

Aldermann D. Judit neurodivergens (autista-ADHD-s) költő, szabadúszó kulturális újságíró, vizuális alkotó. Költészete a gyász, az emlékezés és a neurodivergens identitás határain keresztül kutatja, hogyan képes a nyelv a túlélés eszközévé válni. 2023-ban, huszonnégy évnyi ellátórendszerben való keringés után kapta meg autizmus és ADHD diagnózisát. Azóta végre újra képes írni. 2024-ben megszerezte mesterdiplomáját az ELTE magyar nyelv és irodalom szakán Összehasonlító irodalom- és kultúratudomány specializáción. 2025-ben meghajtogatott kilencszáz darut, ha elkészül a maradék száz is, a japán hagyomány szerint kívánhat egyet. Még nem döntötte el, mit.

Az üres helyek már nem árthatnak

akkor jövök rá –

hogy

az üres helyek

már nem árthatnak

amikor Vecsés határából

kásás éjjeli hangján hív fel

az öcsém

hosszú,

térképészeti igényű sétái

egyikéről –

mikor valójában

nem a kerületet járja

ő mindig is

önmaga

térképét

igyekezett

felrajzolni

Nietzschét idéz

és a sztoikusokról
mesél
nekem.

talán sosem
tudom meg
hova kéne
beillesztenem...
hogy
jól értsem őt

a szégyen mellérendelő
és az idő fölérendelt
struktúrájában

de a helyeken,
amiket együtt jártunk be –
mióta nyolc évvel később
megérkezett
már örökre
együtt vagyunk

tiltások
zárhatatlan ajtók
énhatárok sosem voltsága
egy komplett társadalmi mintára készült
felépítmény
romjai
alatt

a térkép,
amit azóta rajzolok,
hogy ő létezik
helyrajzi számokkal jelöli

az érzelmeket
a testérzeteket
a nyelvi formulákat
a kapcsolati törekvéseket

ott van rajta
a jól ismert
„itt áll Ön” jelzés
meg a szaggatott vonalak
a kis piros pöttyök
a BKV útvonalak
(bííí, tsöts!)
a metrómegállók
és a fontosabb
közlekedési csomópontok

összességében
körberajzoltam
a legfontosabb
üres helyet:
anyánkat.

hogy
az útvesztőből
legalább labirintust
csináljak

milyen jó,
hogy a legtöbb gyerekkori
társas
erre készített fel

„Kezdd újra a startmezőről!”

LENGYEL LEA

„A halottaimra nem úgy gondolok, hogy sírok, hanem hogy visszaemlékezem, mennyit viccelt mindig.”

Egy hajléktalanellátásban dolgozó, esetkezelő szociális munkás ügyfélhalállal kapcsolatos megélései

Összefoglalás ♦ *A hajléktalan emberek rossz egészségügyi állapota és a szociális munkások saját tapasztalatai is igazolják, hogy a velük folytatott segítő munka egyre gyakrabban az ügyfél halálával ér véget. Magyarországon mindeddig nem született átfogó kutatás arról, hogy élik meg a hajléktalanellátásban dolgozó szociális munkások az ügyfeleik halálát vagy az életvégi állapot kísérését, milyen szerepet vár el tőlük az intézményrendszer és milyen saját szükségleteik, szerepvállalásaik vannak. Ezt a hiányt kívánja legalább részben pótolni a jelen tanulmány, melyben egy esetkezelő szociális munkás megéléseit tártam fel egy lakója kórházba kerülésétől a halálán át egészen a temetéséig, beemelve a sorstársak szempontjait is. Az esettanulmány megmutatja, hogy a témával mihamarabb foglalkozni kell, intézményi válaszok kidolgozására van szükség, nemcsak a hajléktalanellátásban, hanem más területeken dolgozó szociális szolgáltatók esetében is.*

Kulcsszavak: ügyfélhalál, hajléktalanellátás, szociális munka, hajléktalan emberek

„I Don't Think of My Dead to Cry, but to Remember How Much They Joked, Always ”:

Experiences of Client Death Among a Social Worker in Homeless Care

Summary ♦ *The poor health status of homeless individuals and the personal experiences of social workers both confirm that supportive work with this population increasingly ends with the death of the client. In Hungary, no comprehensive research has yet been conducted on how social workers in homeless services experience the death of their clients or accompany them*

through end-of-life stages, what roles are expected of them by the institutional system, and what their own needs and professional responsibilities are in these situations. This study aims to partly fill this gap by exploring the experiences of a caseworker social worker from the moment a resident was hospitalized, through their death, and up to the funeral, also incorporating the perspectives of peers. The case study highlights the urgent need to address this topic and to develop institutional responses – not only within homeless care services but also across other fields of social service provision.

Keywords: client death, homeless care service, social work, homeless person

Bevezetés

Jelen tanulmány célja, hogy betekintést nyújtson a hajléktalan emberekkel folytatott szociális munka és a haldoklás, halál, szakemberi gyász témájába. Az esettanulmány a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (BMSZKI) egyik átmeneti szállóján dolgozó esetkezelő szociális munkás ügyfélhalállal kapcsolatos megéléseit mutatja be egy konkrét eseten keresztül.

A haldoklás, halál és gyász témában egyre több hazai tanulmány és könyv születik, sőt a szociális munkások vonatkozó megélései is fókuszba kerülnek (ld. pl. Mucsi 2015, Horváth 2020, Gecse-Simon 2024), azonban a hajléktalanellátásban dolgozók ügyfélhalállal kapcsolatos érzéseinek, tapasztalatainak, az oda vezető úton vállalt vagy „véletlenül” rá került szerepének célzott vizsgálata még nem történt meg Magyarországon. Nemzetközi szinten már volt ezzel a célcsoporttal foglalkozó kvalitatív adatfelvétel (Lakeman 2011), illetve más ügyfélkörrel folytatott szociális munka már itthon is tárgyalásra került (Gyukits-Keresztes 2000, Borst 2010, Horváth 2020). A hajléktalan emberek esetében az elsődleges nehézség a halálozási adataik meghatározása (ld. pl. Mostowska 2023, 2024).

Amellett, hogy szinte egyáltalán nem készültek kutatások a fent megnevezett témákban, azért is tartom kiemelten fontosnak a téma tudományos diskurzusba való beemelését, mert a hajléktalan populáció egészségügyi állapota egyre romlik, az átlagéletkor egyre emelkedik, sőt arányaiban nagy azon ügyfelek száma, akik évek óta hajléktalanságban élnek, mely az általános idősödéshez képest is gyorsabban és sokszor visszafordíthatatlanul rontja az egészségügyi kondíciójukat. Mindezekből szükségszerűen következik, hogy a velük foglalkozó szakemberek egyre több ügyfelet veszítenek el (Kiss 2015), sok esetben akarva-akaratlanul egyre több haldoklási folyamatot kísérnek végig. Nekik és az őket támogató szakembereknek (akár

intézményi vezetőknek, akár szupervízoroknak) minél hamarabb válaszokat kell találniuk arra, hogy tudják a munkavállalókat a lehető legjobban támogatni, miközben felelősségük van abban is, hogy az elhunyt ügyfelet körülvevő sorstársakra is kiemelten figyeljenek.

A hajléktalanellátásról és a hajléktalan emberek egészségi állapotáról

Intézményi keretek

A hajléktalanellátás intézménytípusairól, azok szolgáltatásairól és jogviszonnyal kapcsolatos kérdéseiről a 2/1992. (I. 6.) NM rendelet és a 1993. évi III. törvény rendelkezik. A nappali melegedők és az éjjeli menedékhelyek ingyenesen hozzáférhető, alapszolgáltatást nyújtó intézmények, melyekben nem kötötték szerződés a jogviszonyról, így az ügyfeleket semmi nem kötelezi a folyamatos igénybevételre. Ez azt is jelenti, hogy az ügyfél nem köteles tájékoztatást adni akár arról, ha kórházba kerülés vagy más miatt távol marad, s így intézményhasználatuk változásának oka sokszor ismeretlen marad a szociális munkások számára, azaz az esetleges elhalálozásról is kisebb arányban szereznek tudomást. Az átmeneti szállók ezzel szemben adott időre, összesen maximum két év időtartamra kötnek jogviszonyt az ügyfelekkel, akiket egy esetkezelő szociális munkás támogat a közösen kijelölt célok mentén. Mivel itt a kapcsolat szorosabb, illetve a lakóknak jelzési kötelezettségük is van, ha rövidebb-hosszabb időre távol maradnak, a kórházi kezelés (legyen az tervezett, vagy hirtelen állapotromlás miatti) ismert az intézmény munkatársai számára, illetve az elhalálozásról is hamarabb szereznek tudomást.

A BMSZKI a főváros legnagyobb hajléktalanellátó szervezete, minden szolgáltatási típusban nyújt ellátást, azaz működtet nappali melegedőt, éjjeli menedékhelyet, átmeneti szállót, egészségügyi centrumot, valamint utcai gondozó szolgálatot is. Az átmeneti szállókon dedikált esetkísérés van, ami nemcsak bizalmi kapcsolat kialakítására ad lehetőséget, hanem az esetkezeléssel kapcsolatos dokumentáció is gazdagabb, így esettanulmányomban nem csak az ügyfél kórházi kezeléséről és haláláról szóló szociális munkási megéleléseket tudom bemutatni, hanem az arról szóló bejegyzéseket is, melyek a lakó egészségi állapotának romlásáról adnak lenyomatokat.

Hajléktalan emberek egészségi állapota és halálozási rátája

A hajléktalanság önmagában egy hiányállapotként definiálható, hiszen ebben az élethelyzetben az egyén sok olyan dologtól megfosztott, melyek a többségi társadalom számára eleve adottak, ilyen például a nyugodt alvás és pihenés (Mezei – Sarlós 1995), a magán- és a biztonságos tér (Anderson 2012, Wardhaugh 2001), a lelki otthon (Kántor – Düll 2018), valamint az egészség (Dykeman 2011). Mindezek közül kiemelendő a társadalmi integráció és ezzel a támogató

kapcsolatok hiánya, melyek egyaránt csökkentik az egészségmegtartást (pl. testmozgás, egészséges táplálkozás) és növelik az egészségre káros tevékenységek (pl. dohányzás, alkohol- és kábítószerhasználat) valószínűségét (Forgács 2015). Az egészségmegőrzés az anyagi kiszolgáltatottság növekedésével egyre inkább elveszti fontosságát, hiszen a jövő és ezzel az idősor egyáltalán nem biztosan bekövetkező tényezővé válik: *„nehéz olyasvalakit lebeszélni a dohányzásról a tíz-húsz év múlva bekövetkező tüdőrák valószínűségére való hivatkozással, aki azt sem tudja, holnap lesz-e mit ennie”* (Gyukits 2008: 192).

A hajléktalan emberek egészségügyi állapotára vonatkozóan több információ áll rendelkezésre, melyek prognosztizálhatják akár a várható élettartamhoz képest történő korábbi elhalálozást. Egy 2014-es kutatás szerint az átlagpopulációban 50% volt a legalább egy, nem fertőző betegséggel élők aránya, míg a hajléktalan emberek esetén 79%. Ehhez társul a háziorvoshoz való fordulás alacsony aránya (38% vs 77%), illetve a káros szenvedély (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás) mellett az alultápláltság is, melyek egyenként is korábbi halálozáshoz vezethetnek (Rákosi – Szeitl 2018). Egy 2017-es drogepidemiológiai kutatás szerint a hajléktalan emberek az átlagpopulációval megegyező arányban kerülhetnek kapcsolatba kábítószerrel, azonban a kockázatos vagy problémás droghasználat miatt veszélyeztetettebbek (Paksi és mtsai 2021). A fokozott szerhasználatnak és a szenvedélybetegségnek egyik oka lehet a gyermekkorban elszenvedett trauma, ami a hajléktalan emberek nagy részét érinti (Lengyel 2021, Fehér – Lengyel 2023, 2024). A saját egészségkárosító magatartás mellett azonban olyan tényezők is növelik a hajléktalan emberek halálozási arányát az átlagpopulációhoz képest mint a mentális betegségek (melyek kezeletlensége akár halálos önsértéshez vezethet) és az őket érő támadások, például lopások, zaklatások, bántalmazások (Hwang 2000, Szoboszlai és mtsai 2008, Kántor 2019, Tong és mtsai 2019).

A Magyarországon élő hajléktalan emberek lélekszámáról nincs pontos információnk, ezért a halálozási rátájukat is nehéz meghatározni. Egy 2013 és 2015 közötti adatokat vizsgáló felmérés szerint hazánkban a hajléktalan személyek halálozása négyszerese a vizsgált kontrollcsoportnak, s *„a meghaltak átlagos életkora a férfiaknál 55, a nők körében pedig 54 év volt”* (Fadgyas-Freyler 2017: 112). Egy későbbi adatfelvétel eredményei szerint *„2021-ben a 2015. évi hajléktalan populációnak 88,5%-a élt, míg a hozzá illesztett kontrollcsoportnak több, mint 95%-a”* (Vajdovich 2024: 47).

A BMSZKI intézményei minden esztendőben készítenek éves beszámolót, melyből többek között az adott szolgáltatást igénybevevő ügyfelek halálozási trendjének változásait nyomon követhetjük. Emellett minden évben történik a szervezetnél egy központi adatbekérés, melyben

a szociális munkások a segítő kapcsolat általánosabb jellemzői (pl. hol történtek a találkozások, milyen gyakoriak voltak), az esetkezelés fókuszában álló dolgokat (pl. jövedelemmel kapcsolatos változások, szerhasználati szokások változása, kapcsolatrendszeri elmozdulások) és olyan kérdéseket is tárgyal, mint hogy honnan költözött be az ügyfél és hová költözött ki. Ezen adatsorból szervezeti szinten követhető nyomon, az adott évben hány lakó hunyt el. 2023-ban összesen 93 lakóról tudjuk biztosan, hogy elhunyt, ami az adott év intézményhasználóinak 4,9%-a. További 52 fő került úgy kórházba, hogy a kezelés várható elhúzódása vagy az állapotromlás mértéke miatt esetkezelése megszűnt, ez az igénybevevők 2,7%-a. (Breitner – Pataki 2023). 2022-ben 72 lakó hunyt el (3,5%) és 64 fő (3,1%) került kórházba (Breitner – Pataki 2022). Az elmúlt tizenegy év átmeneti szállóin¹ tapasztalt halálozási arányról Breitner 2024-es összefoglalója ad képet. (Breitner 2024: 2)

évszám	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
elhunytak aránya (%)	1,7	1,6	2	2,4	2,8	4,7	5,2	5,9	5,5	7,1	5,9

1. táblázat A BMSZKI átmeneti szállásain lakó és személyes szociális munkában részesülő ügyfelek halálozási aránya 2013 és 2024 között (%) (forrás: Breitner 2024)

Gondolatok a szociális munkások speciális szerepéről és szükségleteiről az ügyfélhalállal kapcsolatban

A szociális munkás egyszerre szakember és magánember, aki rászoruló személyekkel dolgozik. A két szerep közötti egyensúly megtalálása, a túlzott bevonódás elkerülése kiemelten fontos, mert a szociális szakma egyéb kockázati tényezői mellett (pl. túlterheltség, nagy felelősség, alacsony bér) pont a két szerep különválasztásának hiánya jelenti a legnagyobb veszélyt a kiegészítő szempontjából (Fekete 2010), más megélésben azonban pont az segíthet a kiszolgáltatott emberekkel végzett munkában, ha a szakember úgy foglalkozik velük, mintha saját rokona lenne (Hennezel 1997). Akármelyik hozzáállással is tud azonosulni a szociális munkás, a szerepválasztások akár eseteken, történéseken belül is változhatnak. Ennek oka, hogy a hajléktalan emberek legtöbbje nem tart kapcsolatot a családjával és nincs szoros kapcsolathálója, így az esetkezelő egyfajta családtaggá válhat.

¹ Azaz más intézménytípusok, mint például a nappali melegedők és éjjeli menedékhelyek adatai nem kerültek be.

Fontos kérdés, hogy a szociális munkás hogyan viszonyul azokhoz a rítusokhoz, melyek a családtagok halála esetén szinte minden esetben természetesenek. A gyásszal kapcsolatos szakirodalmak sokszor előtérbe helyezik: korunk emberének halállal és gyásszal kapcsolatos megélését jelentősen befolyásolja, hogy a haldoklás, a ravatalozás és a hozzá fűződő rítusok már nem az otthonokban történnek, hanem intézményi, főként kórházi körülmények között zajlanak (ld. pl. Polcz 1989, Pilling 2010). A holttest ellátása és a virrasztása a paraszti kultúrában még szigorú előírások szerint zajlott, mely szerint például *„a halottas háznál nemcsak a gyertyának, lámpának kell égnie egész éjszaka, de mindig kell lennie a halott mellett valakinek a megszorodottak közül”* (Kunt 1987: 142). A hajléktalan emberek élethelyzete és halála ebből a szempontból nagyon más, mint ahogy minden intézményi körülmények között élő ember esetében felmerülhet az a kérdés, hol is van az otthon, az átmeneti elhelyezésben mit jelent mindaz, amit az otthon fogalmához társítunk.

A temetésen való részvétel segítheti az érzelmek megélését és közösségi támogatást nyújthat (Pilling 2010), illetve a veszteséggel kapcsolatos fájdalom megnyilvánulását is segítheti a halottól való elbúcsúzás, melynek egyik szertartása maga a temetés (Buda 1997). Azonban kérdéses, hogy a segítő szakembernek helye van-e ügyfele temetésén – sőt, adott esetben az is, hogy egyáltalán van-e lehetősége elmenni a végső búcsúra. Talán még a temetésen való részvételnél is nehezebb kérdés annak meghatározása, a szociális szakembernek „joga” van-e ügyfelét gyászolnia, s ha igen, milyen módon, milyen hosszú ideig, hiszen a személyes és nem szakmai veszteség esetén is szembe kell nézni azzal, hogy már-már meghatározott, mikor és milyen hosszan szabad gyászolnunk (Kast 2015). A gyász egyik definíciója szerint az egy *„ügynevezetett normál krízisállapot, a megnevezés arra utal, hogy mindannyiunk életében előforduló, és mindenki számára nehéz megpróbáltatást jelentő állapotról van szó”* (Révész 2001: 142), azonban *„a gyász, bár univerzális emberi tapasztalat, megjelenési formái nagyon változatosak”* (Benczúr 2015: 31). A haláleset utáni gyász keretei is tisztázatlanok jelenleg a szociális szakmában, azonban az olyan veszteségek és (befejezetlen) befejezések, mint a segítői kapcsolat nem elhalálózás miatti (hirtelen) megszakadása, még inkább szürke zónába tartoznak, pedig ugyanolyan be nem váltott ígéreteket és lezáratlan szálakat hagynak maguk után, mint a hirtelen bekövetkezett halálesetek (Kárpáthy 2002).

A segítő szakember – amellet, hogy lakóját gyászolja –, könnyen kerülhet olyan helyzetbe, hogy párhuzamosan a sorstársak gyászának támogatójává válik. Ez önmagában természetes folyamat lehet, hiszen az esetkezelő sok esetben az egyetlen (nem sorstársi) szereplője a hajléktalan ember kapcsolatrendszerének, azonban egyszerre gyászolni és másokat gyászban kísélni, ráadásul egy olyan helyzetben, ahol a rábízottak eleve rengeteg saját

veszteséggel küzdenek, nagy kihívást jelent, még akkor is, ha maga a megértés és a beszélgetés a legnagyobb támogatás lehet a gyászoló számára (Pilling 2001). Jelenleg a lakó- és sorstársak halálesetről való tájékoztatása főként a szociális munkásokra marad. A széleskörű értesítés az adott intézmény belső szokásjogától vagy annak hiányától függ, mely figyelmen kívül hagyja, hogy egy adott közösség tagjának halála mindenkit érint. Elengedhetetlen az erről való informálás és fontos a gyász kifejezésének lehetősége, mint ahogy a megemlékezésre biztosított keretek is (Reményi 2023), főként mert a veszteség feldolgozásában fontosak azok a rítusok, hagyományok, melyek a közös emlékezés által segítik a veszteségélmény megosztását (Kárpáthy 2002).

Egy betegség, kórházba kerülés alapvetően tudja megváltoztatni a már meglévő rutinokat és felborítja a megszokott rendszert (Jagodics-Varga 2022). Ez nem csak a családtagok közötti viszonyrendszer módosulására igaz, hanem a segítő-ügyfél relációban is. A szociális munkások nem csak ügyfélhalállal találkoznak, hanem már a terminális állapottal is, mely során megjelenhet az elővételezett gyász (Pilling 2003). Az esetkezelő akarva-akaratlanul, kötelességből vagy meggyőződésből az életvégi szakasznak is kísérőjévé válik, akár csak azzal, hogy látogatja ügyfelét a kórházban. Ez is kiemelt terhelés és felelősség, hiszen a legtöbb esetben egy személyben vagy kiskörű intézményi támogatással próbálja őrizni lakója emberi méltóságát, s közben néz szembe az ilyen állapotú emberek mellett lévőkre oly jellemző halálfélelemmel, nagyon intenzív és ambivalens érzésekkel (Biró 2015), miközben a haldoklóval való munka megkívánja, hogy a segítő foglalkozzon saját halálviszonyával (Polcz 1994). A súlyos állapotú ügyfél esetén a kórházi látogatás elmaradásának egyik oka lehet a fenti személyes megérintődések mellett az is, hogy a szociális munkás, mint ahogy egy átlagember is, nem tud válaszolni a beteg kérdéseire és nem tudja, hogy viselkedjen a betegágy mellett (Hegedűs 2007).

A szociális intézményekben élők azonban nem csak terminális állapot esetén kerülhetnek kórházba, hanem tervezett vagy hirtelen (pl. baleset miatt) szükségessé váló ok miatt is. Ezekben az esetekben nincs protokoll arra vonatkozóan, hogy az esetkezelőnek kötelessége vagy munkaköri feladatkörének része-e az ügyfél egészségügyi intézményben való meglátogatása. Az egészségügyi rendszer jellemzően a betegséget és annak gyógyítását helyezi a középpontba, s a szociális munkás feladata az egyéb (pl. érzelmi) szükségletek kielégítése (Borst 2010). Ezekben a fokozottan kiszolgáltatott, magányos helyzetekben az érintés és a nonverbális kommunikáció nagy jelentőséget kaphat (Borbáth 2008), még akkor is, ha a mindennapokban a segítő-ügyfél kapcsolatban nincsenek jelen ezek az eszközök, hiszen a kézfogás, a simogatás a haldoklóban erősíti a biztonságérzetet (Elias 2000).

