról? In: *Embertárs* 4. 306- 320.
- PÁLVÖLGYI G. (2012): Kéz a kézben. Lehetőségek szociális és egészségügyi team-munkával. Konferencia-előadás, Budapest.
- PILLING J. (szerk.) (2003): Gyász. Medicina Kiadó Budapest 82-83.
- POLCZ A. (1997): Együtt a halálban és a gyászban. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1997. tél
- ROGERS, C. (2014): Valakivé válni. A személyiség születése. Budapest, Edge 2000 Kft. 87-90.
- SINGER M. (2000-2001): Cselekvő csend. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2000-2001. tél 37-40.
- TRINGER L. (2007): A gyógyító beszélgetés. Budapest, Medicina

**Dr. Kiss Bernadett**

jogász, addiktológiai konzultáns,  
mentálhigiénés szakember

Alapvető Jogok Biztosának Hivatala

kbetti84@yahoo.com