A kutatásról

Jelen tanulmányban egy konkrét ügyfél esetét mutatom be a vele dolgozó esetkezelő szociális munkás megélesein keresztül. A lakó azon az átmeneti szállón élt, ahol dolgozom², így egészségügyi állapotának romlását és a kolléga dilemmáit hosszan és mélységeiben kísértem végig, hiszen teamben dolgozunk, ahol megosztjuk egymással az eseteink tapasztalatait.

A kollégával interjút készítettem a haláleset után hónapokkal, feltárandó az ügyfél kórházba kerülését megelőző időszakot, a kórházi élményeket, a halálhírről való értesülést, az utána lévő kötelező teendőkhöz kapcsolódó érzéseket és a temetésen való részvételt. Emellett felhasználok a gondozási napló dokumentációját is. A BMSZKI minden intézményében vezetnek gondozási naplót a lakókról, mely a vele történt esetkezelés fő lépéseit foglalja össze. Ezt azért tartottam fontosnak beemlíteni, mert az adott események után röviddel kerültek dokumentálásra, azaz nem retrospektív visszaemlékezésről van szó, mint az interjú esetében. Minden átmeneti szállóra költöző ügyféllel első interjú készül, mely lényegében egy életútinterjú, melyet a lakó esetkezelő szociális munkása vesz fel.³ Ebből is idézek, hogy a lakó életét röviden bemutassam, különös tekintettel az egészségével és betegségeivel kapcsolatos saját megosztásaira és a szociális munkás vonatkozó meglátásaira.

Tamara és Frida

Tamara⁴ a BMSZKI több átmeneti szállóján lakott. Először 2021 nyarán költözött be arra a szállóra, ahol Frida lett az esetkezelő szociális munkása, majd a két év jogviszony lejáta után kiköltözött. 2023 nyarán ismét ebbe az intézménybe nyert felvételt, 2024-ben bekövetkezett halálakor is itt volt jogviszonya.

Tamara

Tamara egy Komárom-Esztergom megyei községben nevelkedett, majd fiatal felnőttként Budapestre költözött, ahol szobalányként dolgozott egy szállodában. Egyszer volt férjénél, gyermeke nem született. Egy bátyja volt, vele nem tartotta a kapcsolatot. 2010-ben lakoltatták ki önkormányzati bérlakásából közüzemi és bérleti díj elmaradásai miatt, melynek oka a két nőgyógyászati műtete utáni egészségromlása és munkaképtelensége volt. 56 éves volt, mikor

² A kollégát a kutatásetikai alapelvek mentén az adatfelvétel előtt felkértem a kutatásban való részvételre, biztosítottam számára, hogy abban szabad akaratából vegyen részt. Az interjú felvétele alatt mint kutató és az adott téma szakértője voltunk jelen.

³ Az első interjúk adatgazdája a Módszertani és Fejlesztési Iroda vezetője, aki hozzáférést biztosított az anyaghoz a kutatás megvalósítása érdekében. Az ügyfél az Adatkezelési Szabályzat elfogadásával beleegyezését adta az adatai kezelésébe.

⁴ A neveket és a földrajzi helyszíneket az anonimitás érdekében megváltoztattam vagy általánosítottam.

először átmeneti szállóra költözött 2014-ben. Előtte két évet élt közterületen, mert félt a szállóktól, majd a téli hideg elől egy éjjeli menedékhelyre húzódott, ahol újabb két évet töltött el. Tamara legelső interjújában egészségével kapcsolatosan az alábbi mondat szerepel: *„Betegséget nem említett, a vérnyomása magas, valamint gyanítja, hogy cukros, de még nem volt kivizsgáláson. Erre mindenképp szeretne időt szakítani.”*

Tamara egészségi állapota folyamatosan romlott. Az első átmeneti szállóra költözése utáni évben egy újabb interjúra került sor az intézményben, mely az elmúlt év történéseire, eredményeire fókuszált. Akkor a szociális munkás ezt írta: *„Egészségi állapota leromlott, december óta orvosokhoz jár. Tüdőasztmája, magas vérnyomása és cukorbetegsége van, ezekre gyógyszereket szed. Mostanában nem érzi jól magát, gyenge, erőtlen, a beszélgetésre is az egyik szobatársa kísérté el. Még kardiológiára is kell mennie, a szívével is baj van. ... Próbálunk a terveiről, elképzeléseiről beszélgetni. Egyelőre annyit tud, hogy az egészségi állapotára oda szeretne figyelni, de nincsenek további tervei, lakhatására sem.”*

Tamara az első átmeneti szállón eltöltötte a lehetséges két évet, ezután ismét éjjeli menedékhelyre költözött, majd egy másik átmeneti szállóra nyert felvételt 2017-ben. Itt is készült egy első interjú, mely az élettörténetéhez nem tett hozzá új információt, azonban egészségügyi állapotát aktualizálta: *„A korábbiakhoz képest jelentős a változás ügyfelünk egészségügyi állapotában, számos betegség nehezíti életét: tüdőasztmája van, cukorbeteg, magas, általában 220 feletti a vérnyomása, vizesedik, illetve érszűkületől szenved, utóbbi nem csak a lábain, de a tarkóján is jelentkezett és rémes fájdalommal jár. ... Tamara egészségi állapota és munkaképessége folyamatosan romlik.”*

Frida

Frida 2005-től dolgozott egy Pest megyei szociális otthonban, ahol előbb mentálhigiénés munkatárs, majd csoportvezető lett. Öt évvel később kezdte el a szociális asszisztensi képzést, 2012-ben felvételizett az egyik budapesti egyetem szociális munkás szakára, ahol 2016 januárjában szerzett diplomát. 2018-ban döntött a munkahelyváltás mellett, tudatosan a BMSZKI-hoz jelentkezett, mert az asszisztensi képzés alatt nagyon jó benyomást tett rá a szervezet. Azóta esetkezelő munkakörben dolgozik.

Az átmeneti szállókon egy teljes állásban dolgozó szociális munkás átlagosan húsz lakó életét kíséri párhuzamosan. Az esetkezelés magában foglalja a mindennapi ügyek intézését (például segítségnyújtás a nyomtatványok kitöltésében, tájékoztatás az elérhető támogatásokról), az intézményi léttel kapcsolatos beszélgetést (pl. térítési díj fizetése, előtakarékosság, esetleges házirendszértésekre való visszajelzés), életvezetéssel kapcsolatos

célok kitűzését és azok teljesülésére való reflektálást (pl. családtagokkal való kapcsolattartás, alkoholhasználat csökkentése vagy teljes elhagyása, egészségügyi állapot karbantartása) és a segítő beszélgetést, ami a legtöbb lakó esetében egy olyan beszélgetés, mely egyszerre tudja támogatni a múlt eseményeinek feldolgozását, az ismétlődő minták megtörését és a jövőkép életben tartását. Ezek a folyamatok minden lakó esetében más és más ütemben haladnak, hiszen eltérő dolgok kapnak nagyobb hangsúlyt, illetve az ügyfelek igénye és habitusa is meghatározza, mikor melyik téma kerül fókuszba, mikor mire kell nagyobb figyelmet fordítani. Az esetkezelői beszélgetések gyakoriságát szintén befolyásolja a lakó igénye, illetve az, hogy van-e olyan teendő, ami gyakori találkozást igényel.

Tamara kórházba kerülése és Frida kórházi látogatásai

Amikor egy ügyfél kórházba kerül, az nem feltétlenül jelenti azt, hogy az esetkezelés szünetel, hiszen sok esetben kiemelten fontos, hogy a szociális munkás kapcsolatot tartson a lakót kezelő orvossal. Gyakran előfordul, hogy az ügyfélnek nincs támogató kapcsolata, így nem látogatják a kórházban. Egy esetleges nem várt kórházba kerüléskor nincsenek nála olyan dolgok, melyek a hosszabb ott-tartózkodás során szükségesek, ilyenkor jellemzően az esetkezelő juttatja be neki a kórházi csomagot.

Bár a kórházi látogatás külön feladatot, akár terhet jelent, hiszen a távolság, a látogatási idő szabályozottsága miatt nehezen beilleszthető a munkaidőbe, Frida kiemelten fontosnak tartja, hogy kórházba került lakóit meglátogassa.

„Nem is feladatommak érzem, hanem nem tudom, olyan nagy szavak jönnek, hogy indíttatás, de tényleg ez van. Feltétlen fontos, mint ahogy ma is, hogy nem fogok innen ma addig hazamenni, míg meg nem tudom, hogy hol van az ügyfelem.⁵ És nagyon fontos, hogy meglátogassam. Ha csak egyszer vagy annyi, hogy öt percre, akkor öt percre. Olyan jó visszajelzések vannak egyébként! Hogy mikor bemegyek a kórházba, akkor óriási szükség volt arra, hogy ott legyek. És nem biztos, hogy én, az én személyem, hanem hogy csak így valaki. Gondot nem okoz, ha be kell mennem a kórházba. Abszolút kettéválasztom, hogy milyen az, ha a hozzátartozómhoz megyek. Például az én apukám sokszor volt kórházban, intenzív osztályon is. De mikor a lakómhoz megyek, akkor nem keverem össze, nem jönnek elő ilyen érzések, de szerintem az tudatos.”

⁵ Frida egyik lakóját az interjú előtti napon mentő szállította kórházba, s nem volt még információja arról, a sürgősségi ellátás után melyik osztályra került.

A kórházi látogatásokat az ügyfél szempontjából alapvetően pozitívnak tartja, hiszen egy kiemelten sérülékeny helyzetben tudja támogatni a lakót, biztosítani arról, hogy van, akinek fontos, akkor is, ha „csak” szociális munkása látogatja meg. Valamiféle ambivalenciát is érzékel, hiszen ezt a kitüntetett figyelmet nem tudja folytonosan biztosítani.

„Itt hogy ha hosszú a betegség és ha az fájdalmas és szenvedéssel teli, akkor nem az számít, hogy nekem az könnyebb-e vagy én el tudok-e köszönni tőle. ... Itt százmilliószor jobban kiszolgáltattak. És azt is megértem és az meg borzasztó. És hiába van az, hogy bemész és örül neked és akkor az a pár perc az kicsit olyan jobb, de utána te hazamész és nem jössz holnapután sem, meg elmész két hét szabadságra és utána nincs neki senki. De azért nem kívánhatom azt a lakómnak, hogy ő gyorsan haljon meg, meg hiába is kívánnám, úgyse így történik.”

Frida magától kötötte össze a lakók miatti kórházlátogatások élményét a saját magánéletében megélt tapasztalatokkal. Tamara esete azért is volt más számára, mert a halálát megelőző pár nap kivételével intenzív osztályon kezelték, mélyaltatásban. Saját édesapjával kapcsolatos kórházi és főként intenzív osztályos élményei után nem Tamara volt az első kritikus állapotú ügyfele, akit meglátogatott. Arra a korábbi esetre tudatosan készült, mert felismerte, hogy különösen megterhelő lehet számára a helyzet.

„Miután édesapám intenzíven volt és utána először mentem intenzívra akkor féltem és akkor egy nagyon kedves ügyfelem volt, utcán lett rosszul, úgy került be kórházba, egy életerős, energikus idős nő volt. És tudtam, hogy baj van, mert nem jött be a szállóra, pedig ő mindig itt van, mármint éjszaka. És akkor megkerestem, megvolt, az Y Kórházban volt, azt is tudom. És akkor úgy volt, hogy mikor mentem, akkor még féltem az érzéseimtől, de aztán megint csak jött ez az érzés. ... És akkor elmúlt és aztán mentem még hozzá máskor is. És akkor ő aztán meghalt azon az intenzív osztályon. De abban biztos vagyok, hogy tudta, hogy ott vagyok és az fontos volt. Ha valaki rossz helyzetben van, vagy beteg vagy bármi, akkor én így, ilyen helyzetekben nem én számítok, hanem ő, tehát lehet, hogy ez is segít, nem tudom.”

Tamaránál is többször volt a kórházban, azonban a bekerülése után a korábbiakhoz képest hosszabb idő, három hét telt el, mire meglátogatta, de állapotáról folyamatosan érdeklődött. Az első látogatásról ezt jegyezte be a gondozási naplóba: „Ma meglátogattam Tamikát...továbbra is altatják.” Ezután is rendszeresen telefonált a kórházba, az első látogatás után bő egy hónappal az alábbi bejegyzést tette: „Tamika kezelőorvosa hívott fel az intenzív osztályról, mert sikerült levenni Tamikát a lélegeztetőgépről és képes önállóan lélegezni. A szemét kinyitotta és

minimális szinten kommunikál a szemeivel. A mai napon nyílt osztályra helyezik át.” Ezt követően két nappal látogatta meg ügyfelét, melyről aznap ezt írta le: „Ma reggel meglátogattam Tamikát a Szent István Kórház belgyógyászatán. Nagyon nincs jól. Nem kommunikál és csak kapkodja a levegőt. Rossz volt így látni. Kezelőorvossal nem tudtam beszélni, mert reggeli megbeszélésen voltak. 10.00 óra után kell érdeklődnöm.....10.30-kor sikerült elérnem az orvost... Tamika 10.20-kor elhunyt.”

Erről az időszakról az interjúban ezt mesélte:

„Attól nagyon féltem, hogy hozzá [Tamarához] bemenjek. És az úgy is volt, hogy szerintem egy hónap telt el vagy elég hosszú idő, mire hozzá bementem. És elég ijesztő volt. Egy ilyen üvegszobában volt egyedül. Mondta is a nővér, ahogy kísért, hogy nem túl szép látvány. És közben az volt bennem, mint egyéb más esetben, hogy ha magánál van a beteg, hogy Úristen, azt ne lássa, hogy én megdöbbenek, vagy én félek, vagy megijedtem. És pont azt gondoltam, hogy Istenem, nehogy látszódjon rajtam. Eszméletlen volt, de én azt tudom, vagy tudni vélem, hogy ő pontosan tudta, hogy ott vagyok és nehogy már azt érezze, hogy én félek. És mindent így legyűrve megsimogattam a lábát, följebb azért nem mertem. Meg beszéltem hozzá, hogy mennyire várják vissza a többiek, meg én is, meg hogy vigyázzon és jobban lesz, meg minden. De nagyon félelmetes volt és nagyon rövid ideig maradtam, azt tudom. Így hátráltam onnan. Hú! ... És akkor én azt gondoltam, hogy nem fog ő ebből felépülni már. És aztán nem is épült. Az ilyen szörnyű volt.”

Frida fontosnak tartotta megfogalmazni, mit is jelent számára a segítő kapcsolat, miért hathat úgy egy szociális szakmában járatlan személynek, hogy önmagát háttérbe helyezi és olyan helyzetekbe kerül, ami áldozatot kíván tőle, de legalábbis nem komfortos számára.

„Azt kell, hogy megértse, akinek nincsen erről fogalma, merthogy nem volt még soha ilyen kapcsolatban, hogy annak az embernek nincsen más. Neked mondja el a titkait, te segítesz neki, te intézed el a dolgait, benned fog bízni. Nem biztos! De ha egy olyan kapcsolat alakul ki, akkor benned fog bízni. És ez a nő, aki ilyen kis sündisznó volt, megkérdezte tőlem egyszer azt, hogy én szeretem-e őt. És neki ez fontos volt.⁶ Nem úgy szerettem őt, mint a rokonaimat vagy a barátaimat, de igenis

⁶ Ez a kérdés különösen jól mutatja Tamara Fridával való bizalmi kapcsolatát, hiszen az első első interjújában az esetkezeléssel és a szociális munkással szemben teljesen elutasító volt, az akkori beszélgetést összefoglaló kolléga

szerettem. És én ezt mondtam is, és ő ezt érezte is. De van, hogy nincs meg ez a szoros kötődés és akkor is menni fogsz [a kórházba látogatni].”

A halálhír

Frida két lakóját vesztette el rövid időn belül. Mikor arról kérdeztem, hogy tudta meg Tamara halálhírét, elsőként egy korábbi ügyfeléről, Istvánról beszélt, mert fontos volt számára, hogy megértesse, miben volt más a két hír közlése és megélése.

„Az István halálakor teameltünk, csörgött a telefon. Én biztos voltam benne, hogy azért hív a doktornő, mert szó volt róla, hogy egy másik intézménybe kerül át az István. És akkor fölvettem és kimentem az előtérbe és akkor mondja a doktornő, hogy valamit a holmijairól mondott, hogy hogy lehet elhozni és akkor nem is értettem, hogy mit mond és aztán mondta el, hogy elhunyt az István reggel. Na, az nagyon megütött. Mert láttam, mert hozzá is rendszeresen mentem és láttam, hogy nagyon rossz állapotban van, de mégsem azt gondoltam, hogy ennek ott vége lehet. Meg tervek voltak vele az orvosoknak is. És az ott megengedett volt, meg meg is tudtam tenni, hogy ott elvonultam egy kicsit és utána meg visszamentem. Azt csinálhattam, amit szerettem volna a helyzetben egyébként, mert ha nem akartam volna visszaiülni a teamre, akkor nem kellett volna, akkor maradhattam volna még egyedül. De úgy éreztem, hogy akkor az jó. ... Közben meg azt mondom, hogy ha más helyzetben lenne szükség egy kis időre, akkor nem mindig van. Ez volt az egyetlen olyan egyébként, amikor lett volna egy kis időm. De ez rövid idő. Ez fél óra, nem több. Nem tudom, hogy megtehetné-e bárki, hogy ilyen esetben azt mondja, hogy én most hazamennék. Egyébként lehet, hogy igen. A Taminál annyiban volt más, hogy én ott már előre elfogadtam. Ott már akkor, amikor bekerült innen a kórházba. Pedig ott hónapok teltek el, mire elhunyt. Az teljesen más volt.”

Frida a halálhír közlésének módjával kapcsolatos vágyainál nem arra tért ki, hogy az egészségügyi személyzet, hogy kommunikálja egy lakó halálát, hanem azt emelte ki, hogy sokszor nincs idő megállni és feldolgozni a hallottakat. István halálhírét úgy kapta, hogy a kezelőorvos hívta fel, ami azt is jelenti, hogy kevésbé tudott felkészülni bármilyen információra, mint mikor a hívást ő kezdeményezi. Az elbeszéléséből kitűnik, hogy nemcsak, hogy nem számított arra, hogy halálhírt kap, hanem az is, hogy nem értette, nem tudta

ezt írta: „Sok szempontból indokolt lett volna egy esetkezelő segítsége, de ezt elutasította, nem szeretne szociális munkást.”

kontextusba helyezni a hallottakat. Ezzel szemben Tamara halálakor már a kórházba kerülésekor érezte, hogy visszafordíthatatlan folyamat indult meg.

Arról is kérdeztem Fridát, honnan igényel, kér és kap támogatást egy-egy haláleset kapcsán. Először intézményi szinten értelmezte a kérdést, s arra világított rá, hogy mennyire túlterheltek az esetkezelők, mennyire nehéz az, hogy a teendőkre kell koncentrálni.

„Kollégáktól mindenképp, más támogatást én nem érzek. Vagy nincs is, azért nem érzem, gondolom. És a kollégákkal is úgy, hogy ez egy olyan mókuserék és annyi mindennel jár ez a munka, meg olyan leterheltséggel, hogy sokszor van olyan helyzet, hogy még arra sincs lehetőséged vagy időd vagy odafigyelés feléd, hogy elgyászold. Ilyen helyzetben nem engedik, meg mész tovább, meg menni kell tovább. ... Arra sincs időm, hogy egyedül maradjak mondjuk egy órát és átgondoljam. És csomószor ezt látom a kollégákon is, hogy nincs. Hogy történik egy haláleset egy hétvégén, hétfő reggel beszélünk róla és neki föl kell mennie a helyére és csinálnia a dolgát. Hogy kész, továbbmegyünk.”

Ezek után, mint ahogy az interjú több pontján családját és főként férjét emelte ki, akivel az etikai kereteken belül megosztja érzéseit, a lakóival történeteket, s segítenek neki a feldolgozásban.

„A férjem tud az összes itteni lakóról, tud a betegségről, tud mindenről⁷.”

Haláleset utáni kötelező esetkezelői teendők

A 2003-ban kelt 30. igazgatói utasítás rendelkezik a halálesetekkel kapcsolatos eljárásról a BMSZKI intézményeiben és az utcai gondozó szolgálat esetében. Ez az utasítás tartalmazza, mi a teendő, ha valaki az intézményben, gépjárműben vagy ellátási területen hunyt el, tárgyalja a rendkívüli haláleset észlelését is. Ez a dokumentum tér ki az úgynevezett halotti leltárra, melyről ezt írja a 13. pontban: *„A halálesetet követő munkanapon a BMSZKI titkárságára írásos tájékoztatást kell küldeni. A tájékoztatás tartalmazza az eset körülményeit, a halott azonosítására alkalmas adatait, a már értesített, illetve azon túl a még nem értesített hozzátartozók adatait, a hátrahagyott tárgyak és okmányok jegyzékét, őrzésének helyét.”* (Pelle 2003: 2)

A halotti leltárt két szociális munkás készíti el. Ennek praktikus oka, hogy az ingóságok összepakolásakor legyen tanú, ennél azonban sokkal fontosabb az egymásnak nyújtott

⁷ Frida férje nem ismeri a lakók adatait, a pontos diagnózisokat, kizárólag azt tudja, hogy az egyes betegségek, a kezelések és a lakóval kapcsolatos egyéb történések milyen benyomásokat, érzéseket, örömeket és nehézségeket jelentenek a felesége számára.

támogatás, hiszen ilyenkor az elhunyt lakó minden dolgát össze kell pakolni, sok esetben az esetkezelő ekkor nyer betekintést abba, az ügyfélnek mi volt fontos, milyen dokumentumokat, fényképeket őrzött meg. Az intézményi keretek miatt ez a leltározás szükségszerű, illetve a férőhelyek kihasználtsága miatt szempont minél hamarabb elvégezni. A legtöbb esetben ez az esetkezelő egyetlen lehetősége arra, hogy valamilyen formális módon lezárja a segítő kapcsolatot. Jellemző, hogy a halálhír után napokkal történik meg a tárgyak leltározása, mikor a szociális munkás késznek érzi magát erre az utolsó pakolásra, egykori lakója dolgaival való szembesülésre, illetve azok zsákokba rendezésére. Tudja, hogy szinte kivétel nélkül éveket, évtizedeket áll a hagyatéki raktárban majd az általa összerakott módon mindaz, mely lakója számára egykor fontos volt, hajléktalanságában a biztonságot, kényelmet, személyes teret biztosította. Frida a már korábban említett István esetét is behozta a halotti leltárral kapcsolatos megéléseibe:

„[A halotti leltár] az nagyon nehéz! Az nagyon nehéz! Például az Istvánomnál azt, hogy végtelenül precíz ember volt az István és mindig tudtam, hogy hogy vannak a holmijai és hogy mennyire fontos neki, hogy rakta sorba. És akkor csak úgy bepakolod egy zsákba. És amikor bepakolsz, akkor azt látod, hogy az az élete, hogy ott van két zsák. Az iszonyat rossz! Az valami borzalmas. És az Istvánnál is, erről pont tegnap beszéltem a férjemmel, nem tudom már, hogy került szóba ez a téma. Meséltem neki, hogy megvont magától mindent, alig volt kajája, nem vett semmit szinte soha magának. És ahogy leltároztam, a ruhái között találtam háromszázvalahányezer forintot. Ott volt a pénze, azt is gyűjtögette, de azt is precízen, úgy, ahogy önmaga volt. ... Meg hogy ott van benne az élete. Tamikának az irgalmatlan sok edénye, mert állandóan főzött és a fűszerek. És ahogy ő elmondta nekem, meg tudtam, meg láttam, hogy mindig rend volt a szobájában, ahogy belépett az ember, de aztán ahogy a szekrényét kinyitottuk, az valami bődületes volt. Mindig be volt ömlesztve minden. És mondta is, hogy ő iszonyat kupis. És akkor igyekeztem úgy pakolni a zsákba a holmijait, hogy az ott rendezve legyen, hogy egyszer szépen legyenek a holmik.”

Frida a pakolásnál behozta témaként a kiköltözés esetét, mely esetkezelői szempontból szintén veszteség. Ha tervezett lezárásról van szó, a lakóknak van lehetőségük, sőt, kérjük is tőlük, hogy ingóságaikat pakolják össze és vagy vigyék magukkal vagy rövid időre a letéti raktárban helyezhetik el. Amennyiben az ügyfél úgy költözik ki, hogy azt nem jelzi vagy jogviszonya megszüntetésre kerül, nincs mód arra, hogy ő maga pakoljon össze, ilyenkor a halotti leltárhoz hasonlóan két szociális munkás rak zsákokba mindent, s így kerülnek le a letéti

raktárba. A nem halállal záródó segítő kapcsolat esetében az ingóságoknak nincs hatóságilag megszabott tárolási ideje, így azok a szerződésben meghatározott őrzési időn túl kidobásra kerülhetnek.

„[A kiköltözés] az más. Nem jó az sem, azt a részt sem szeretem. Nem szeretek más személyes holmijai között kutatni. Én egyébként tényleg, ami szemét, azon kívül mindent elrakok, mert az az övé, arra még szüksége lehet. De az azért teljesen más, mikor úgy pakol az ember. Az meg, mikor tudom, hogy senkije nincs és ezek a holmik, amiket te összeraksz és alaposan és szépen behajtogatva és lecsomózva a zsákot és egy polcon lesznek, nem tudom, hosszú évekig, mint hagyaték. És soha senki nem fogja azokat a zsákokat kibontani, hanem majd egyszer ki lesz dobva. És ő nagyon sokat gyűjtött ezért, nagyon sokat dolgozott ezért. A Tamikánál minden edényben ott volt ő, mert ő mindig főzött, főzött az egész folyosónak. Szóval ott mindenben ott volt. ... Ha kitiltunk valakit, akkor van benned egy kis düh, az más, az a rész. Természetes, hogy összerakod és ugyanúgy összeraksz mindent. De az, amikor elhunyt és papírokat találsz vagy találsz olyanokat, hogy jó, ilyeneket eltett ez az ember. Én szoktam karácsonyra, hogy nyomtatok valamit, kis karácsonyfát szöveggel, és ilyeneket megtalálsz.”

Temetés

A kórházi látogatásokhoz hasonlóan az esetkezelőknek saját döntése, hogy elmennek-e lakójuk temetésére. A legtöbb esetben nem jut el a szociális munkáshoz az információ, mikor helyezik ügyfelét végső nyugalomra, pont amiatt, mert a segítő szakember nem családtag, így bizonyos dolgokról nem tudhat alanyi jogon⁸.

Az, hogy a hajléktalan ember hogy kapcsolódik a családjához, a családtagjai hogy értesülnek a halálhírről és hogy döntenek a temetéssel kapcsolatban, nagyon sokféle lehet. Ahogy Frida is kitért rá, sok olyan élménye van, mikor ő egyedül állt kapcsolatban az ügyféllel, de olyanra is van példa, hogy a családtagok tartják a kapcsolatot a lakóval. A rokonok körében történő végső búcsúban az esetkezelőnek nem csak a saját vágyait, teherbírását kell felmérnie, hanem tiszteletben kell tartania a családot is: hogy az ő speciális kapcsolódásával mennyire van

⁸ Az átmeneti szállóra való költözéskor a lakók meghatalmazást adnak a szociális munkásnak, hogy kórházi kezelésük esetén állapotukról érdeklődjenek, így az elhalálozásig pontos információja van az esetkezelőnek az aktuális helyzetről és a lehetséges kimenetről.

helye a temetésen. A szociális alapú köztemetésnél⁹ legtöbbször az okoz nehézséget, hogy az esetkezelő a halál utáni folyamatokról tájékozódjon. Fridának erre saját bevett jó gyakorlata van:

„Ha az én ügyfelem bekerül kórházba és ha mondjuk ott hunyt el, akkor kapcsolatban vagyok a kórházzal, a patológiával, a patológia kiadja a számát a temetkezési ügyintézőnek, akkor vele. Amikor beszélsz egy ilyen ügyintézővel, akkor azt ő érzi, hogy neked ez fontos, akkor föl fog keresni. És mindig fölkeresnek.”

Frida el szokott menni azoknak az ügyfeleknek a temetésére, akik az esetkezelői folyamat közben hunytak el, sőt, külön kitért arra, hogy *„Ha ott lenne vége az esetkezelésnek, hogy elhunyt a lakód, attól én még ugyanúgy elmennék.”* Saját meghatározása szerint a segítő munka lezárását nem az ügyfél halála jelenti, hanem az, mikor ez egy társadalmilag elfogadott rítussal örökre és formálisan lezárul. Az ügyfélhalált követő temetésekkel, főként a köztemetésekkel kapcsolatosan a kórházi élmények magánya és kiszolgáltatottsága jelent meg:

„A temetésre, ha egy mód van rá, oda biztos el fogok menni. Az még olyan nekem, ami nagyon fontos ebben. Ha egyszer valaki elmegy egy köztemetésre, akkor vagy azt érzi, hogy neki mindig ott kell lenni vagy egyszerűen nem bír többet oda elmenni. Mert hogy annak egy ilyen iszonyat nehézsége van, hogy ott állsz egymagad általában, nincs ott senki más, nem szól zene, nincs búcsúztató. Ott vagy te, meg a lakó hamvai és akkor egyszercsak bekerül valahova. Nekem baromira fontos az, hogy az az ember is legyen már fontos valakinek és akkor én elmegyek... És akkor általában mindig szoktam mondani valamit róla, akkor is, ha csak én vagyok. Meg egy Miatyánkot legalább. És így ennyit.”

Elhunyt lakók

Az elhunyt lakókra Frida nem emlékezik a haláluk napján, azaz az évfordulós gyász nem jelenik meg nála, ebben is elkülöníti a saját személyes veszteségeit a szakmában megéltéktől. Ugyanakkor az emlékezés speciális, intézményi lét miatti aspektusairól is beszélt.

„Azt tudom, hogy az én apukám melyik napon halt meg, mikor volt a temetése. De olyanokat nem szoktam, hogy csak azon a napon gondolok rá. Mindig gondolok rá. ... Nincs olyan, hogy nem vállalok abban a szobában lakót,

⁹ A köztemetés, azaz a „szociális temetés: az eltemettető vagy az általa felkért személy személyes közreműködésével, az állam által biztosított kellekekkel ingyenes temetési helyre történő koporsós vagy hamvasztásos temetés, amely az eltemettető számára ingyenes” (2013. évi CXXXVIII. törvény: 1§).

ahol meghalt az ügyfelem. Sőt, van olyan, hogy mesélek róla. Nem azt, hogy itt halt meg. Ha valami van, akkor én szívesen beszélek róla. De nincsenek ilyenek. Olyan sincs, hogy olyan korút vagy olyan típusút. Nem!”

És bár az évfordulós emlékezés nincs Frida gyakorlatában, elhunyt lakóira folyamatosan emlékeznek. Ennek egyik oka saját elhatározása, a másik pont a fent említett adottság, hogy az épületben vannak kötődések, az egyes szobák, terek a szociális munkás eszébe juttatják azokat, akik ott laktak, azokat sokszor használták.

„Szoktak eszembe jutni, hogyne. Olyanban is, hogy a mozdulatok. Hogy volt egy ilyen mozdulata valamelyiknek és történik egy olyan, vagy hasonló embert látok és akkor beugrik. Itt meg főleg! Hát mész a szobájuk előtt, és akkor itt ő lakott, és hogy csinálta, és hova tolt az ágycát, ilyenek. ... Meg hát rakosgatom a dolgaikat. Nem vagyok túl precíz, hogy minden el legyen rakva. És akkor ott a kupacokban előkerül még valami, valakiről, aki már nem is él.

Sorstársak emlékezése

Tamara halála előtt összesen három évet élt az átmeneti szállón, így nem csak a segítő folyamat tudott elmélyülni, hanem sorstárs kapcsolatok kialakítására is lehetősége nyílt. Ez a kapcsolati beágyazottság Tamara egész szállós életét végigkísérte, hisz volt olyan eset, mikor lakótársai, tapasztalva aktuális rossz állapotát, mentőt hívtak, gyengesége esetén bevásároltak neki, illetve a kórházban is meglátogatták, még az utolsó tartózkodása alatt is. Ha viszont ereje teljében volt, rendszeresen főzött és az ételét megosztotta másokkal is. Ezek a barátságok, egymás kísérése erős kötelék volt, olyannyira, hogy a sokak számára félelmetes intenzív osztályos kezelés alatt is meglátogatták.

Tamara halálakor nem volt intézményi megemlékezés, a köztemetés délelőtt egy vidéki városban volt, így a lakótársaknak nem volt alkalmuk dedikált időben és helyen tiszteletüket leróni, mégis megteremtették az emlékezés idejét és módját.

„Képet csináltattak, nekem is csináltattak egyet, meg maguknak is. És akkor lent az aulában gyertyát gyújtottak. És akkor tudták, hogy pontosan hány órákor van a temetés és akkor ők ugyanúgy rá gondoltak, elcsöndesedtek, virágot vittek. Akkor nekem sokkal könnyebb volt, hogy egyedül voltam, de mégsem voltam egyedül. Csak ugye nagyon messze kellett menni. Kora reggel és messze és oda nem tudtak volna jönni. Mert egyébként, ha Budapesten lett volna a temetés, eljöttek volna.”

Frida korábban egy szociális otthonban dolgozott, ahol minden évben volt halottak napi megemlékezés. Ilyenkor az adott évben elhunytak neveinek felsorolása mellett képeket is kitétek a volt lakókról. Ezekbe az ünnepekre a lakókat is bevonták: *„ott egy műsor keretében volt, a lakók szavaltak, énekeltek, azok ilyen nagyon szép alkalmak voltak, nagyon.”* Azt, hogy legyen valamilyen megemlékezés az elhunyt lakókra, nagyon fontosnak tartja, azonban úgy emlékszik, mikor az átmeneti szállón halottak napján szerveztek, úgy tűnt, a lakóknak nem volt rá igényük. Az interjú készítésének évében, azaz a Tamara halálát követő évben a szálló munkatársai elhatározták, hogy minden elhunyt lakóról gyászjelentést tesznek ki a recepció melletti hirdetőtáblára, illetve az intézmény épületére kikerül a fekete lobogó is. Frida erről és ennek lakói fogadtatásáról így számolt be:

„Ami most elindult, az szerintem a kezdete annak, hogy akkor megemlékezés is lehetne majd. És ez igenis fontos nekik [a lakóknak]. És igenis nagyon sok embertől hallottam azt, hogy ott volt. Hogy látta, hogy rögzült benne, hogy ez történt. Volt, aki onnan tudta meg, ebből a kiírásból. Volt, aki azt mondta, hogy akkor most nagyon kell vigyáznom magamra, mert akkor velem is az történik, ami vele. Nem szabadna egyébként se, hogy tabu legyen, egyáltalán. ... Azt gondolom, hogy ha lát egy itt lakó egy megemlékezést vagy lát csak egy ilyet [gyászjelentést], akkor azt gondolhatja, vagy talán jó érzés lehet vagy biztos is vagyok abban, hogy ez egy jó érzés lehet, hogy ha ez történik velem, akkor nem az történik, hogy csak így elvisznek vagy csak egy akta leszek, hanem hogy igenis emlékeznek rám, hogy fontos voltam mint ember.”

Összegzés

Mint ahogy a hajléktalanellátás egészét, a BMSZKI-t is egyre jobban érinti az ellátottak növekvő halálozási aránya. Bár jelenleg még nincs központi protokoll arra vonatkozóan, milyen segítséget, akár kedvezményt (pl. egy pihenőnap) kapnak azok a szociális munkások és egyéb intézményi dolgozók, akik akár ügyfelüket veszítették el, akár részt vettek egy olyan helyzetben, ami érzelmileg nagyon megterhelő és halálhoz kapcsolható (pl. újraélesztés, holttest találása), az egyes intézményekben vannak válaszkeresések.

Az egyik átmeneti szállón egy gyásztanácsadó tart csoportot az esetkezelő szociális munkásoknak. Alapvetően ügyfélhalállal kapcsolatos volt az önkéntes vállalása, de nem zárkózik el attól sem, ha a kollégák saját gyászélményt hoznak be. Több átmeneti szálló

emlékezik meg valamilyen módon az elhunyt lakókról. Egyágyas elhelyezés esetén a szobaajtóra tesznek ki gyászjelentést, hogy a szinten lakók értesüljenek a halálesetről. Más szállókon, melyeken egyrészt nem egyágyas az elhelyezés, másrészt maga az intézmény is nagyobb létszámú, a földszinten, a recepcióhoz közel alakítottak ki egy olyan felületet, ahol a gyászjelentéssel a lakók tudtára adhatják a halálesetet. A lakók jellemzően örülnek annak, hogy információt kapnak arról, hogy egy sorstársuk elhunyt, volt, aki kifejezte, hogy számára az épületre kitett fekete lobogó méltóságot jelent, pont azt a fajta emberek közti egyenlőséget, az emlékezés fontosságát, melyet hajléktalanként alig tapasztalt meg.

Mivel a lakók nem csak elhunyt szoba- vagy lakótársaikat gyászolhatják, hanem saját szeretteiket is, fontos a veszteségfeldolgozás beemelése az esetkezelésbe. Ennek módja azonban még kérdéses, hiszen jellemző, hogy az ügyfelek nehezen nyitják meg ezt a témát, de az esetkezelők is félve hozzák szóba. Utóbbi oka abban keresendő, hogy kevesen rendelkeznek konkrét ismeretekkel arról, hogyan és mikor lehet egy komplex segítő kapcsolatban a veszteségekkel, azon belül is a halálesethez kapcsolódókkal dolgozni. Amellett, hogy a gyász, a gyászoló megszólítása még osztársadalmi szinten is tabusított, fontos kérdés, hogy az ügyfél egy ilyen beszélgetés után vissza tud-e vonulni valahová, hogy érzelmeivel egyedül legyen vagy rögtön egy tömegszálló forgatagában találja magát. Erre a privát tér igényre adott válasz egy olyan helyiség, ahová az ügyfél elvonulhat, mely lehet csak egy „csendszoba” vagy konkrétan az Emlékezés tere, mint ahogy az egyik átmeneti szállónkon munkatársi ötletből az megvalósult.

Szintén fontos kérdés az esetkezelők tehermentesítése, főként az idő arra, hogy a segítő kapcsolatot mind formálisan és protokoll szerint, mind érzelmileg le tudják zárni. A jelenlegi ellátási igény mellett nehéz ennek biztosítása, hiszen egy-egy megürült férőhelyre többen is azonnal beköltöznének. Ugyanakkor ezek a lezárások fontosak annak érdekében, hogy megelőzzük a szociális munkások kiégését, illetve, hogy az új ügyfelek is minőségi segítő munkában részesülhessenek. Ebben ütközik talán leginkább az igénybevevői, a szervezeti és munkatársi érdek. Intézményi szinten azonban a Frida által is hangsúlyozott időnyomásra szintén vannak kidolgozott válaszok. Van olyan szakmai team, melynek tagjai megállapodást kötöttek egymással, hogy ügyfélhalál után az érintett esetkezelő két hétig nem kap új lakót.

Mivel a hajléktalan emberek egészségügyi állapota folyamatosan romlik, az intézmények egyre többször találkoznak olyan helyzetekkel, mikor az orvosi szükségletek ellátása nem egészségügyi intézményekben történik, hiszen az intézményekbe visszakerülnek a kórházi ellátásból azok az ügyfelek, akiket egyébként otthonaikba bocsátának – csak hogy nekik az otthonuk valamelyik intézmény egyik ágya, az őket ápoló családtagok hiányát pedig az

intézményi munkatársaknak kellene pótolniuk úgy, hogy egyéb teendőiket is maximálisan ellássák. Az egészségügyi centrumokban való elhelyezés megoldást jelenthet ezekre a helyzetekre, hiszen ezekben az intézményekben szakszemélyzet dolgozik, azonban a fokozódó igény miatt nehéz az itt történő elhelyezés. Emellett a végstádiumú daganatos betegek életvégi ellátásának megoldása is kiemelt feladat kell hogy legyen. A kollégák között egyre többen rendelkeznek ismerettel a hospice szolgáltatással kapcsolatban, azonban igénybevételükkel kapcsolatban kevés gyakorlattal rendelkeznek. Az életvégi állapot kísérése a hajléktalanellátó intézményben amellet, hogy nem mindig tudja biztosítani a leginkább emberhez méltó halálra készülést, megterhelő mind a szobatársak, mind a szociális munkások számára, akik nem képzettek a palliatív ellátásban.

A közeljövőben szükséges lesz szervezeti válaszokat adni nemcsak a hajléktalanellátó intézményeknek, hanem más olyan ellátóhelyeknek is, ahol az ügyfélhalál kiemelten jelen van (pl. szenvedélybeteg-ellátás). Ez egyrészt az átlagosnál magasabb halálozási aránnyal rendelkező területen dolgozó szociális munkások védelme érdekében fontos, de legalább ennyire kiemelkedő szempont az érintett ügyfélkör számára is, hiszen a tömegintézményekben tapasztalható kollektív magány, az egyéni élettörténetekben fellelhető elmagányosodás, a korábbi kapcsolathálóból való kiesés nemcsak az élet minden területére hat ki, hanem legalább ilyen fontos kérdéssé teszi az ellátottakban, hogy haldoklásukban mennyire maradnak egyedül, mennyire lesz biztosított számukra a méltóság, s haláluk után lesz-e, aki emlékezik rájuk.

Mindezen lépések mellett ugyanakkor elengedhetetlenül fontos a veszteség széles körben történő értelmezése is, hiszen a hajléktalanellátás olyan embereket támogat, akiknek életében legalább a lakásvesztés jelen van, de sokuk olyan traumákkal él együtt, melyek szakszerű kísérésére szükséges egy holisztikus és a szociális munka eszköztárába is beilleszthető, a veszteségfeldolgozás mentén haladó esetkezelés. Ennek biztosításához a jelenleg pályán lévő szociális munkások továbbképzése, illetve a felsőoktatási kurzuskinálat bővítése is szükséges lenne.

IRODALOM

2/1992. (I. 6.) NM rendelet a hajléktalanokról gondoskodó egyes szociális intézmények feladatáról és működéséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv> Elérés: 2025.07.20.

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv#bj0id4642>. Elérés: 2025.07.20.
2013. évi CXXXVIII. törvény a temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. törvény módosításáról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300138.TV> Elérés: 2025.07.21.
- ANDERSON, I. (2012): Policies to address homelessness. Rights-based approaches. *International Encyclopedia of Housing and Home*, 5. 249-254.
- BENCZÚR L. (2015): A gyász lélektana. In: KISS E. – SZ. MAKÓ H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs, Pro Pannonia, 11-38 BIRÓ E. (2015): A hospice ellátás pszichológiája. In: KISS E. – SZ. MAKÓ H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs, Pro Pannonia, 78-93.
- BORBÁTH ZS. (2008): Jelen-lét. Szociális munkásként a haldokló mellett. *Kharón. Thanatológiai Szemle*. 12 (1-2): 33-44.
- BORST, J. M. (2010): A krónikus betegségekkel járó gyász, veszteség, és az ezekkel való megküzdés. *Kharón. Thanatológiai Szemle*. 14 (4): 24-42.
- BREITNER P. (2024): A 2024. év a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei életében. A szakmai munka összefoglalása.
https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-559/2_A_2020_ev_a_BMSZKI_intezmenyeiben_a_szakmai_munka_osszefoglalasa-1.pdf
Elérés: 2025.05.21.
- BREITNER P. – PATAKI Z. (2022): Személyes szociális munka a BMSZKI segítő szolgáltatásaiban. Részletes adatok, 2022.
https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node%20-%20644/Szem%20%C3%A9lyes%20szoci%20%C3%A1llis%20munka%20a%20BMSZKI%20szolg%C3%A1ltat%C3%A1saiban%20r%C3%A9szletes%20adatok%202022_0.pdf
Elérés: 2025.05.21.
- BREITNER P. – PATAKI Z. (2023): Személyes szociális munka a BMSZKI segítő szolgáltatásaiban. Részletes adatok, 2023.
https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node%20-674/Szem%20%C3%A9lyes%20szoci%20%C3%A1llis%20munka%20a%20BMSZKI%20seg%C3%ADt%C5%91%20szolg%C3%A1ltat%C3%A1saiban_2023.pdf Elérés: 2025.05.21.
- BUDA B. (1997): A halál és a haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamata. *Kharón. Thanatológiai Szemle*. 1 (1): 5-15.

- DYKEMAN, B. F. (2011): Intervention strategies with the homeless population. *Journal of Instructional Psychology*. 38 (1): 32-39.
- ELIAS, N. (2000): *A haldoklók magányossága*. (ford. Galvina Zsuzsa) Budapest, Helikon Kiadó
- FADGYAS-FEYLER P. (2017): A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján. *Esély. Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*. 28 (3): 102-122.
- FEHÉR B. – LENGYEL L. (2023): Hajléktalanság családok több generációjában. *Esély. Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*. 34 (4): 3-19.
- FEHÉR B. – LENGYEL L. (2024): Generációkon átívelő ismétlődő (összetett) hátrányok hajléktalan családok körében. *Szociológiai Szemle*. 34 (3): 4-31.
- FEKETE S. (2010): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és burnout jelenség. In: PILLING J. (szerk.): *A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája. Szöveggyűjtemény*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 189-204.
- FORGÁCS A. (2015): Társas támasz a gyászban. In: KISS E. – SZ. MAKÓ H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs, Pro Pannonia, 382-398.
- GECSE-SIMON O. M. (2024): Veszteségek feldolgozásában nyújtott támogatás, gyászolók kísérése a szociális munka praxisában a szociális munkás szakemberek viszonyulásának tükrében. *Párbeszéd. Szociális Munka Folyóirat*. 11 (1)
- GYUKITS GY. (2008): Társadalmi különbségek és az egészségi állapot. In: LOSS S. (szerk.): *Szociális olvasókönyv*. Miskolc, 169-200.
- GYUKITS GY. – KERESZTES L. (2000): Szociális munka a hospice-szellemű ellátásban. *Esély. Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*. 11 (6): 64-86.
- HEGEDŰS K. (2007): A meghalásról, az elkísérésről és a gyászról. In: *Idősgondozás 2007. Geriátriai szolgáltatók kézikönyve*. Budapest, Geriáter Service Kiadó, 59-67.
- HENNEZEL, M. de (1997): *A meghitt halál*. (ford.: Szabolcs Katalin) Budapest, Európa Kiadó.
- HORVÁTH Á. (2020): *Pozitív utak. A szociális munka lehetőségei a hazai HIV-gondozásban*. Budapest, Rubeus Egyesület.
- HWANG, S. W. (2000): Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 283 (16): 2152-2157.
- JAGODICS-VARGA L. (2022): A támaszok támaszának lenni. Pszichológiai segítségnyújtás a betegek hozzátartozói számára. In: CSABAI M. – PAPP-ZIPERNOVSZKY O. – SALLAY V. (szerk.): *Pszichológusok a betegellátásban. Alkalmazott egészségpszichológiai tanulmányok és esetismertetések*. Szeged, Szegedi Egyetemi Kiadó, 323-343.
- KÁNTOR Á. (2019): *A külső és lelki otthontalanság együttes kutatása*. PhD-értekezés, Budapest.

- KÁNTOR Á. – DÜLL A. (2018): A hajléktalanság láthatatlan arca. A lelki otthon és a lelki otthontalanság. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73 (4/5): 643–667.
- KÁRPÁTHY Á. (2002): *A gyász szociológiája*. Budapest, MTA Politikai Tudományok Intézete Etnoregionális Kutatóközpont
- KAST, V. (2015): *A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei*. (ford. Mérei Vera) Budapest, Park Kiadó
- KISS B. (2015): A mentálhigiénés segítő munka szerepe a rossz egészségi állapotú hajléktalan személyek körében. *Esély. Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*. 26 (5): 114–128.
- KUNT E. (1987): *Az utolsó átváltozás*. Budapest, Gondolat Kiadó
- LAKEMAN, R. (2011): How Homeless Sector Workers Deal with the Death of Service Users: A Grounded Theory Study. *Death Studies*. 35 (10): 925–948.
- LENGYEL L. (2021): *Hajléktalan nők. Életutak és nemi identitás*. PhD-értekezés, Budapest.
- MEZEI GY. – SARLÓS K. (1995): *Nyomorskála*. Budapest, Léthatáron Alapítvány.
- MOSTOWSKA, M. (2023): Researching Mortality and Deaths of People Experiencing Homelessness. A pre-research note. *European Journal of Homelessness*. 17 (1): 161-170.
- MOSTOWSKA, M. (2024): In search of good data. But do we understand homeless mortality better? A review of two Irish reports on the deaths of people experiencing homelessness. *European Journal of Homelessness*. 18 (1): 251-259.
- MUCSI G. (2015): *A halálkép jellegzetességei hospice ellátásban dolgozó szociális munkások és az önkéntes tevékenységet végzők körében*. PhD-értekezés, Pécs
- PAKSI B. – MAGI A. – GURÁLY Z. (2021): A hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata. *Esély. Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*. 32 (1): 62-91.
- PELLE J. (2003): *30. igazgatói utasítás a halálesetekkel kapcsolatos eljárásról*.
- PILLING J. (2001): „Adj szót fájdalmadnak”. A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: ANGYAL E. – POLCZ A. (szerk.): *Letakart tükrök, halál, temetkezés, gyász*. Budapest, Helikon Kiadó, 207-239.
- PILLING J. (2003): A gyász lélektana. In: PILLING J. (szerk.): *Gyász*. Budapest, Medicina Kiadó, 27-54.
- PILLING J. (2010): A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: PILLING J. (szerk.): *A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája. Szöveggyűjtemény*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 177-187.
- POLCZ A. (1989): *A halál iskolája*. Budapest, Magvető

- POLCZ A. (1994): A beteg és családtagjai halállal kapcsolatos problémái. In: HEGEDŰS K. (szerk.): *Halálközelségben. A haldokló és a halál méltóságáért.* Budapest, Magyar Hospice Alapítvány, 19-34.
- RÁKOSY ZS. – SZEITL B. (2018): A hajléktalan emberek egészsége. *Demográfia.* 61 (1): 29-52.
- REMÉNYI CS. B. (2023): *A megosztott fájdalom. Hogyan kísérheted szakemberként a gyerekek gyászát?* Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány.
- RÉVÉSZ R. L. (2001): Egymást vigasztalva. Hogyan néz szembe a család a gyásszal? In: ANGYAL E. – POLCZ A. (szerk.): *Letakart tükör, halál, temetkezés, gyász.* Budapest, Helikon Kiadó, 141-158.
- SZOBOSZLAI K. – FÁBIÁN G. – HÜSE ZS. (2008): Hogyan válnak áldozattá a hajléktalanok? Hajléktalanok sérelmére elkövetett cselekmények feltárása és a megelőzés módjainak keresése. *Esély. Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat.* 19 (4): 94-106.
- TONG, M. – KAPLAN, L. – GUZMAN, D. – PONATH, C. – KUSHEL, M. (2019): Persistent Homelessness and Violent Victimization Among Older Adults in the HOPE HOME Study. *Journal of Interpersonal Violence.* 36 (17-18): 8519-8537.
- VAJDOVICH N. A. (2024): Hajléktalan személyek egészségi állapotának jellemzői egy kevert módszertannal készített kutatás alapján. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét.* 2 (4): 42-51.
- WARDHAUGH, J. (2001): The unaccommodated woman. Home, homelessness and identity. *Sociological Review.* 47 (1), 91-109.

Lengyel Lea, PhD

szociális munkás, gyásztanácsadó

Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei

e-mail: lengyel.lea@gmail.com

BÉKÉS ANNA LILIAN

Gyásztakarítás - gyászmunka a hagyaték felszámolásakor

Összefoglalás ♦ *Az elhunyt tárgyi hagyatékának felszámolása szinte mindenkit érintő feladat. Ez a rövid tanulmány nem érinthet minden olyan kérdést, amely a hagyaték felszámolásának mentális hatásával foglalkozik, inkább azt a célt szolgálja, hogy a lehető legtöbb kérdéskört, szakterületet megnevezze ezzel kapcsolatban. Legfontosabb megállapítása az, hogy a gyásztakarítás elmaradása mentális szempontból diagnosztikus értékű lehet, illetve maga a folyamat – akár mentálhigiénés szakember részvételével – segítheti a gyász „helyreállítási tevékenységét” (Shut & Stroebe, 2018.).*

Kulcsszavak: gyásztakarítás, gyászfolyamat, gyászmunka, mentális hatások

The grief cleaning – the grief work during the liquidation of the estate

Summary ♦ *The liquidation of a deceased person's tangible estate is an undertaking that affects almost everyone. This short study cannot address every issue related to the mental impact of estate liquidation; rather, its aim is to identify as many relevant areas and fields as possible. Its most important finding is that the omission of grief cleaning can have diagnostic value from a mental perspective, and the process itself – even with the involvement of a mental health professional – can support the "restorative activities" of grief (Shut & Stroebe, 2018).*

Keywords: grief cleaning, grief process, grief work, mental impact

A hagyaték felszámolása – megnevezési kérdések

A témával kapcsolatos szakirodalom keresésekor több problémába ütköztem. Az egyik, hogy csekély számú a gyásztakarítás mentális hatásairól szóló szakirodalom, a másik, hogy magyarul nincs összefoglaló név erre a tevékenységre. Jómagam a továbbiakban az angol „grief cleaning” tükörfordítását, a gyásztakarítás¹ kifejezést fogom használni. A kifejezés hangsúlyozza, hogy a tevékenység valamely szerettünk halála után zajlik, a takarítás az ő személyes tulajdonának felszámolását jelenti.

„A halott tárgyainak, jellemző dolgainak, az egyéniségét kifejező ügyeknek, eszméknek felidézése ugyancsak a lelki feldolgozást segítik elő.” (Buda, 1997)

„A gyásztakarítás, más néven gyászlomtalanítás az elhunyt szerettünkhöz kötődő fizikai tárgyak elengedésének folyamata. Ez kihívásokkal és érzelmekkel teli projekt lehet, de fontos lehetőség arra, hogy tisztelgjünk az emlékek előtt, és teret biztosítsunk az új kezdeteknek.” (Stern, 2023.)

A gyásztakarítás lehetséges szempontjai

Amennyiben nem tudományos megközelítést alkalmazunk, a legtöbb választ a reklámok oldaláról kapjuk. Nagyon sok hirdetés ajánlja lomtalanítók, hagyatéki felszámoló munkáját. Ők átveszik a feladat egy részét a gyászolóktól, akik azonban nem szabadulnak meg egészen a problémától. A cégek ugyanis csak azokat a holmikát viszik el, amelyek vagy piaci értéket képviselnek, vagy valamilyen formában – pl. adományként – hasznosíthatók. A későbbiekben kitérek majd arra, hogy a fennmaradó, nagyon személyes rész milyen mentális hatásokat válthat ki a gyászolókból.

Egyéb tekintetben a **környezetvédelem**, az újrahasznosítás szándéka is megközelítési szempont lehet. A még használható holmikát – pl. működő háztartási gépek – valamilyen formában továbbítják. Ebben manapság jelentős szerepe van a közösségi hálózatnak. Cserebere, ingyenes csoportokban lehet közzétenni mindazt, amire a hozzátartozóknak nincs szüksége. Ezek a tárgyak – személytelenségüknél fogva – ritkán idéznek fel közös emlékeket, továbbadásuk vagy eladásuk érzelmi hatása elhanyagolható. A hátramaradottakban az kelthet jó érzést, hogy nem növelték lomokkal a környezetre nehezedő terhet.

A tudományok, elsősorban a pszichológia oldaláról is több megközelítést alkalmazhatunk.

A **környezetpszichológia** a tárgyi környezet és a benne élők kölcsönhatásával foglalkozik

¹ A gyásztakarítás kifejezésre egy találatot kaptam, a gyász takarításra olyan hirdetéseket adott ki a böngésző, amelyek haláleset utáni fertőtlenítést ajánlottak.

(Dúll, 2009.) Bár az említett könyv nem tér ki a gyásztakarításra, a 7.– 9. fejezet a tárgyi környezet identitásképző szerepével, a helyvesztéssel foglalkozik. Érdekes lenne egy kutatásban feltárni, milyen veszteséget él át az a gyászoló, akinek az elhunyt otthonától, az otthon környezetétől is el kell búcsúznia.

Ugyancsak a pszichológia felől közelítünk, ha a gyásztakarítást a gyászfolyamatba illesztjük, elmaradását tünetként vagy egyéni megoldásként értelmezzük.

„ – *Még ott a szemüvege az íróasztalán és a ruhái is a szekrényben, minden úgy, ahogyan volt. Nekem még él. ... A bátyám is elhült, amikor meglátta a ruhásszekrényben a ruháit, meg hogy semmit sem raktam el.*” (Polcz, 2000.) (24. old) Figyelembe véve a pszichológia más területeinek – környezetpszichológia – eredményeit is, úgy gondolom, a gyásztakarítás akár terapeuta segítségével is végbe mehet. Ebben az esetben koherens része a gyászfolyamatnak, segíti a veszteség feldolgozását, az elengedést.

A gyásmunka folyamata és a gyásztakarítás kezdete

Vannak körülmények, amikor a hozzátartozó úgy kényszerül rá a hagyaték felszámolására, hogy a gyászfolyamatnak még az elején tart. Ilyen kényszerítő körülmény, ha a hozzátartozó pl. kórházban halt meg. Ilyenkor a legszemélyesebb, szó szerint testközeli tárgyakat kell sürgősen összeszedni, elvinni. Ugyancsak sürgető helyzet az időotthonban vagy nyugdíjas házban elhunyt idős hozzátartozó tárgyi hagyatékának elszállítása. Amennyiben a hozzátartozó időotthonban hunyt el, az otthon dolgozói többnyire összekészítik a személyes holmikat, amelyeket a sokk után elvihet a gyászoló. A hátramaradottaknak el kell határozniuk, mi legyen ezekkel a holmikkal: megoldható-e a tárolásuk, raktározásuk addig, amíg a hozzátartozók képesnek érzik magukat az ezekre vonatkozó döntések meghozatalára.

Ugyancsak külső kényszert jelent a bérelt ingatlan kiürítésének sürgetése, az ingyenes lomtalanítás közeli időpontja (ilyenkor a többi családtag gyakorolhat nyomást a gyászolóra), a közösen örökölt ingatlan eladásának, átadásának kényszere. Különösen veszélyes lehet ez a regresszív szakaszban, amit „az érzelmek kontrollálhatatlan kavalkádja” jellemez. (Pilling, 2010.) A külső nyomás hatására végzett gyásztakarításban nem jut elég idő az egyes tárgyakkal kapcsolatos emlékek felidézésére, feldolgozására, annak eldöntésére, érdemes-e érzelmi telítettsége miatt az adott tárgyat megőrizni. Egy-egy személyes tárgy továbbadása, eladományozása a későbbiekben fokozhatja a lelkiismeretfurdalást. (pl. elkótyavetyéltem, amit gyűjtött/ őrzött/ nekem szánt.)

Több – a gyászoló mentális állapotára ható – tényezőt érdemes figyelembe venni, ha az elhunyt otthonában található holmokról van szó. Az egyik, hogy az otthon a gyásztakarítást végző személy otthona-e egyben. Például ilyen az özvegyek, az idős szülőt vagy nagyszülőt gondozó hozzátartozók, illetve a gyermeküket elvesztő szülők helyzete. Kielezett helyzet ez, mert a változatlanul hagyott szoba, a fürdőszoba polcán sorakozó eszközök naponta szembesítik a gyászolót a veszteséggel. Leginkább a gyászoló személyiségétől, az elhunythoz fűződő kapcsolat minőségétől, halálának körülményeitől függ, hogy ezek a napi szintű szembesülések megakasztják vagy támogatják a gyászfolyamatot.

A másik tényező a hozzátartozók lelkiállapota mellett a szociokulturális közeg, amely meghatározza a gyásztakarítás kezdetét. A zsidó – keresztény kultúrában nem illik a temetés előtt elosztogatni, kidobni az elhunyt holmiját.

Több tanulmány említi a gyással kapcsolatos szokásokat, illetve azok hiányát. (Buda, 1997) és (Polcz, 2000.) Arról azonban sehol nem esik szó, mi volt a szokás az elhunyt személyes tárgyival kapcsolatban. Így nemcsak a szokások hiánya, de a gyász folyamata sem nyújt segítséget abban, melyik szakaszban kezdjük bele a gyásztakarításba. *„Nincs ütemterv sem. Nem tanácsos az első héten, hónapban, félévben vagy évben nekilátni a dolgoknak (ha egyáltalán úgy döntünk, hogy nekilátunk). Akkor kell csinálnunk, amikor megfelelőnek tűnik - amikor készen állunk rá.”* (Stern, 2023.)

A gyásztakarítás elmaradása mint tünet

Fontos foglalkoznunk a korábban már felmerült eset kapcsán, hogyan kezelje a környezet, ha a gyászoló akár több évig sem hajlandó belekezdeni a gyásztakarításba. Bár az idézett esetben Polcz Alaine megküzdési stratégiának tekintette, hogy az özvegy még évek múltán is ugyanúgy, ugyanott hagyta elhunyt férje holmiját (Polcz, 2000.), Pilling János tanulmánya (Pilling, 2010.) alapján azt gondolom, a gyásztakarítás elmaradása hosszú távon a gyászfolyamat megrekedését jelzi.

A környezetnek ilyenkor különös tapintattal kell bánnia a gyászolóval. Véleményem szerint nem segít a gyásztakarítás erőltetése, a gyászolót mindenképp a szakszerű segítség igénybevételére érdemes rábeszelnünk.

A gyásztakarítás folyamata

Nincs még gyakorlat arra, hogy a gyászterápiának része lenne a szakemberrel együtt végzett gyásztakarítás, pedig fontos eszköz lehet. A Pilling János-féle gyászszakaszokban a tudatosulás és az átdolgozás folyamatába illeszkedik, elősegíti az adaptációt. (Pilling, 2010.)

A praktikus tanácsokat adó cikkek rendező elvei erősen emlékeztetnek Marie Kondo rendrakási elveire. (Kondo, 2014) Egy dolgot viszont nem vesznek át KonMaritól: azt a japán szokást, amely a tárgyak animálásán alapul. KonMari ugyanis azt mondja: mielőtt megválnék egy tárgytól, köszönjük meg neki, hogy megvásárlásával, létezésével, használatával örömet okozott, szolgált minket. A gyászfolyamatban sokat segíthet, ha a gyásztakarításnál megsimogatjuk az elhunyt személyes tárgyait, pl. a kezébe simuló tollat, kiskést, kedvenc ruhadarabját. Anélkül, hogy személyiséggel ruháznánk fel a tárgyat, egy-egy mozdulattal köszönetet mondhatunk, amiért szolgálták az elhunytat. Ez is lehet az elengedés és búcsúzás egyfajta szertartása.

A szakirodalomban nem esik szó arról, hogy mi történik, ha az elhunyt után házikedvenc marad hátra. Sok idős ember tart valamilyen társállatot, amelyek jelenléte enyhíti a magányt. Ma már a kórházakba is be lehet vinni terápiás kutyákat, de aki otthonában hal meg, ragaszkodhat – és többnyire ragaszkodik is – ahhoz, hogy kedvence mellette legyen. Nem tárgya a dolgozatnak, van-e a társállat jelenlétének pozitív hatása a haldoklóra. Az viszont igen, hogy a halál beállta után erről az élőlényről gondoskodni kell. A médiában gyakran találkozunk a gazda elhunytja után elhanyagolt, kidobott, menhelyre vitt állatok sanyarú sorsával. Érdeemes átgondolni azt is, hogy a veszteség okozta sokkban nagyon keveseknek jut eszébe egy állattal foglalkozni. Ha pedig a felelősségteljes hozzátartozó magához veszi az elhunyt társállatát, annak komoly érzelmi hatása lehet. Egyrészt a házikedvenc jelenléte folyamatosan emlékezteti az elhunyttra, másrészt – bármennyire is furcsa – az állatok is gyászolnak. A kétféle gyász hatással lehet egymásra. A társállat és eredeti gazdája rengeteg közös szokást alakítottak ki. Az állatok az embereknél nehezebben változtatnak szokásaikon, viszont jól kommunikálják, mit szeretnének. A befogadó gyászoló így lassacskán azzal szembesül, hogy az elhunytéhoz hasonló szokásokat vesz fel – legalábbis a társállattal kapcsolatban. Az immáron az ő gondozásában élő kutya vagy macska elvesztésekor később ismét átéli hozzátartozója elvesztését, átszíneződik és átrétegződik a gyászfolyamat.

A gyásztakarítást az elhunyt szerszámainak, eszközeinek felszámolásával lehet kezdeni. Ha ezeket a tárgyakat többen nézik át, lehet beszélgetni arról, mi minden készült vagy jött rendbe a segítségükkel. Az értékesebbek átkerülhetnek ügyes családtagokhoz, ismerősökhöz, de akár el is lehet adni ezeket. A ruhák átválogatása kicsivel megterhelőbb érzelmi feladat.

Ekkor előkerülhetnek olyan holmik, amiket az elhunyt különösen kedvelt. Egy ismerősömmel beszélgettem a témáról. Elmesélte, neki folyamatosan az volt az érzése, miközben felszámolt: hogy jövök én ehhez? Mi keresnivalóm van az apám zsebében? Fehérneműjében? Ugyanakkor felidézhetők azok a közös emlékek, amikor ezt – vagy azt viselte, vagy akár a közös vásárlás emlékei. Segíthet a feldolgozásban egy – egy olyan darab kiválasztása, amit a hátramaradottak is viselhetnek.

(Jómagam évekig hordtam egy nem túl szép kanárisárga pulóvert, ami a nagymamámé volt. Akkor tudtam letenni, amikor a kislányom megkért, hogy ilyen csúnya holmiban ne menjek többet érte az iskolába.)

A nagyon várt kisbabák, gyermekek elvesztésének tragédiáját súlyosbítja a játékok, kisruhák és mindenféle más gyerekholmik felszámolása. Ez akkor is feltépheti a sebeket, megakaszthatja a gyászfolyamatot, ha a szülők már a gyászfolyamat előrehaladott szakaszában vannak. Nehezíti a helyzetüket, ha a testvérét gyászoló gyermek van a családban. Tomán Edina idézi Valerie Machajewski 2013-as kvalitatív kutatását, amely megállapította, hogy a testvér elvesztése mélyebben érintheti a gyermeket, mint a szülő elvesztése. (Tomán, 2016.) A szülőkből és a gyászoló testvérből is ambivalens érzelmeket válthat ki az elveszített gyermek, testvér holmijának használata.

Egyszerűbb feladat a fényképek rendezése. Ezalatt ismét feltolulhatnak emlékek, ezek alapján lehet feliratozni, csoportosítani a fotókat, selejtezni azokat, amiknek helyszínéről, szereplőiről fogalmunk sincs. Sokat segít, ha ezt a munkát családtagokkal tudjuk végezni. A képek alapján közösen felidézett emlékek erősíthetik a gyász közösségét.

Az általam olvasott cikkekben nem esik szó a személyes levelezés selejtezésének nehézségeiről. Saját tapasztalatom szerint a gyásztakarításnak ez a legnehezebb része. *(Én magam – mindkét szülőm esetében – csak évhossznyi szünetekkel tudtam elvégezni.)* A levelezés selejtezésekor ugyanis a gyászoló az elhunyt legbenső érzéseivel, gondolataival találkozik. Többnyire olyasmivel, amit jól ismert, ami nem lepi meg. (Ez a szerencsés eset.) Különös érzelmi folyamatok indulhatnak meg ilyenkor. Nemcsak konkrét emlékek idéződhetnek föl, hanem megindulhat egyfajta egyoldalú párbeszéd az elhunyttal. Újra lejátszódhatnak korábbi viták, vagy épp azzal szembesül a gyászoló, mennyire szerette őt, vagy valaki mást az, akit elveszített.

Margaret Magnusson említi, hogy az iratok időskori selejtezésénél gondolnunk kell arra, meg akarjuk-e osztani bizonyos titkainkat hozzátartozóinkkal. (Magnusson, 2018.) Ma nemcsak Magyarországon, másutt sem jellemző ez a fajta tudatosság az idősekre. Az iratok selejtezésekor fény derülhet olyasmire, amit az elhunyt életében rejtgetett. Ilyenek lehetnek

kifizetetlen számlák, adósságok, anyagi veszteségek, de emberi kapcsolatokra vonatkozó titkok is. Az ezekkel való szembesülés visszamenőleg is átalakítja a gyászoló érzelmeit az elhunyt iránt. Érezhet dühöt, kétségbeesést, szánalmat – bármit, ami korábban nem jellemezte a viszonyukat. Az érzelem pedig okozhat lelkiismeretfurdalást vagy akár a gyászfolyamat tempójának megváltozását. Családi titkok napvilágra kerülésekor megváltozhatnak a korábban megszokott relációk. A gyász érzékeny időszakában szűnhet meg egy-egy rokoni kapcsolat meghittsége, veszhet el támasz a gyászoló számára. A gyászoló esetleges identitásválsága önálló tanulmányt igényel. (Pl. ha a szülő halála után derül ki, hogy más volt a biológiai szülő, vagy a gyereket örökbe fogadták.) Természetesen lehetnek pozitív titkok is, amelyek új, hosszú távú távlatokat jelentenek a családon belüli kapcsolatokban.

Abban az esetben, ha a gyásztakarításra olyankor kerül sor, amikor a gyászoló erre készen áll (az átdolgozás, illetve az adaptáció szakasza), érdemes a következő szempontokat figyelembe venni:

„A mentális egészség ápolása érdekében ezekben a nehéz időkben megpróbálhatod a következőket: teret engedni az érzéseidnek, legyen szó szomorúságról, veszteségről, haragról, dühről, megkönnyebbülésről vagy a fentiek mindegyikéről. Az érzéseknek nincs helyes vagy helytelen módja. Az érzelmeid elfogadása egészségesebb, mint azok elfojtása. ...oszd meg az érzelmi terhet. Kutatások szerint a közeli barátok és a család gyakorlati támogatása sokat segíthet a gyászban. ... Gondolkodj el azon, hogy mi az, ami jelentőséggel bír számodra. Egyes tárgyaknak lesz jelentősége, másoknak viszont nem. Ami az elhunyt számára értékes volt, nem biztos, hogy neked is az. Azok a dolgok, amelyeket ők valószínűleg elég értéktelennek tartottak (egy kézzel írt bevásárlólista, egy régi varrókészlet), lehet, hogy nagyon is sokat jelentenek számodra. Kérdezd meg magadtól, hogy néhány jelentőségteljes tárgy megtartása lehetővé tenné-e a szeretteddel való kapcsolat fenntartását vagy a hely kiürítése és a tárgyak kidobása az, amire szüksége van.” (Erika Penney, 2024.)

A publikált kutatások arra mutatnak rá, hogy kapcsolatunk a tárgyakkal kölcsönös. Így van ez a gyásztakarítás esetében is. Elmaradása a megrekedt gyászfolyamat tünete, a folyamat maga is támogatja a veszteség feldolgozását.

IRODALOM

- BUDA, B. (1997). A halál és a haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai. Forrás: Kharón Tanatológiai Szemle: https://www.kharon.hu/docu/1997-tel_buda-halal.pdf
- DOKA, K. J. (dátum nélkül.). The Stuff of Grief: Dealing with the Deceased's Possessions. Forrás: Psychology today.
- DÚLL, A. (2009.). A környezetpszichológia alapkérdései. Budapest: L'Harmattan.
- ERIKA PENNEY, A. N. (2024. március 31.). How to look after your mental health while packing up Mum or Dad's home. Letöltés dátuma: 2025. január 3., forrás: theconversation: <https://theconversation.com/how-to-look-after-your-mental-health-while-packing-up-mum-or-dads-home-223956>
- KONDO, M. (2014). Rend a lelke mindennek. Budapest: Kiskapu.
- MAGNUSSON, M. (2018.). Végző rendrakás svéd módra. Budapest: Park Kiadó.
- PILLING, J. (2010.). A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája (old.: 186 - 187.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- POLCZ, A. (2000.). Gyászban lenni. Budapest: Pont Kiadó.
- SHUT, H., & STROEBE, M. (2018.). Good grief. Forrás: www.rug.nl: https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/77706243/0218strobe_1_.pdf
- STERN, D. J. (2023. április 18.). Grief Cleaning: How to Separate Memories from Things While Decluttering. Letöltés dátuma: 2025. január 3., forrás: www.josephsternmd.com: <https://www.josephsternmd.com/2023/04/18/grief-cleaning/>
- TOMÁN, E. (2016. 04.). Kharón tantológiai szemle. Forrás: A gyermekkori testvérgyász: https://kharon.hu/docu/2016-4_toman-gyermekkori.pdf

Békés Anna

aktív idősödés szaktanácsadó

bekes.panni@gmail.com

**DR. KASSAI SZILVIA – DR. MUCSI GEORGINA – BÉKÉSI TÍMEA –
BELÁNYI BOGLÁRKA – DR. JANCSÁK CSABA**

Szenvedélybeteg családban felnőtt gyermekek gyászfolyamatának vizsgálata

Összefoglalás ♦ *Kutatásunk célja a szenvedélybeteg családban felnőtt gyermekek veszteségeinek feltárása és gyászfolyamatuk alakulásának mélyebb megértése. Vizsgálatunkban 16 félig strukturált interjút készítettünk olyan személyekkel, akiknek egyik vagy mindkét szülője érintett volt a problémás alkoholhasználatban, és az egyik szülő halálesete óta legalább 2 év eltelt. Az interjúk szó szerinti átírása után az írásos beszámolók elemzését a tematikus analízis módszerével végeztük. Jelen tanulmányban azokat a témákat mutatjuk be, amelyek az interjúalanyok veszteségfeldolgozási sajátosságaival és a sorstársaknak szóló legfontosabb üzeneteik bemutatásával kapcsolatosak.*

Kulcsszavak: szülő gyásza, segítség a gyászban, feldolgozási út, sorstársi üzenetek

A study of the grief process of children growing up in families affected by addiction

Summary ♦ *Our research aims to explore the losses experienced by children raised in families with substance dependency and to gain a deeper understanding of their grief processes. In our study, we conducted 16 semi-structured interviews with individuals whose one or both parents struggled with problematic alcohol use and where at least two years had passed since the death of one parent. After transcribing the interviews verbatim, we analyzed the written accounts using thematic analysis. Due to space constraints, the objective of this study to highlight the unique characteristics of loss processing among the interviewees.*

Keywords: parental grief, grief support, processing pathways, peer messages

Bevezetés

A szakirodalom az 1970-es és 1980-as években kezdett foglalkozni az alkoholbeteg szülők gyermekeivel, nagyjából azzal egy időben, amikor az Egyesült Államokban az Anonim Alkoholisták mellett megjelentek a családtagokat támogató önszorgító csoportok is (Ackerman, 1987; Woititz, 1985). Ekkor került előtérbe az a nézet, hogy a szenvedélybetegséget nem csupán a függő szemszögéből kell vizsgálni, hanem annak tágabb, a családtagokra gyakorolt hatásait is figyelembe kell venni, különös tekintettel a kodependencia kialakulására (Harter, 2000). A későbbi kutatások megerősítették, hogy nemcsak a kodependencia miatt szükséges a családtagokkal, különösen a gyermekekkel foglalkozni, hanem számos egyéb következmény miatt is. A szenvedélybeteg szülő mellett nevelkedés az egyik leggyakoribb ártalmas gyermekkori élmény (ACE) (Allen et al., 2022; Fekete-Gál et al., 2022; Felitti et al., 2019; Kovács-Tóth & Kuritárné Szabó, 2023). Az ilyen környezetben felnövő gyermekeknél jelentős a fizikai és mentális betegségek, valamint a viselkedési problémák kialakulásának kockázata (Calhoun et al., 2015; Kuppens et al., 2020; McLaughlin et al., 2016; Meulewaeter et al., 2022; Muir et al., 2023; Neger & Prinz, 2015; Omkarappa & RENTAL, 2019; Parolin et al., 2016; Rusby et al., 2018; Velleman & Templeton, 2016). A vonatkozó vizsgálatok leggyakrabban a gyermekeknél kialakuló szerhasználati problémákra fókuszálnak, míg egyéb következmények ritkábban kerülnek előtérbe (Rossow et al., 2016), azonban azok is küzdhetnek hosszútávú, felnőttkorra kiterjedő nehézségekkel, akik nem válnak szerhasználóvá.

A hosszútávú következmények feltárásához és a célzottabb segítő eszközök feltérképezéséhez szükséges a gyermekkori élmények feltárása, amely vizsgálataink fő célja.

A témakör szélesebb körű szakirodalmi elemzése és a témához kapcsolódó korábbi kutatásunk eredményei a Kharón Thanatológiai Szemle, 2025/2. számában olvasható (Mucsi et al., 2025).

A kutatás módszere

Minta és adatgyűjtés

16 félig strukturált interjút készítettünk olyan személyekkel, akiknek egyik vagy mindkét szülője érintett volt a problémás alkoholhasználatban, a szülő(k) elhunyt(ak) és a haláleset óta legalább 2 év eltelt. A vizsgálatra az engedélyt a PTE BTK Kutatás-Értékelési Bizottsága adta ki (2023. (IX. 28.) határozata).

Az interjúalanyok a korábbi kutatásunk alanyai közül kerültek ki, ahol szenvedélybeteg szülők felnőtt gyermekeit kértük meg, hogy egy online kérdőív felületén osszák meg gyermekkori élményeiket, illetve a szülő elvesztésének tapasztalatát.

Az anonim kérdőív végén lehetett jelentkezni szóbeli interjúra. Az ott jelentkezőket kerestük fel, és velük online konferenciaprogram (Microsoft Teams, Zoom) segítségével készítettük el az interjúkat. Az interjúkérdéseket úgy állítottuk össze, hogy feltárjuk azokat az aspektusokat, amelyek az első adatfelvételi körben merültek fel, de ott nem volt lehetőség azok kifejtésére.

15 nő és 1 férfi került a mintába, átlagéletkoruk 44 év volt.

Elemzés

Az interjúk szó szerinti átírása után az írásos beszámolók elemzését a tematikus analízis (Braun & Clarke, 2006) módszerével végeztük. A tematikus analízis Braun és Clarke (2006) szerint olyan rugalmas, mégis szisztematikus kvalitatív módszer, amely a szöveges adatokban megjelenő mintázatok és témák azonosítására, elemzésére és értelmezésére szolgál. A módszer hangsúlyozza a kutató reflexív szerepét: a témák nem „rejtve” vannak az adatokban, hanem a kutató aktív értelmezői munkája révén jönnek létre. Ezzel lehetővé teszi, hogy a résztvevők tapasztalatainak mélyebb jelentésrétegei is megjelenjenek. Az elemzést 3 kutató egymástól függetlenül készítette, majd a kódolást követően altémákba, témákba rendezte a kódokat és kialakította a fő témákat. A kutatók konszenzusra jutottak a témákat, fő témákat illetően - a kvalitatív pszichológiai elemzés során az eredmények reliabilitását növeli ez a kutatói konszenzus (Rodham et al., 2015).

Jelen tanulmányban az elemzésből kiemelkedő azon témákat mutatjuk be, amelyek az interjúalanyok veszteségfeldolgozási sajátosságainak és a sorstársaknak szóló legfontosabb üzeneteik bemutatásával kapcsolatosak.

Veszteségfeldolgozást segítő tényezők

A 16 interjú alapján összességében megállapítható, hogy a gyászolók különféle módszereket alkalmaztak a feldolgozás érdekében. Az önreflexiótól és az érzelmi támogatástól kezdve az aktív és egyéb tevékenységeken át mindezek hozzájárultak ahhoz, hogy fokozatosan megbirkózzanak a veszteségükkel.

Néhányuk számára a család és a közeli barátok jelentettek támaszt, akik pozitív hozzáállással vagy egyszerű jelenlétükkel támogatták őket. Másoknak a hit és az ima volt a

legfontosabb erőforrás, amelyben megnyugvást találtak, különösen akkor, amikor a környezetük nem tudta igazán átélni a fájaldalmukat.

Az interjúalanyaink közül tizen terápiás csoportokhoz, pszichológushoz fordultak, vagy gyászcsoporthoz vettek részt, ahol mélyebben megértették saját veszteségüket és az ezzel járó érzéseiket. A fizikai aktivitás, mint a séta vagy kirándulás is fontos szerepet játszott sokak számára, hogy újra megtalálják az egyensúlyt. Néhányan a zene segítségével találtak megnyugvást, amely érzelmi kifejezőeszközként is szolgált számukra, és hárman is kórusénekléshez, zeneterápiához fordultak.

A külföldi utazás, például egy olaszországi ösztöndíj, szintén új perspektívákat nyitott egyesek számára, lehetőséget adva, hogy önmagukra és a múltjukra reflektáljanak egy nyugodt környezetben. Ezenkívül az önreflexió, a meditáció vagy lelki gyakorlatok végzése segített abban, hogy szembenézzenek a gyászfolyamat különböző aspektusaival.

Az interjúkból kiemelve, a gyászfeldolgozást segítő aktív és passzív tevékenységek jól tükröződnek idézetekkel alátámasztva.

Aktív tevékenységek

Fizikai aktivitás

Az egyik interjúalany így fogalmazott: *„Az aktivitás is sokat segít... minél több közösségi esemény, ahol a többiekkel együtt lehetünk, kirándulás, séta, sportolásra gondolok.”* (5) Ezzel kifejezte, hogy a mozgás és a társaság új energiát adott számára a nehéz időszakban.

Közösségi események, kapcsolódások

A barátokkal és családtagokkal való közös programok segítettek elterelni a figyelmet, ahogy egy másik interjúalany megemlítette: *„a baráti kapcsolataim sokat segítettek benne”* (4) – itt a támogatás és a közösségbe való visszaintegrálódás voltak a központi tényezők.

A családi kapcsolatok megtartó erejét is nyolcan kiemelték:

„Az egész család már az én közvetlen családom körül, a gyerekeim nagyon pozitívak voltak.” (1)

„...akkor közvetlenül rokonoknak a támogatása. Úgy barátokkal nem annyira tudtam ezt megosztani, szóval inkább ott a rokonok voltak a fő támogatók.” (4)

Terápiás részvétel

A terápiás közösségek, gyászcsoporthoz vagy pszichodráma csoportokban való részvétel sokak számára volt fontos, egyikük így nyilatkozott: *„...elvégeztem a gyászfeldolgozó csoportvezető képzését... saját magamban végigcsináltam ezt a gyászfeldolgozást, és ez is nagyon-nagyon jól*

tett.” (8) Ez az aktív feldolgozási forma lehetőséget adott neki, hogy szembenézzen érzelmeivel és elmélyítse az önismeretét.

Egy gyászcsoporthoz résztvevő így fogalmazott: *„minél több ilyen, minél több programot, hogy nem elterelni a figyelmemet, hanem hogy tényleg ilyen közösségi eseményeket, ahol a többiekkel együtt lehetünk.”* (3)

Több résztvevő is részt vett pszichodráma csoportokban, amelyeket nagyon hasznosnak találtak. Egy interjúalany így fogalmazott: *„a pszichodrámban az én játékom, vagy úgy is, mint szereplőként mások játékában, és hogy akkor így nagyon sok élményem jött föl.”* (7)

„...és amit ott a pszichodrámán kaptam, az is nagyon fontos volt. Tehát ott tudtam vele foglalkozni több alkalommal is, és akkor így mindig előrébb tudtam lépni ezekben a dolgokban, hogy megértem, hogy most mi történik, hogy hol tartok.” (8)

A pszichodráma csoport tehát lehetőséget adott az érzések megértésére és a feldolgozási folyamatban való előrelépésre.

Szakemberek támogatása

Egyik interjúalany arról számolt be, hogy egy hospice osztályon pszichológusi támogatás segítette a gyász kezdeti szakaszában: *„...ott is dolgoztam, tehát ott a pszichológus is foglalkozott velem egy pár hétig, mivel nem tudtam aludni, nem írtak föl hála Istennek gyógyszereket, hanem inkább beszélgettünk.”* (8) A pszichológussal folytatott beszélgetések enyhítették az álmatlanságot, és segítettek abban, hogy a résztvevő fokozatosan megbirkózzon a veszteséggel.

„Ott a szupervízió vált számomra érthetővé, hogy miért választok egy olyan területet a munkámba, hogy a halálhoz ennyire közel vagyok, és hogy nekem miért ilyen könnyen vehető ez a halálfélelemmel teli közeg.” (7)

„Tehát voltak családállításon, voltak, hát az anya-magzat kommunikációnak egy olyan verziója, hogy a méhemmel kommunikáltunk.” (7)

Alternatív módszerek

Egy másik résztvevő Hellinger-féle családállításon vett részt, mivel úgy érezte, hogy nehezen tud verbálisan beszélni a veszteségéről: *„Többször is felmerült egyébként, hogy pszichológushoz menjek... de nem tudok beszélni róla. A családállítás viszont nekem nagy segítség, hogy nem kell beszélni, de rálátok.”* (10) Ez a módszer lehetőséget adott számára, hogy szavak nélkül, a verbalitás más eszközeivel is dolgozzon a feldolgozatlan érzelmeken.

„És még mindig van valami köztünk, ami miatt nem tudok és akkor jött nekem a családállítás, ami tényleg adott egy akkora löketet.” (12)

„...a családállítás, ez arra nagyon jó például, hogy ezeket a családi kapcsolatokat. Olyan dolgok jönnek akkor fel benned, ilyen nagyon mélyről, amire nem is gondoltál volna, hogy ott van, mert így elzárja előled az agyad.” (11)

Ezek az idézetek jól mutatják, hogy a szakemberek segítsége és a terápiás közösségekben való részvétel, például gyászcsoporthoz, pszichodráma, illetve különböző alternatív módszerek lényeges támaszt nyújtottak a résztvevők számára a gyász és veszteség feldolgozásában.

Önsegítő írás

Az írás szintén segítette a belső érzések rendezésében: „A kérdőív kitöltése közben is nagyon sok olyan dolog volt, amit először fogalmaztam meg és írtam le... segítette így a feldolgozásnak a folyamatát.” (3) Az írás segítette strukturálni a gondolatokat, és egy lépést tett a belső egyensúly felé.

„A napló, naplóírás az, ami egyébként a megküzdésem szerintem. ..., csak néha így, amikor rám jön, akkor viszont így kiírom, aztán az szokott segíteni.” (10)

„...vagy én nem tudtam ennyire megfogalmazni, akkor az írás volt, ami, ami segített kicsit a feszültséget csökkenteni.” (12)

Egyéb tevékenységek

Zenehallgatás

A zene négy interjúalany számára érzelmi támaszt jelentett, ahogy egyikük megfogalmazta: „Nekem a zene volt az... annyira sokat ad, hogy akár mással is szívesen megosztanám ezt, hogy mennyire sok.” (5) A zenehallgatás órákon át tartó megnyugvást és a gyász érzelmi megélésének lehetőségét adta számára.

Meditáció, csend és elvonulás

Az egyik interjúalany az elvonulásban talált békére, amikor egy ösztöndíjjal Olaszországba utazott: „Kimentem a tengerpartra, kiültem a dombtetőre... az a csend, a szépség, az nagyon megnyugtató... terápiás volt ez az időszak.” (5) Az új környezet és a csend segítette neki feldolgozni a gyászhoz kapcsolódó emlékeket és érzéseket.

Imádkozás és hit

Hatan említették, hogy a hit és az ima segítette nekik: „Az, hogy sokat-sokat imádkoztam, meg Istennek mondtam el, hogy mennyire fáj.” (2)

„Szerintem a másik, ami nagyon fontos volt, biztosan az az, hogy hívő vagyok, és hogy többször volt olyan, hogy böjtöltem az apukámért, meg felajánlásokat tettem, hogy ő jobban legyen. Ezek is szerintem nagyon sokat stabilizáltak rajtam, a tehetetlenséggel együtt, mármint a megélt tehetetlenséggel együtt, hogy valamit végül tudok tenni.” (7)

„...észből azt mondom, meg amúgy szívből is, hogy az Istennel való kapcsolat az talán még jobban.” (11)

A spiritualitás és az ima lehetőséget adott arra, hogy fájdalmukat egy magasabb erő felé fordítsák, ami enyhítette a gyász fájdalmát.

Olvasás

Az önsegítő könyvek, például a gyászról szólók, sokat jelentettek az érzelmek megértésében.

„...és akkor ott elolvastam az ACA csoportnak¹ a leírásában, hogy tulajdonképpen az elveszett gyerekkort el kell siratni, amit én aztán hónapokig sirattam, de szó szerint. Ez rettentő sokat segített, hogy ezt meg tudtam tenni. És talán az elvesztett gyerekkorom feldolgozásában az is nagyon sokat segít, hogy tudatosítottam magamban, hogy nagyon fontos, igen, viszont ez segít abban, hogy én ezáltal sokkal jobb anyuka vagyok, mint amilyen az én anyám volt, és hogy tudom, hogy mi az, amire szüksége van egy gyereknek. És ez nagyon sok erőt ad nekem.” (8)

Egy interjúalany megosztotta: „Pont a gyászcsoportha ajánlották a *Gyógyulás a gyászból* című könyvet... az is nagyon sokat segített.” (3) Az olvasottak rávilágítottak a gyászfolyamat egyes fázisaira, ami megerősítette őt.

Ezek az idézetek azt mutatják, hogy az aktív tevékenységek az érzelmek kifejezését és a mindennapokhoz való visszatérést szolgálták, elsősorban energiát és mozgást vittek a feldolgozási folyamatba. Az egyéb tevékenységek inkább a belső reflexiót és nyugalmat támogatták, lehetőséget adva a mélyebb érzések csendes feldolgozására, az elmélyült reflexiót és a belső békéhez való kapcsolódást támogatták. Az interjúalanyok mindkét típusú tevékenységet kombinálva dolgoztak a gyászukon, és ez az összetett megközelítés hozzájárult ahhoz, hogy az érzelmeikkel békében élhessenek.

A veszteség-feldolgozás szintjének szubjektív megítélése

Az interjúalanyokat kértük, hogy saját feldolgozási útjukat értékeljék egy 1-10-ig terjedő skálán, hol tartanak most. (Ha alacsony számot mondtak, megkérdeztük, mit gondolnak, mi segítene egy magasabb szint elérésében. Ha magas számot mondtak, akkor is megkérdeztük, mi segítette őket ebben, hogy ez elérjék, mit gondolnak, mi kellene ahhoz, hogy 9-10-et mondjanak, el tudják-e képzelni, hogy egyszer ott fognak tartani?) Ennek a kérdésnek a célja az interjúban elsősorban az volt, hogy beszélgetést kezdeményezzünk arról, mennyire érzik magunkban feldolgozottak a veszteségeket, és mit gondolnak, mennyire állnak messze attól, hogy

¹ Alkoholisták és rendellenesen működő családok felnőtt gyermekei

feldolgozottak tekintsék azokat. Az így keletkezett számok tehát nem objektív mérői a feldolgozási munkának, inkább szubjektív visszajelzések arra vonatkozóan, hogyan látják most saját helyzetüket.

A gyászfeldolgozás különböző szintjeit és az egyes szinteken lévő résztvevők számát az alábbi táblázat szemlélteti.

1. táblázat: A gyászfeldolgozás szintjei az interjúalanyok önmeghatározása alapján

Feldolgozási szint (1-10 skálán)	Interjúalanyok száma
2	1
5	1
6	2
6.5	1
7	1
7.5	2
8	2
8.5	1
9	2
10	3

Forrás: saját szerkesztés, a félig strukturált interjúk alapján

6-7-es szint

Egy résztvevő, aki 6 és 7 között értékelte önmagát, pozitív irányú fejlődést lát, de további belső munka előtt áll:

„Olyan 6-os, 7-es, 6,5. Hát, ha így azt a fene tudja, majd ez a terápiában nagyon bízom.” (11)

Ezzel kifejezi, hogy már jó úton halad, de még nincs teljesen lezárva számára a folyamat.

7,5-ös szint

Az egyik interjúalany a saját gyászfeldolgozását így értékelte: *„Ha egy 1-től 10-ig terjedő skálán kellene bejelölni, hogy hol tartasz most jelenleg a feldolgozásban, akkor így hova tennéd magad az itt és mostban? ... Olyan 7 és 8 körül. Szerintem sokat jöttem, de azt szeretném, hogy bírjak többet emlékezni.”* (2) Ezzel kifejezte, hogy bár sok mindenen túljutott, még vannak feldolgozatlan részek, és további időre van szüksége ahhoz, hogy teljesen elfogadja a veszteséget.

8-9-es szint

Egy másik interjúalany a feldolgozási útját 8-as és 9-es szint között látja: „Hát én most már olyan 8-9. Ilyen nagyon optimistán. Pozitívan. ... Próbálok jobban felkészülni arra, hogyha történik velem valami egyébként, és az 1%-ot annak hagyom meg, hogy néha vannak rosszabb pillanatok, és ezzel még most is sokszor nehéz megbirkózni.” (12) Az illető úgy érzi, hogy életének részévé tette a veszteséget, de elfogadja, hogy lesznek még időszakos nehézségek.

9-es szint

Egy másik résztvevő úgy érzi, hogy már közel van a teljes elfogadáshoz, de még nem teljesen érte el. Így értékelte a folyamatát:

„Magát a feldolgozási folyamatot, hogy hol tartok benne, hogy vagyok benne? Én azt gondolom, hogy szerintem kilenc... tudtam belőle tanulni úgymond, azóta másképp is látom a saját halálomat, meg a saját életemet... de azt gondolom, hogy én nem tudom, hogy el lehet-e jutni a 10-esig.” (3)

Számára a gyász elhelyezése az életében már sikeresen lezajlott, de időnként még megjelenhetnek nehezebb pillanatok.

10-es szint

Egy résztvevő saját gyászfeldolgozását 10-es szintre értékelte, mivel egy könyv sokat segített neki az út során:

„Én azt gondolom, hogy tíz. Gyorsan hozzáteszem, hogy az Újraépített életek című könyv mondjuk ötösről tízesre emelt. Nyilván nem úgy, hogy csak önmagában a könyv, hanem az, hogy elolvastam, és az az út, amit azáltal meg tudtam magamban járni.” (5)

Ezzel azt fejezte ki, hogy most már teljesen feldolgozottnak érzi a gyászt, köszönhetően az olvasás révén szerzett önismeretnek és megértésnek.

Ezek az idézetek jól tükrözik a résztvevők eltérő szintjeit és a feldolgozási folyamatuk iránti megközelítésüket, amely alapján ki-ki különböző szakaszokban érezte magát a gyász integrálásában.

Hiányok és célok

A kutatásban szereplő interjúalanyok megosztották, mire lenne szükségük, hogy a gyászfeldolgozásukban egy jóval magasabb szintre jussanak a mostaninál.

Teljes megbékélés a veszteséggel

Egyik interjúalany a feldolgozásában a 7-8. szintnél tart, és úgy érzi, hogy még mindig vannak előkerülő emlékek, amelyek feldolgozásra várnak. Ahhoz, hogy magasabb szintre jusson, úgy

gondolja, hogy teljes megbékélésre lenne szüksége, valamint arra, hogy a gyásza „*soha ne okozzon többé fájdalmat.*” (2)

Az apafigura és apa szerepének pótlása

Egy másik gyászoló úgy véli, hogy számára a 10-es szint elérése azt jelenthetné, hogy „*ne hiányozzon az apafigura,*” (3) és már ne fájjon annyira, amikor erről emlékeket idéz fel. Fontos számára, hogy egy ilyen kapcsolat megteremtése az életében segíthetne a hiányosságainak a feldolgozásában.

A fájdalom teljes megszüntetése

Egy másik gyászoló, aki jelenleg 9-es szinten tart, úgy véli, hogy a 10-es szint elérése „*fájdalommentes visszaemlékezést*” (10) jelentene, amikor már csak pozitív emlékekkel gondol vissza az elhunyt szülőjére. Ehhez további idő és folyamatos belső munka szükséges számára, hogy a gyász teljesen megnyugodjon.

A szülői kapcsolat végleges elengedése

Egy másik interjúalany elmondta, hogy már sok belső munkát végzett, de még mindig úgy érzi, hogy „*szoros érzelmi kötélekek kötik az apjához.*” (11) Számára a 10-es szint eléréséhez szükség lenne arra, hogy elengedje az érzést, hogy a kapcsolatukat még helyre lehetne hozni, és elfogadja, hogy ez már lezárult.

Kiegyensúlyozottság a szülő-gyermek emlékekben

Egy másik gyászoló, aki jelenleg 7-es szinten van, szeretné elérni a 10-es szintet azáltal, hogy megtalálja az egyensúlyt a múlt negatív és pozitív emlékei között. „*Azt gondolom, hogy biztos még jönnek majd elő olyan emlékek, amikkel még eddig nem dolgoztam, és amiknek talán nem volt itt az ideje, hogy előjjenek.*” (2) Úgy érzi, hogy a családi rendszer rossz működése és az apa elvesztése komoly hiányt okozott az életében, és ezt egy kiegyensúlyozottabb érzelmvilággal szeretné feldolgozni.

Ezek a példák jól tükrözik, hogy egy magasabb szint eléréséhez mindegyik interjúalany számára egyedi megküzdési stratégiák és mélyebb önreflexió szükséges.

A kutatásban szereplő gyászolók közül tizenhárman kifejezték azt a nézetet, hogy a gyász feldolgozása sosem érhet el teljes „tízest” szintet, azaz egy teljes lezárást vagy teljes gyógyulást nem tartanak lehetségesnek.

Az állandó hiány érzése

Egyikük úgy véli, hogy az apja elvesztése olyan hiányt hagy maga után, amely soha nem múlik el teljesen, és ezért nem tudja elérni a feldolgozás végső fokát: „*Az ember elveszti az apukáját, az mindig egy hiányt fog valahol jelenteni...*” (4)

Ez a kijelentés arra utal, hogy a gyász és a hiány érzése állandó része maradhat az életnek.

„*Hát én nagyon kritikus vagyok magammal, úgyhogy biztos azt mondanám, hogy nem lehet eljutni, mert hogy azért mindig lesznek élethelyzetek, amikor így, vagy hát nem tudom, talán az a száz százalék, hogy egyáltalán nem hat meg, vagyis hát az meg nem emberi, hogy nem hat meg, tehát, hogy ez szerintem. Attól függ, hogyan definiáljuk ezt a száz százalékot. Nem is akarok rá feltétlenül törekedni.*” (3)

Az érzelmek emberi mivolta

Másik interjúalany azt fogalmazta meg, hogy soha nem érheti el a teljes feldolgozás szintjét, mert „nem emberi”, ha egy ilyen veszteség nem érinti meg az embert, bármilyen távoli is legyen. Azt mondja: „*Biztos azt mondanám, hogy nem lehet eljutni, mert azért mindig lesznek élethelyzetek, amikor így, vagy hát nem tudom, talán az a száz százalék, hogy egyáltalán nem hat meg, vagyis hát az meg nem emberi, hogy nem hat meg...*” (4) Ez a gondolat kifejezi, hogy a gyász nem egy egyszerű lezárható folyamat, hanem életünk része, amely időről időre visszatérhet.

Az érzések folytonossága és változása

Több gyászoló szerint a gyász feldolgozása nem lineáris, és nincsen egy végleges pontja, ahová elérhetnek. Ahogy egy gyászoló fogalmaz: „*Mondanám, hogy feldolgozását, csak gyógyulását, csak ez olyan rossz szó szerintem, merthogy ennek nincs egy végpontja, amíg el lehet jutni. Folyamatosan valahogy más lesz ez az érzés...*” (8) Ez a megfogalmazás is rámutat arra, hogy a gyász különböző élethelyzetekben és időszakokban más-más formában jelenhet meg, és soha nem zárul le teljesen.

Ezek a megjegyzések jól tükrözik az interjúalanyok azon tapasztalatát, hogy a gyász feldolgozása folyamatos és az élet különböző szakaszaiban újraértelmeződhet, akár egy életre szóló folyamatként is értelmezhető.

Üzenet a sorstársaknak

Az interjú záró kérdéseként megkérdeztük, hogy útravalóul mit üzennének a sorstársaknak, akik egy hasonló veszteségfeldolgozásban még az út elején állnak.?

Az interjúkban szereplő gyászolók több oldalról, mélyreható őszinteséggel fogalmazták meg üzeneteiket sorstársaik számára, akik hasonló veszteségekkel küzdenek, vagy az út elején

járnak a gyászfeldolgozásban. Az alábbiakban részletesen elemezzük a legfontosabb üzeneteket.

A megosztás és az érzések kifejezése

A gyászolók közül heten hangsúlyozták, hogy milyen fontos, hogy ne tartsák magukban érzéseiket, hanem osszák meg azokat. Az egyik résztvevő így fogalmazott: „...jó lett volna, ha nem azt mondják, hogy legyél erős, meg nem tudom, hanem azt mondják, hogy jó, akkor mondd, mesélj róla, nyugodtan sírjál...” (2). Ez az idézet jól mutatja, hogy a támogatás és az érzelmek elfogadása mennyire lényeges része lehet a gyászfeldolgozásnak.

Tabuk ledöntése és a nyílt kommunikáció

A gyászolók szerint elengedhetetlen, hogy a függőséggel kapcsolatos nehézségekről és traumákról nyíltan lehessen beszélni. Egy résztvevő így fogalmazott: „...nem tabusítani ezt a témát... fontos, legalább a családban beszélni arról, hogy mit hozunk, és hogy ezzel kell valamit kezdeni” (2). A nyílt kommunikáció lehetőséget nyújt arra, hogy a következő generációk jobban megértsék a családban öröklődő mintákat, és megoldásokat találjanak rájuk.

Az ambivalens érzések elfogadása

A szenvedélybeteg szülő elvesztése gyakran kettős érzéseket vált ki: egyszerre szomorúságot és megkönnyebbülést. Egy interjúalany ezt így fogalmazta meg: „...nem mondom, hogy nem volt benne egy ilyen fellélegzés... többet nem kell aggódni valakiért állandóan” (3). Az ilyen érzések gyakran büntudatot okozhatnak, ezért fontos, hogy a gyászolók elfogadják és feldolgozzák ezeket az ellentmondásos érzéseket.

Bátorság és önismeret az önállósodáshoz

Sok gyászoló hangsúlyozta a bátorság fontosságát, ami szükséges ahhoz, hogy az ember szembenézzen saját félelmeivel. Egyikük így nyilatkozott: „Bátorságot, mert szerintem ehhez nagyon nagy bátorság kell” (5). Az önismereti út során a fájdalmas emlékek feldolgozása segíthet a belső erő megtalálásában és a lelki növekedésben.

Közösségi támogatás keresése

Az érintettek egy része kiemelte, hogy az önségítő közösségek és szakemberek támogatása elengedhetetlen a gyászfeldolgozás folyamatában. Az egyik gyászoló szerint: „...szenvedélybeteg szülő gyerekeinél a legfontosabb dolog a világon a közösség” (7). Az ilyen közösségek, ahol mások hasonló tapasztalatokkal rendelkeznek, erőt és támaszt nyújtanak, így enyhítve a magány érzését.

A jövőre való fókuszálás és a saját élet építése

A gyászolók közül öten hangsúlyozták, hogy az életük helyreállítására és előrehaladásra érdemes fókuszálniuk, nem pedig a múltra. Az egyik résztvevő így fogalmazott: „Mi nem

visszafele tartozunk, hanem a jövőnek tartozunk.” (15). Ez a szemléletváltás segíthet abban, hogy a gyászolók saját életüket és céljaikat helyezték előtérbe, így pozitív jövőképet építhetnek maguknak.

Az egyéni fejlődés lehetősége a gyászban

Több gyászoló úgy látja, hogy a veszteség feldolgozása az önismereti fejlődés egy formája, mely segíthet újraértékelni az életcélokat és új felismerésekre jutni. Ahogy egyikük mondta: *„Ez egy nagyon komoly önismereti folyamat lehet, amiből profitálni lehet”* (3). Az önismereti út során az ember jobban megértheti saját szükségleteit és céljait, ami hosszú távon pozitív hatással lehet az életére.

Ezek az útravalók segíthetnek azoknak, akik most kezdik el gyászfolyamatukat, és erőt meríthetnek a sorstársaik őszinte tapasztalataiból és tanácsaiból.

Diszkusszió

Kutatási eredményeinkkel a szenvedélybeteg családokban növekvő gyermekek kísérésének fontosságára, a korai beavatkozás szükségességére szeretnénk felhívni a figyelmet. A szenvedélybetegség a családi rendszer diszfunkcionális működésének következménye, így a család egészségének segítése elengedhetetlen a változtatáshoz. Szóba jöhet itt a családterápia vagy a rendszerszemléletű terápia alkalmazása. A felnőttek számára pedig a veszteségek feldolgozásánál jelenhet meg a segítség fontossága, hiszen az elveszett gyermekkor iránti gyász egy olyan mély és sokrétű gyászfolyamat, amelynek feldolgozása során bátorság és őszinteség szükséges a szembenézéshez. Ebben a folyamatban a segítő eszközök elérhetősége és biztosítása kulcsfontosságú lehet.

Azt is fontos kiemelni, hogy a gyász és veszteség feldolgozása nemcsak fájdalmas folyamat, hanem egyben lehetőség is az önállósodásra, a belső erő megtalálására és a jövő felé való nyitottságra. A közösség, az önreflexió és a támogatás egyaránt fontos elemei ennek a folyamatnak, amelyekben a gyászolók sorstársaik számára is fontos iránymutatást nyújtanak.

Kutatási eredményeink alapján komplex képet kaptunk arról, milyen hatása van annak, ha egy gyermek függő szülők mellett nő fel. Ezen eredmények hozzájárulhatnak ahhoz, hogy még pontosabb beavatkozásokat alkalmazzunk az ő megsegítésükre. Jövőbeli célunk az eredmények széleskörű megismertetése, publikációk és konferenciaelőadások készítése, valamint képzési anyagok kidolgozása.

A kutatás korlátai

Kutatásunk eredményeinek értelmezésekor fontos figyelembe venni a vizsgálat több módszertani és mintavételi korlátját. Elsőként kiemelendő a mintanagyság és mintaösszetétel kérdése: a 16 fős, önkéntes alapon jelentkező résztvevőkből álló minta nem reprezentatív és túlnyomórészt nőkből áll. Ez korlátozhatja az eredmények általánosíthatóságát.

További módszertani korlátot jelent, hogy a résztvevők olyan személyek voltak, akik már korábban aktívan vállalták élményeik megosztását egy kérdőívben, majd később egy interjúban is. Ez a szelf-szelekciós torzítás (Bethlehem, 2010) azt eredményezheti, hogy azok vettek részt a kutatásban, akik nyitottabbak a reflexióra, stabilabb érzelmi szinten állnak, vagy erősebb motivációjuk van történeteik elmondására. Ez eltérhet azon érintettek tapasztalatától, akik még kevésbé reflektívek az érzéseik megdolgozása terén, vagy elkerülik a gyásszal kapcsolatos beszélgetéseket.

A kutatás további korlátja, hogy az interjúk a résztvevők szubjektív narratíváin alapulnak, amelyekre hatással lehet az idő múlása, az emlékezet torzulása, valamint az a törekvés, hogy a saját élettörténetet koherens módon szervezzék újra. Mivel a szülő halálesete óta legalább két év telt el minden résztvevő esetében, a gyászfolyamat időbeli távolsága megkönnyítheti bizonyos élmények újraértelmezését, miközben más részletek halványulhatnak.

Végül korlátot jelenthet az is, hogy a vizsgálat keretében a szenvedélybeteg szülők felnőtt gyermekeinek csak egy bizonyos csoportját értük el: olyanokat, akik már túl vannak a szülő halálának akut szakaszán, és élethelyzetük stabilabb. Eredményeink így elsősorban azokra vonatkoznak, akik a feldolgozás egy későbbi szakaszában járnak. A jövőben érdemes lenne olyan vizsgálatokat is végezni, amelyek a gyász korai fázisában lévő érintettek tapasztalatait tárják fel.

Összegzés

A kutatás eredményeinek értelmezése során szükséges hangsúlyozni, hogy a szenvedélybeteg családban felnövő gyermekek veszteségélményei a szakirodalom szerint is szorosan összekapcsolódnak az ártalmas gyermekkori élményekkel (ACE), amelyek hosszú távon meghatározzák érzelmi és kapcsolati működésüket (Felitti et al., 2019; Allen et al., 2022). Eredményeink megerősítik, hogy a szülő halálához kapcsolódó gyászfolyamat sok esetben nem különálló esemény, hanem beleágyazódik a gyermekkor bizonytalanságaiba, a parentifikációba, a konfliktusos kötődési mintázatokba és a szerhasználattal terhelt családi dinamika következményeibe (Velleman & Templeton, 2016; Kuppens et al., 2020). A

résztevők beszámolóí így nem csupán a gyász érzelmi ívét rajzolják meg, hanem azt is, hogyan hatnak ezek a korai élmények a felnőttkori veszteségfeldolgozás sajátosságaira.

A támogatás, közösség és önreflexió szerepét hangsúlyozó eredmények összhangban állnak a családi és kapcsolati tényezők jelentőségét kiemelő korábbi vizsgálatokkal, amelyek szerint a stabil kapcsolati erőforrások csökkentik a hosszú távú pszichés terhelést, és javítják a megküzdés esélyeit (McLaughlin et al., 2016; Rusby et al., 2018).

Ugyancsak jól illeszkedik a korábbi kutatásokhoz, hogy a résztvevők a megküzdés részeként nemcsak formális támogatási módokra (például terápia, konzultáció, gyászcsoporth), hanem informális, kreatív vagy spirituális erőforrásokra is támaszkodtak, amelyek a veszteség integrálásának fontos elemei lehetnek (Parolin et al., 2016; Muir et al., 2023).

Az ambivalens érzések jelenléte – amely tizennégy interjúalany gyászélményében megjelent – szintén visszaköszön a szakirodalomban, hiszen a szenvedélybeteg szülő elvesztése gyakran kettős érzelmi örökséget hordoz: a gyász fájdalmát és a megkönnyebbülés tapasztalatát egyszerre (Meulewaeter et al., 2022). Ez arra is rávilágít, hogy a gyász nem egy lineáris, végponttal záruló folyamat, amit a résztvevők által megfogalmazott elképzelések – miszerint a teljesen feldolgozott „tíz-es szint” sokszor elérhetetlen – tovább erősítenek. A szakirodalom ezt a gyász folyamatos önreflexiót erősítő, újraértelmeződő természeteként írja le.

IRODALOM

- ALLEN, K., MELENDEZ-TORRES, G. J., FORD, T., BONELL, C., FINNING, K., FREDLUND, M., GAINSBURY, A., & BERRY, V. (2022): Family focused interventions that address parental domestic violence and abuse, mental ill-health, and substance misuse in combination: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(7), e0270894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270894>
- BETHLEHEM, J. (2010). Selection bias in web surveys. *International Statistical Review*, 78(2), 161–188. <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.2010.00112.x>
- BRAUN, V., & CLARKE, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- CALHOUN, S., CONNER, E., MILLER, M., & MESSINA, N. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: A review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 15–24.
- FEKETE-GÁL, M., MATUSZKA, B., & MAKARA, M. (2022): *A pofonoktól a tülig – a negatív gyermekkori élmények és a szerhasználat* (<https://drogkutato.hu/drogzemle/a-pofonoktol-a-tuig-a-negativ-gyermekkori-elmenyek-es-a-szerhasznalat/>).

- FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P., & MARKS, J. S. (2019): Reprint of: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786.
- KOVÁCS-TÓTH, B., & KURITÁRNÉ SZABÓ, I. (2023): Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek-és serdülőkorban. *Orvosi Hetilap*, 164(37), 1447–1455.
- KUPPENS, S., MOORE, S. C., GROSS, V., LOWTHIAN, E., & SIDDAWAY, A. P. (2020): The enduring effects of parental alcohol, tobacco, and drug use on child well-being: A multilevel meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 32(2), 765–778.
- MCLAUGHLIN, A., CAMPBELL, A., & MCCOLGAN, M. (2016): Adolescent Substance Use in the Context of the Family: A Qualitative Study of Young People’s Views on Parent-Child Attachments, Parenting Style and Parental Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 51(14), 1846–1855. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1197941>
- MEULEWAETER, F., DE SCHAUWER, E., DE PAUW, S. S., & VANDERPLASSCHEN, W. (2022): “I grew up amidst alcohol and drugs:” a qualitative study on the lived experiences of parental substance use among adults who developed substance use disorders themselves. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 768802.
- MUCSI G., BÉKÉSI T., KASSAI SZ., & JANCSÁK CS. (2025). Szenvedélybeteg családban felnőtt gyermekek veszteségélményei. *Kharón Thanatológiai Szemle*, XXIX. (2), 1-23.
- MUIR, C., ADAMS, E. A., EVANS, V., GEIJER-SIMPSON, E., KANER, E., PHILLIPS, S. M., SALONEN, D., SMART, D., WINSTONE, L., & MCGOVERN, R. (2023): A Systematic Review of Qualitative Studies Exploring Lived Experiences, Perceived Impact, and Coping Strategies of Children and Young People Whose Parents Use Substances. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3629–3646. <https://doi.org/10.1177/15248380221134297>
- NEGER, E. N., & PRINZ, R. J. (2015): Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 39, 71–82.
- OMKARAPPA, D. B., & RENTALA, S. (2019): Anxiety, depression, self-esteem among children of alcoholic and nonalcoholic parents. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(2), 604–609.
- PAROLIN, M., SIMONELLI, A., MAPELLI, D., SACCO, M., & CRISTOFALO, P. (2016): Parental substance abuse as an early traumatic event. Preliminary findings on neuropsychological and personality functioning in young drug addicts exposed to drugs early. *Frontiers in Psychology*, 7, 887.
- RODHAM, K., FOX, F., & DORAN, N. (2015): Exploring analytical trustworthiness and the process of reaching consensus in interpretative phenomenological analysis: Lost in transcription.

International Journal of Social Research Methodology, 18(1), 59–71.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2013.852368>

ROSSOW, I., FELIX, L., KEATING, P., & MCCAMBRIDGE, J. (2016): Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397–405. <https://doi.org/10.1111/dar.12319>

RUSBY, J. C., LIGHT, J. M., CROWLEY, R., & WESTLING, E. (2018). Influence of parent–youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 310.

VELLEMAN, R., & TEMPLETON, L. J. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: An update. *BJPsych Advances*, 22(2), 108–117.

A tanulmány elkészítését támogatta az SZTE IKIKK Társadalmi Felelősségvállalás Kompetenciaközpont.

Dr. Kassai Szilvia^{1,2}, egyetemi adjunktus

Dr. Mucsi Georgina^{2,3}, egyetemi adjunktus, szociális munkás, gyászkiérő
levelező szerző: mucsi.georgina@pte.hu

Békési Tímea^{2,4}, addiktológiai konzultáns, gyászkiérő, metamorphoses meseterapeuta

Belányi Boglárka^{2,5} ötödéves orvostanhallgató

Dr. Jancsák Csaba^{2,6}, tanszékvezető, egyetemi docens

¹ Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar,
Magatartástudományi Intézet, Szeged

² Szegedi Tudományegyetem, Interdiszciplináris Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválósági
Központ, Interdiszciplináris Családtudományi Kutató- és Fejlesztő Központ, Szeged

³ Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Közösségi és Szociális
Tanulmányok Tanszéke, Pécs

⁴ Magánrendelés, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Addiktológiai Tanszék,
Budapest

⁵ Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar,
Magatartástudományi Intézet

⁶ Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott
Társadalomtudományok Tanszék, Szeged

1. számú melléklet: A félig strukturált interjú teljes kérdéssora

1. Az előző kutatási részben Ön kitöltötte a kérdőívet, ami lényegében egy írásos interjúhoz hasonlított. Az írás, élettörténete megfogalmazása milyen hatást gyakorolt Önre?
2. A gyermekkori énjéről szeretném Önt kérdezni, ha visszatekint a gyerekkorára, hogyan látja magát?
3. Hogyan látta magát a szülő elvesztésekor, a halálát követő időszakban?
4. Hogyan alakult a családi rendszer működése, a családi kapcsolatok a veszteség(ek) után? (pl. testvérkapcsolat, gyermeki szerep, párkapcsolat, szülőszerep)
5. Kérem, emelje ki, mi/mik voltak azok, amelyek leginkább segítettek a veszteségei feldolgozásában!
6. Saját feldolgozási útját hogy értékeli jelenleg 1-10-ig terjedő skálán, hol tart most? (Ha alacsony számot mond, meg lehet kérdezni, hogy mit gondol, mi segítene, hogy ez egy magasabb szám legyen. Ha magas számot mond, 7-8-at, akkor is meg lehet kérdezni, hogy milyen jó, hogy ilyen magas számot mondott, mi segítette ebben, hogy ezt elérje, mit gondol, mi kellene ahhoz, 9-10-et mondjon, el tudja-e képzelni, hogy egyszer ott fog tartani).
7. Hogyan látja magát most, ebben az élethelyzetben, hogyan tekint önmagára? Ha összehasonlítja magát gyermekkori önmagával, változott-e valami, ha igen, mi változott?
8. Ha mindkét szülőjét függőségben veszítette el, lát-e különbséget, s ha igen, milyet, az elgyászolásukban?
9. Útravalóul mit üzen a sorstársaknak, akik még az út elején állnak?

FARKAS JÚLIA

Gyász, veszteség, remény és újrarendeződés termékenységi krízisben

Összefoglalás ♦ A vágyott gyermekáldás elmaradása, a hosszan tartó kezelések, a kapcsolódó testi és pszichés terhek egzisztenciális válságot idézhetnek elő az érintett pároknál. A tanulmány célja egy új fogalom, a diádikus cselekvési potenciál bevezetése és elméleti megalapozása, amely a párkapcsolati értelemkeresés logoterápiás, reményelméleti és diádikus megközelítésű integrációjára épül. Három fő pilléren nyugszik az elmélet: Frankl logoterápiáján és beállítódási értékein, Snyder reményelméletének kognitív-motivációs modelljén, valamint Bodenmann diádikus megküzdés elméletén. A személyes hatóerő (agency) és a megoldási utak (pathways) közös, értékalapú aktiválódásaként értelmezi a krízishelyzetet átélő pár egzisztenciális válaszképességét. A fogalom empirikus megalapozását 14 mélyinterjú és az ahhoz kapcsolódó kérdőíves vizsgálat adja, amelyek a termékenységi krízis különböző megélési mintázatait vizsgálják. A tanulmány támpontokat ad a termékenységi nehézségben gyászt és veszteséget feldolgozó logoterápiás szemléletű egyéni- és párkonzultáció számára.

Kulcsszavak: termékenységi krízis, veszteség, értelem, remény, diádikus cselekvési potenciál

Grief, Loss, Hope, and Reorganization in Fertility Crisis

Summary ♦ Involuntary childlessness, prolonged infertility treatments, and their associated somatic and psychological burdens can precipitate an existential crisis for affected couples. This study introduces and theoretically grounds a new concept, the dyadic potential for meaningful action, which integrates logotherapy, hope theory, and dyadic coping within a couple-focused search for meaning. The framework rests on three pillars: Frankl's logotherapy and attitudinal values, Snyder's cognitive-motivational model of hope, and Bodenmann's theory of dyadic coping. We construe couples' existential responsiveness in crisis as the shared, value-anchored activation of agency and pathways. Empirical grounding is provided by 14 in-depth interviews supplemented by questionnaire data, examining diverse patterns of

experiencing fertility-related crisis. The study offers implications for logotherapy-informed individual and couple consultation working through grief and loss in the context of fertility difficulties.

Keywords: fertility crisis, loss, meaning, hope, dyadic potential for meaningful action

1. Bevezetés

A termékenységi nehézség nem csupán biológiai vagy orvosi természetű kihívás, hanem egy mélyen egzisztenciális krízis, amely az identitás, a jövőkép és a kapcsolati értékrend újrainvitását kényszeríti ki (Cousineau és Domar, 2007; Szigeti és Konkoly Thege, 2012; Szigeti, 2020). A gyermekáldás elmaradása, a megélt vetélés vagy a szülői szerepek meghiúsulásának fenyegetése ismétlődő veszteségélményekhez, és anticipált gyászhoz vezethet (Domar et al., 1993; Yazdani et al., 2017). A nemzetközi és hazai pszichológiai szakirodalom egyaránt megerősíti, hogy ezek a tapasztalatok jelentősen emelik a szorongás, depresszió és kapcsolati diszfunkciók rizikóját (Ali et al., 2018; Boivin et al., 2007; Szigeti, 2020). Ez a krízis magában hordozza a beavatkozások sorozatos kudarcainak és mellékhatásainak tűrését, a fogantatás elmaradásából vagy a magzatvesztésből fakadó fájdalom dimenzióját.

A gyermekes élet lehetőségének bizonytalansága vagy meghiúsulása, és a megváltozó identitás kérdései a halál dimenziójával való szembesüléssé válnak (Vehling et al., 2013). A szülői szerepre irányuló értelemlehetőség kiürülése az önazonosság alapjait érintheti személyes és a párkapcsolati szinten is (Peterson et al., 2012).

A logoterápia és egzisztenciaanalízis szempontjából ez a sorshelyzet olyan „értelemvákuumot” teremt, amely egyben lehetőség a noetikus (szellemi) dimenzió kibontakoztatására is (Frankl, 2006; Lukas, 2011). Frankl klasszikus tétele szerint „minden elvehető az embertől, kivéve egyet: azt, ahogyan a helyzetére reagál” (Frankl, 1959/1985: 86). Ez a belső válaszképesség – beállítódási értéként – különösen akkor aktiválható, amikor a szenvedés elkerülhetetlen és az ember kénytelen a megváltoztathatatlan elfogadására, értelmezésére fókuszálni. A logoterápia hangsúlyozza, hogy a jövőbe vetett remény, az élet iránti felelős attitűd és az értékek mentén történő cselekvés – még veszteség esetén is – képes fenntartani a személyes és kapcsolati integritást (Feldman és Snyder, 2005; Lukas, 2011). Ennek a lehetőségét járjuk körül a tanulmányban, a cselekvési potenciál diádikus működését vizsgálva, amely fogalomrendszer részletes elméleti megalapozását a következő fejezet tartalmazza.

2. Elméleti keretek

2.1 Az értelmet kereső ember és a noetikus szabadság

Viktor E. Frankl logoterápia és egzisztenciaanalízis elmélete szerint az ember alapvető motivációja az élet értelmének megtalálására irányul (Frankl, 1984, 2006). A termékenységi krízis különösen érzékeny helyzet ebből a szempontból, hiszen olyan törést idéz elő az egyéni és kapcsolati narratívában, amely próbára teszi az értelem megszokott forrásait – különösen a gyermekvállalást mint alkotói értéket.

Frankl három értéktípust különít el: az alkotói értékek az aktív cselekvéshez és az életformáláshoz, az élményértékek az érzékileg és érzelmileg megélt tapasztalatokhoz, míg a beállítódási értékek a szenvedéssel való megküzdéshez kapcsolódnak (Frankl, 1984). A termékenységi nehézség esetén gyakran az első kettő részlegessé vagy elérhetetlenné válik – a hangsúly ezért áttevődik a beállítódási értékekre: arra, hogyan viszonyul az ember ahhoz, amit nem tud megváltoztatni, mert az ember noetikus (szellemi) dimenziója akkor is aktív marad, amikor a testi-lelki tartalékok kimerülnek.

Elisabeth Lukas (2002) hangsúlyozza, hogy az élet minden körülmények között értelmes lehet – feltéve, hogy az ember képes dönteni a saját belső hozzáállásáról. A termékenységi krízis során a párkapcsolatban is előtérbe kerül ez a kérdés: hogyan lehet közösen az attitűdváltoztatás révén egy új, közös életértelmet találni? A logoterápia eszközei – az attitűdváltoztatás szabadsága, a közös érték- és emlékfelidézés – ezekben a helyzetekben támogatják a pár tagjait abban, hogy a fájdalmat méltósággal és összetartozással viseljék (Puchalski, 2013; Graber, 2016).

2.2 Reményelmélet: a célirányos gondolkodás szerepe

A remény két fő komponensből áll Snyder (2002) kutatása szerint: a személyes hatóerőből (agency) és az útkeresési képességből (pathways). Ez a modell nem csupán reménykedést jelent, hanem aktív mentális cselekvést: a célok kitűzését és a hozzájuk vezető utak tudatos keresését. A termékenységi nehézséggel küzdő párok számára különösen fontos, hogy a remény nem pusztán egy érzés, hanem az élet újraszervezésének belső erőforrása, amely a krízis során új célok kijelölésében, alternatív szülői szerepek (örökbefogadás, nevelőszülőség) elfogadásában vagy új életértelmek megtalálásában játszhat szerepet (Snyder, 2002; Bailey és Snyder, 2007).

2.3 A kapcsolatból fakadó értelemforrások - diádikus megküzdés

A diádikus megküzdés elmélete (Bodenmann, 1995, 2005) kimondja: a párok nem csupán egyéni módon küzdenek meg a stresszel, hanem közös erőfeszítésekkel is: kommunikáció, empátia, támogatás révén. A párkapcsolat mint rendszer védőfaktoroként funkcionálhat a termékenységi stressz során – különösen akkor, ha a felek képesek egymás érzelmi szükségleteire válaszolni. A tartós, elkötelezett kapcsolatokban magasabb életelégedettség és erőteljesebb reményszint mérhető (Bailey és Snyder, 2007), ami azt jelzi, hogy a kapcsolati kohézió önmagában is forrása lehet az értelem- és reménymegőrzésnek. Az értelem-orientált párterápiás megközelítések (Farkas és Barcsi, 2025) rámutatnak, hogy a kapcsolatot krízisek idején újra lehet értelmezni – nem kudarcként, hanem közös értelemkeresésként.

A fentiekben felvázolt elméleti keret kijelöli azt a hármas fogalmi tengelyt – az értelem, a remény és a közös megküzdés – amelyre a diádikus cselekvési potenciál fogalma épül. Az elméleti integráció célja nemcsak a szakirodalmi megalapozás, hanem a fogalom alkalmazhatóságának előkészítése is. A következőkben ezen új fogalom működését empirikus anyagunk tükrében vizsgáljuk meg, kvalitatív és kvantitatív eredmények összehangolt értelmezésén keresztül.

2.4 Az egyéni cselekvési potenciál fogalma

A cselekvési potenciál (Farkas és Barcsi, 2025) fogalma egy értelem- és reménykutatás eredményeképpen született meg a Frankl-féle beállítódási érték és a Snyder-féle reménymodell logoterápiásan értelmezett metszetében. Ez a fogalom olyan belső szellemi kapacitást jelöl, amelynek segítségével az egyén – és diádikus térben a pár – az értelem megvalósítására irányuló, konkrét, értékalapú cselekvéseket hoz létre még akkor is, ha a szenvedés elkerülhetetlen. A cselekvési potenciál elméleti újdonsága abban rejlik, hogy a személyes hatóerőt (agency) és a megoldási utak keresését (pathways) nem csupán egyéni szinten vizsgálja, hanem a „mi”-azonosság keretében. Ebben a szemléletben a közös döntés, a közös attitűd és a közös reménykeresés válik kulcsfontosságúvá – különösen olyan egzisztenciális krízisek esetén, mint a termékenységi nehézség.

A logoterápia hangsúlyozza, hogy az ember nem pusztán reagál a világra, hanem képes értelmet is teremteni benne (Lukas, 2011). Ez a képesség – a szellem dacoló hatalma – a párkapcsolatban is aktiválódhat: amikor a felek egymás támogatásán keresztül nem csupán a veszteség túlélését célozzák meg, hanem a cselekvési potenciállal közös erőfeszítést tesznek. A fogalom először a *Tanulmányok* című nemzetközi folyóiratban angolul (potential for meaningful action) jelent meg (Farkas és Barcsi, 2025). Jelen tanulmány ezt a fogalmat

diádikus szintre bővíti. A párokra alkalmazott cselekvési potenciál fogalma – amely ebben a tanulmányban kerül első ízben közlésre – három elméleti pilléren nyugszik: Frankl beállítódási érték (1997) elméletén, Snyder kognitív-motivációs modelljén (2002) és a Bodenmann-féle diádikus megküzdés (1995, 2005) koncepcióján. E három forrás egymást kiegészítve világít rá arra, miként válhat a krízis az értelem kibontakozásának színterévé. A diádikus és egyéni cselekvési potenciál aktiválása segítheti a párokat abban, hogy újra kapcsolódjanak önmagukhoz, egymáshoz és a jövőhöz.

A jelen tanulmány 14 interjúalany – köztük három pár – történetét elemezte, így összesen 11 pár krízistörténete rajzolódik ki. A kvalitatív és kvantitatív adatokat triangulációs módon vizsgálva hat kritikus pontot találtunk, amelyben a cselekvési potenciál dinamikája vagy megtörik vagy újraaktiválódik. Az eredmények megerősítik, hogy a cselekvési potenciál aktiválásával a párok képesek kilépni a passzív elszenvedés állapotából és elmozdulni az aktív, felelős cselekvés irányába. A töréspontok elemzése a logoterápiás párkonzultáció számára azonnali beavatkozási pontokat kínál, lehetővé téve, hogy a szakemberek a reményt és az értelmet integráltan alkalmazzák a logoterápiás munkában.

Mivel a vágyott cél, a gyermek – mint alkotói érték – létrejötte elmarad, a megküzdés fókusza a megmaradt értelemforrások felé tolódik. Kiemelten fontos szerepet kapnak az élményértékek (például a szeretet megélése, a párkapcsolat kohéziója), illetve különösen a beállítódási értékek. A beállítódási értékek teszik lehetővé, hogy az egyén a megváltoztathatatlan sorshelyzettel – mint amilyen a gyermektelenségből fakadó, betölthetetlen hiány és az anticipált gyász – szembeni hozzáállásának megváltoztatásával valósítson meg értelmet. Frankl (2006) kiemeli, hogy az ahogyan az ember a helyzetére reagál, az ember szellemi (noetikus) szabadságának gyakorlása, amely egyben a cselekvési potenciál első megnyilvánulása is. A szellem dacoló hatalma révén a pár képes lehet a megváltoztathatatlan veszteségre és szenvedésre is igent mondani az élet nevében (Frankl, 2006). Logoterápiás szempontból a diádikus cselekvési potenciál rámutat, hogyan válik a közös döntés, közös beállítódás és közös reménykeresés gyógyító erővé a párkapcsolati kontextusban – különös tekintettel a testi, lelki és szellemi dimenziók együttes jelenlétére.

2.5 A diádikus cselekvési potenciál

A diádikus cselekvési potenciál az értékalapú közös hatóerő (ágencia) és a megoldási lehetőségek (pathways) megtalálásának egysége, amely a ‘mégis’ beállítódásban testesül meg: a pár cselekvésre képes akkor is, amikor a veszteség nem visszafordítható. A cselekvési potenciál fogalma azáltal nyer elméleti újdonságot, hogy a Snyder (2002) féle kognitív-

motivációs modell horizontális síkját (személyes hatóerő és megoldási utak) a logoterápia vertikális, szellemi dimenziójához kapcsolja. Az alábbi táblázat megmutatja, hogy miben különbözik Klaus Bodenmann (1995, 2005) diádikus megküzdés fogalma (dyadic coping) a diádikus cselekvési potenciál (dyadic potential for meaningful action) koncepciójától.

Elem	Diádikus megküzdés	Logoterápia: diádikus cselekvési potenciál
Fókusz (dimenzionális sík)	Horizontális (pszicho-szociális): a stressz megosztott, közösen szabályozott feldolgozása kommunikáció és támogatás révén.	Vertikális és holisztikus: a szellemi (noetikus) dimenzió megerősítése. Hangsúlyozza a testi, lelki és szellemi dimenziók együttes jelenlétét a pár megélésében.
Alapvető mechanizmus	Stresszcsökkentés, érzelmi és gyakorlati (eszközjellegű) segítségnyújtás.	Értelemre adott aktív, értékalapú válasz. A cselekvési potenciál a szellemi dimenzióban gyökerező válaszképességet jelöli.
Nóvum /Különbség	A diádikus megküzdés logoterápiával kompatibilis kiterjesztése.	A „mégis” attitűd aktiválása teszi a szenvédést értelempotenciállá. Ez az egzisztenciális elköteleződés és a morális autonómia gyakorlása.

1. táblázat: a diádikus megküzdés és a diádikus cselekvési potenciál kapcsolata

A logoterápia hangsúlyozza, hogy az emberi lét holisztikus, vagyis a testi, lelki és szellemi dimenziók egységében valósul meg. A termékenységi krízisben tapasztalt anticipált és valós gyász során a szellemi dimenzió – vagyis a noetikus döntőképesség – különösen fontos szerepet tölt be. Amikor a testi-lelki erőforrások kimerülnek (például hiperreflexió, önvád, stressz), a szellem dacoló hatalma az, amely fenntartja a méltóságérzetet, és segít a pároknak abban, hogy a szenvedést értelmezhetővé, kezelhetővé és értelmessé alakítsák – aktiválva ezzel a cselekvési potenciált. Ez nem azonos a diádikus coping megközelítéseivel: a klasszikus stressz-válasz rendszerrel vertikálisabb, mert noetikus (szellemi) dimenziót emel a párkapcsolati cselekvés terébe. Frankl beállítódási értéke itt közös elköteleződésként jelenik meg („igen a kapcsolatra”). Snyder reményelméletével összevetve a diádikus cselekvési potenciál a közös ágenciát és a közös útvonal-keresést egyesíti, miközben az értékalap (beállítódás) „fölréndelt” marad a

kimenethez képest. Így érthető a „mégis”: amikor a fájdalom a beállítódási értékkel találkozik, az értelem és remény megjelenik a cselekvési potenciálban – nem a fájdalom megszüntetéseként, hanem annak hordozhatóvá formálása révén.

2.6 A diádikus cselekvési potenciál thanatológiai vonatkozásai

A szakirodalom a termékenységi veszteséget gyakran elvitatott gyászként (*disenfranchised grief*; Doka, 2002) és kétértelmű veszteségként (*ambiguous loss*; Boss, 2006) írja le: a veszteség társas elismerése hiányos, tárgya pedig nehezen megragadható. A gyász kettős folyamat modellje szerint (Stroebe és Schut, 1999, 2010) az alkalmazkodás a veszteség- és a helyreállítás-orientált fókusz váltakozására épül; a termékenységi kontextusban ez a váltakozás gyakran elakad. A logoterápia dimenzionálonológiai kerete – a noetikus dimenzió és a beállítódási érték – ehhez vertikális összetevőt ad: visszafordíthatatlan veszteség közegében is értelem-orientált válaszokat tesz lehetővé (Frankl, 2006; Lukas, 2011). E tanulmány ebből vezeti le a diádikus cselekvési potenciált: a pár közös értékalapú beállítódását, közös hatóerejét és útkeresését, valamint az értelmet fenntartó rítusokat, amelyek együtt képesek a gyász-helyreállítást segíteni, és a veszteség új narratíváihoz, illetve a folytatódó kötelékek (*continuing bonds*) mintázataihoz vezetnek (Klass, Silverman és Nickman, 1996; Neimeyer, 2001). A következőkben a módszertani szakasz bemutatja, miként vizsgáltuk mindezt a termékenységi veszteség kontextusában.

3. Módszertan

3.1 Kutatási design: a kibontakozó (*unfolding*) logika

Jelen kutatás egy kvalitatív dominanciájú, kibontakozó logikát (Creswell és Plano Clark, 2018; Teddlie és Tashakkori, 2009) követő, vegyes módszertani megközelítést alkalmazott. Ez a design tudatosan építkezett, mivel Frankl logoterápiás elméleti kerete megköveteli az emberi tapasztalatok minőségi mélységének feltárását (kvalitatív vizsgálat), mielőtt az értelem és remény dimenzióit kvantitatív módon elemeznénk. A kibontakozó logika (kvalitatív → kvantitatív → kvalitatív) központi jelentőségű volt: a kutatás első fázisában a narratív elemzés olyan értelem- és reménymintázatokat mutatott meg, ami elvezetett a cselekvési potenciál fogalmának megszületéséhez (Farkas és Barcsi, 2025). Ez az új logoterápiás konstruktum vezetett a diádikus megközelítés felé, vagyis ahhoz, hogy ez a szellemi dimenzióban gyökerező erő miként működik a párok esetén a termékenységi nehézség speciális élethelyzetében.

3.2 Mintavétel és résztvevők

A vizsgált 14 retrospektív interjúból 11 párkapcsolati történet rajzolódott ki. Az interjúk hossza 60–90 perc között mozgott. A cél az volt, hogy a résztvevők saját narratívájukban, reflexív módon fogalmazzák meg a termékenységi nehézséggel kapcsolatos tapasztalataikat, különös tekintettel a veszteségekre, döntési helyzetekre és a kapcsolatuk dinamikájára. A visszaemlékezés az identitás-rekonstrukciós funkciója révén ad információt a jelenbeli értelem–remény mintázatairól. A termékenységi krízis során a veszteség mindkét felet érinti, ezért a diádikus értelmezés az elemzés szintjére, nem pedig az adatfelvétel formájára utal (minden esetben egyéni és nem páros interjú történt).

3.3 Etikai megfontolások és kizárási kritériumok

A termékenységi nehézség súlyos érzelmi és egzisztenciális vetületű téma, ezért a kutatás során kiemelt figyelmet fordítottunk az etikai szempontokra, különösen a „Ne árts!” bioetikai alapelvének szellemében történő, kíméletes adatfelvételre. Az akut érzelmi terhelés minimalizálása érdekében nem vontunk be akut krízisben lévő személyeket, valamint fennálló terhesség esetén sem vettünk fel interjút.

A vizsgálatot az “Értelem és remény védőfaktor szerepe stresszhelyzetben” című, az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB) engedélyével végeztük (engedélyszám: BM/12939-1/2024). A kutatás a Helsinkai Nyilatkozat elvei szerint valósult meg, a résztvevők tájékozott beleegyezésével. A hangfelvételekhez és az átiratokhoz csakis a cikk szerzője, egyben az interjúkat felvevő kutató, valamint a kutatás vezetője juthatott hozzá. Az anonimitást álnevek használatával biztosítottuk, az adattábláinkban pedig azonosító kódot használtunk. A narratív idézetekből nem használtunk fel olyan párspecifikus intim részleteket, amelyek az interjúalanyokat azonosíthatóvá tennék a környezetükben. A TUKEB engedélyes kutatásban összesen 24 fő vett részt, ennek egyik alcsoportját jelentette a 14 termékenységi nehézséget megélő résztvevő. Az alcsoport komplex elemzése jelen tanulmányban történik először.

3.4 Mérészközök és elemzési logika

Az adatok feldolgozásában a vegyes módszertani megközelítésnek megfelelően a narratívák mélységi elemzését kvantitatív mérésekkel egészítettük ki. Jelen kutatás három, nemzetközileg validált, magyar adaptációval rendelkező pszichológiai skálát alkalmazott: az Élettel Való Elégedettség Skálát (Satisfaction With Life Scale – SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, és Griffin, 1985; Martos és Dészfalvi, 2022), az Élet Értelme Kérdőívet (Meaning in Life

Questionnaire – MLQ) (Steger, Frazier, Oishi, és Kaler, 2006; Csuka és Konkoly Thege, 2022), valamint a Remény Skálát (Adult Hope Scale – AHS) (Snyder et al., 1991; Martos és Szabó, 2022). A kérdőívek pontszámai kvantitatív alapot szolgáltattak a kvalitatív elemzés triangulációjához.

Eszköz	Mit mér	Alskálák	Ponttartomány
Satisfaction With Life Scale (SWLS)	Élettel való elégedettség	Globális elégedettség	5–35 pont
Adult Hope Scale (AHS)	Remény	Személyes hatóerő, megoldási utak	4–32 pont / alskála
Meaning in Life Questionnaire (MLQ)	Értelem	Értelem megélése, Értelem keresése	5–35 pont / alskála

2. táblázat: a kutatásban használt három kérdőív

A narratív anyag elemzésére reflexív tematikus elemzést alkalmaztunk, melyet Braun és Clarke (2006) módszere alapján végeztünk. A kódolás iteratív és induktív módon zajlott, rögzített kategóriarendszereket alkalmazva: a logoterápiás értékdimenziókat (különösen a beállítódási értéket), a remény személyes hatóerő és megoldási utak komponenseit, valamint a cselekvési potenciál indikátorait (közös döntés, kommunikáció, támogatás, rituálék). A trianguláció módszere a számok és a történetek közötti dialógust teremtette meg. A kvantitatív adatok (SWLS, AHS, MLQ pontszámok) és a kvalitatív narratívák összevetése biztosította az elemzés belső konzisztenciáját, és lehetővé tette, hogy a cselekvési potenciál fogalma tudományos megalapozottságot nyerjen. Az adatok integrációjának legmagasabb szintje, a meta-inferencia (összegző, kevert módszertani következtetés) volt a cél, amelyben a két adattípus összehangolásával egységes, mélyebb válasz születik a kutatási kérdésre. A kvalitatív és kvantitatív rétegek közti dialógus nem pusztán trianguláció, hanem értelmező összekapcsolás, amely a logoterápiás hasznosíthatóságot szolgálja.

4. A kvantitatív és kvalitatív eredmények és ezek triangulált értelmezése

A módszertanban bemutatott kérdőívek számszerű eredményeit, és az interjúk alapján kirajzolódó megélt kapcsolati dinamikát a 3. táblázat tartalmazza. A trianguláció a konvergencia és koherencia ellenőrzésére szolgált.

4.1 Interjúk tapasztalatai

A teljes vizsgálati mintából (N =24) kiemelt termékenységi nehézséggel küzdők alcsoportja (N =14) elemzésének célja az, hogy az értelem és a remény dimenzióin keresztül feltárja a cselekvési potenciál spontán működését. Öt résztvevő (5/14) esetében a partner nem vett részt az interjún, a házasság a termékenységi krízis következtében felbomlott. (Két esetben a gyermek megszületése sem bizonyult elégségesnek a kimerült kapcsolat egyben tartásához.) Az elemzett narratívák azt mutatják, hogy a termékenységi krízis aktív tényezőként járult hozzá a kapcsolat megszakadásához. Öt kapcsolat (5/14) tehát válással végződött, a kilenc (9/14) házasságban élő interjúalany közül hat fő alkotott diádot (náluk mind a két házastárssal interjú készült), három főnél a partner nem vállalt interjút. (A 3. táblázatban jelöltük az egymáshoz tartozó partnerek interjút.) Ez a struktúra lehetővé tette, hogy a diádikus és az egyéni cselekvési potenciált összehasonlítsuk: egyrészt a párszintű döntések, másrészt az egyéni és közös erőforrások és beállítódások felől. A következő táblázat összefoglaló mutatói a jóllét, a remény és az értelem fő dimenzióit adják vissza. A „Kapcsolati kimenet” oszlop szorosan együtt fut a cselekvési potenciál azonosított mintázataival: ott, ahol a pár értékalapon újra meghozta a közös döntéseit, és megjelenik a gyász és a helyreállítás egyaránt, a kapcsolat tartóssá vált; ahol mindez szétesett, a kimenet jellemzően elidegenedés vagy szakítás lett.

Ssz.	Álnév	Társ kódja	SWLS Jóllét	AHS Hatóerő	AHS Utak	MLQ Megélés	MLQ Keresés	Kapcsolati kimenet
3	Kornél	4	32	30	32	27	6	Kölcsönös erősödés
4	Boróka	3	30	27	29	26	33	Kölcsönös erősödés
5	Bálint	6	22	20	18	23	29	Kapcsolat elidegenedéssel (nincs gyermek)

6	Zsófia	5	12	7	8	5	20	Kapcsolat elidegenedéssel (nincs gyermek)
7	Ábel	8	28	23	28	26	32	Kapcsolat ambivalens megélése
8	Luca	7	25	20	14	22	28	Kapcsolat ambivalens megélése
9	Blanka	–	26	18	22	24	35	Válás (nincs gyermek)
10	Mira	–	27	25	26	26	30	Válás (nincs gyermek)
11	Alex	–	27	24	24	20	28	Válás (nincs gyermek)
12	Kata	–	19	25	23	18	25	Kapcsolat teljes elidegenedéssel
13	Anna	–	22	25	26	27	17	Kapcsolat ambivalens megélése (nincs gyermek)
14	Rebeka	–	30	29	30	28	5	Válás (gyermekszülés után)
15	Kitti	–	30	26	26	27	26	Válás (gyermekszülés előtt)
21	Csenge	–	21	24	26	26	28	Kapcsolat érzelmi távolsággal

3. táblázat: a kutatásban résztvevők pontszámai és a kapcsolat kimenetele az eredeti kutatási sorszámmal

4.2 A cselekvési potenciál mintázatai a numerikus és narratív adatok metszéspontjában

A cselekvési potenciál, mint a közös, értékalapú megküzdési képesség működése a fenti táblázat numerikus profiljainak és a narratívák összevetéséből nyer értelmet. Az adatok alapján a kapcsolat kimenetele attól függött, sikerült-e a pároknak közös személyes hatóerőt és közös megoldási utakat létrehozniuk, még a legnagyobb egzisztenciális fenyegetettség idején is. A három diád összevetése azt mutatja, hogy a kapcsolat kimenetele akkor volt kedvező, amikor egyidejűleg állt rendelkezésre a magas személyes hatóerő és a megoldási utak (remény); az értelem megélésének stabil szintje (nem csupán intenzív keresés); olyan közös beállítódás, amely a krízisben is „igen”-t tudott mondani a kapcsolatra.

Amikor a fenti komponensek aszimmetrikusan vagy kimerülten jelentek meg, a cselekvési potenciál elapadt, és ambivalens vagy elidegenedéssel terhelt fennmaradás lett jellemző.

4.2.1 Kornél–Boróka: magas koherencia, kölcsönös erősödés

→ Numerikus profil: mindkét félnél magas étellel való elégedettség és remény (Kornél: SWLS 32; Hatóerő 30; Utak 32; Boróka: SWLS 30; Hatóerő 27; Utak 29). Az értelem megélése stabil (27; 26). Figyelemre méltó a komplementer értelem-keresés: Kornélnál alacsony (6), Borókánál kifejezetten magas (33).

→Értelmezés: ez a komplementer mintázat funkcionális munkamegosztást jelez a remény dimenzióiban. Kornél a stabil, megélt értelemre és a közös értékalapra (attitűdérték, kapcsolati igen) fókuszálva „lehorgonyozza” a diád noetikus tartását, Boróka pedig a magas kereső energiával kiszélesíti a közös megoldási lehetőségeket (információgyűjtés, alternatívák, B-tervek). Ez a közös attitűd aktiválja a diádikus cselekvési potenciált, amely egyszerre stabil és rugalmas. A noetikus (szellemi) dimenzió – a döntés szabadságának tere – nem merevíti meg a rendszert, hanem értékalapú irányt és elmozdulást tesz lehetővé.

→A segítő kapcsolatban: mivel a pár „kettős remény”-nyelve jól működik, érdemes ezt erősíteni, hogy a mintázat a későbbi életciklus-váltásoknál is fenntartható maradjon.

4.2.2 Bálint–Zsófia: aszimmetria és kimerülő cselekvési potenciál

→ Numerikus profil: nagyon alacsony mutatók Zsófiánál látszanak (SWLS 12; Hatóerő 7; Utak 8; Megélés 5; Keresés 20), míg Bálint középmezőny alatti–közepes szinten áll (SWLS 22; Hatóerő 20; Utak 18; Megélés 23), miközben magas az értelem-keresése (29).

→ Értelmezés: ez a konfiguráció a „kereső–kimerült” diádikus kombináció tipikus képe. Bálint magas keresés-szintje könnyen vezethet projektszerű (mechanikus) megküzdéshez, ha

nincs mögötte Zsófia oldalán legalább minimális megélés és hatóerő. Zsófia extrém alacsony megélése és hatóereje a logoterápiás értelemben attitűdérték-deficitet jelez (az önhibáztatás–hiperreflexió spirálja valószínű). Így a cselekvési potenciál diádikus szinten szétesik: a közös hatóerő (ágencia) nem áll össze, az útvonal-képzés egyoldalú marad, a diád pedig formálisan fennmarad, de érzelmi elkülönüléssel.

→ A segítő kapcsolatban: elsődleges cél lehet Zsófiánál az attitűdérték és a mikro értelemmegélés emelése (dereflexió, erőforrás-identifikáció, „kicsi, sikeres lépések”), Bálintnál a keresés → megélés arány javítása. Párszinten: értéktérkép, rövid kapcsolati rítusok.

4.2.3 Ábel–Luca: ambivalens megélés, részleges cselekvési potenciál

→ Numerikus profil: Ábelnél összességében kedvező a kép (SWLS 28; Hatóerő 23; Utak 28; Megélés 26; Keresés 32). Lucánál közepes jóllét és megélés (SWLS 25; Megélés 22), közepes hatóerő, viszont alacsony útvonal-képzés (Utak 14) – miközben a keresés nála is magas (28).

→ Értelmezés: a diád „félérős” cselekvési potenciált mutat: a személyes hatóerő mindkét félnél megvan, de a megoldási utak szintjén Luca beszűkül, ami a magas keresés mellett disszonanciát kelt: kevés a konkrét, közösen hordozható lépés. Ez magyarázza a szubjektív ambivalenciát: a kapcsolat tart, de a közös irányélmény ingadozik.

→ A segítő kapcsolatban: célzottan közös megoldási utak generálása, és heti rövid rítusok kidolgozása az érzelmi kohézióra. Ábelnél fontos, hogy a magas keresés ne vigye el túlzottan a fókusz a megélés rovására; Lucánál a „kis lépések” stratégiája növeli a sikerélmény-sűrűséget, ami a megoldási utak pontszámait is felhúzhatja.

4.2.4 Összefüggések

→ Kornél–Boróka a magas koherencia mintája: a cselekvési potenciál egyszerre horgony és vitorla (stabil megélés és rugalmas keresés).

→ Bálint–Zsófia aszimmetrikus: a diádikus cselekvési potenciál nem áll össze, ezért a fennmaradás elidegenedéssel jár.

→ Ábel–Luca „félérős” diád: a személyes hatóerő megvan, de a megoldási lehetőségek alacsony szintje ambivalens élményt eredményez.

4.3 A veszteség és fájdalom nyelvtana: a cselekvési potenciál megtörése

Az interjúalanyok álnéven szerepelnek; a zárójelben a párkód (ha van). Az idézeteket szó szerint közöljük. A termékenységi krízisben megélt fájdalom nem csupán kísérő jelenség, hanem az a közeg, amelyben az értelem és a remény diádikus egysége – a cselekvési potenciál – láthatóvá válik. Az alábbi idézetkorpusz négy érzelmi–egzisztenciális mezőt rajzol ki:

önértékelés és egzisztenciális fájdalom, harag és kétség, magány és elidegenedés, a szenvedés transzformációja. Ezek együtt mutatják meg, hol törik meg a cselekvési potenciál, és hol aktiválható újra.

4.3.1 Önértékelés és egzisztenciális fájdalom (hiperreflexió, szégyen, veszteség)

A szégyen–önvád spirálja attitűdérték-deficitet jelez: amikor az énérték a termékenység képességére szűkül, az értelem megélése összeomlik, és a cselekvési potenciál elapad.

Selejt nő vagyok, aki nem tud gyereket szülni, az értéktelen. (Zsófia, [párkód 5–6])

Selejtként éreztem magam. (Zsófia, [5–6])

Nagyon-nagyon le voltam törve, és nagyon magam alatt voltam. (Bálint, [5–6])

A baba elvesztését nagyon nehezen éltem meg. (Kitti, [15])

Nem volt bennem semmiféle tudatosság, csak haladtam az eseményekkel. (Kitti, [15])

A vetélések akkora lelki teher voltak, hogy a felszabadulás végül a kapcsolat lezárása lett. (Kitti, [15])

Elvesztettük 8 hetesen... belecsúsztunk valamibe, ahonnan már nem tudtunk visszajönni. (Kitti, [15])

Elveszett parázslás volt benne; csak zakatolt, amíg meg nem állt. (Kata, [12])

Lehet, hogy alkalmatlan vagyok erre... (Zsófia, [5–6])

Mindent elnyomok; kérdésekkel segíthettek volna, hogy piszkálva legyen. (Anna, [13])

Amikor a krízis az identitás negatív spirálját elindítja („alkalmatlanság” mint önmeghatározás), a diádikus cselekvési potenciál nem talál talajt: a közös hatóerő (ágencia) nem áll össze, mert az egyik fél „belső szobába zárja” a fájdalmat. A kiút első lépése ilyenkor a néven nevezett veszteség és a mikro-megélések (kicsi, biztosan kivitelezhető lépések) visszahozása.

4.3.2 Harag, düh és kétség (haragtranszfer, cselekvés-bénultság)

Haragszom mindenki másra, hogy ne [a páromra]... Istenre is. (Luca, [7–8])

Lenyelem... majd sírok, amikor [anya] nincs itt. (Luca, [7–8])

A doki belevágta a képembe: nincs szívhang. (Boróka [3–4])

Tehetlenség érzés volt, meg egy nagy harag bennem. (Ábel, [7–8])

Most nem hiszek magamban... a sikertelenségek nyomot hagytak. (Zsófia, [5–6])

Túlmunka és stressz miatt nem sikerült. (Zsófia, [5–6])

Miért nem tudom magamat beletenni... miért nem vagyok fontosabb én meg [a társ], mint a munka? (Zsófia, [5–6])

Szabad érezni a haragot, szomorúságot, gyászt. (Ábel, [7–8])

Nagyon sok düh feljött... amit nem tudtak csinálni az orvosok. (Kornél, [3–4])

A harag önmagában nem destruktív; akkor rombol, ha nincs közös nyelve (nincs „harag-jóvátétel kör”), és nem fordul át cselekvésbe (bocsánatkérés, felelősségvállalás, reális B-tervek). Ilyenkor a cselekvési potenciál projektszerű lesz az egyik oldalon, a másikon pedig benuátság alakul ki. A meg nem valósított értelem iránti törekvés negatív affektusokkal társulhat; gyakori a harag áthelyezése (Istenre, partnerre, orvosra), ami a közös döntésképeséget szétszedi.

4.3.3 Magány és fokozatos, csendes érzelmi eltávolodás („silent failure”)

A *fokozatos, csendes érzelmi eltávolodás* (silent failure) azt jelenti, hogy a kapcsolat formálisan fennmarad, miközben az értékalap és az érzelemmegosztás kikopik (párhuzamok: marital disaffection, emotional disengagement/demand–withdraw). Egyúttal a diádikus cselekvési potenciál lassú erózióját is jelenti.

Együtt maradtunk, de falak vannak. (Csenge, [21])

Valami fal volt közöttünk; nem tudtunk érzelmekről beszélni. (Blanka, [9])

Ez végtelenül erős magányt hoz. (Luca, [7–8])

Maradt a magány... a család sem értette. (Luca, [7–8])

Úgysem ériünk el semmit vele. (Ábel, [7–8])

Szőnyeg alá söpörve maradt. (Zsófia, [5–6])

Mi csak együtt lakunk. (Kata, [12])

Csak célirányosan. (Kata, [12])

Magánytól való félelem is itt van... (Alex, [11])

Ez az életközösség csak arra volt hivatott, hogy a fiunk létrejöjjön. (Rebeka, [14])

Ilyenkor a cselekvési potenciál nem törik össze látványosan, hanem elhallgat: nincs közös hatóerő, nincs közös útvonal. A helyreállítás kulcsa a néven nevezett magány és a mikro-rituálék (érintés, „veszteség-ablak” + „nem termékenység” randi) ritmizált bevezetése.

4.3.4 A szenvedés transzformációja

A logoterápiás „mégis” attitűd akkor válik működőképes mintává, amikor a fájdalom közösen hordozott tapasztalattá alakul, és irányt kap.

A fájdalomunk van, a másik ott van, ez erősödött. (Luca, [7–8])

Nekem ez egy olyan terület, ami nincs kipipálva. (Kitti, [15])

A remény folyamatosan ott volt... nem esélytelen a helyzet. (Ábel, [7–8])

Egymás közelségével tudtuk támogatni egymást. (Luca, [7–8])

Biztonság kellett volna, hogy valaki mondja: ez rendben van, ezt érezheted. (Ábel)

A gyerek érték... a gyerek az értelem. (Kitti, [15])

Jó lett volna nélküle, de a szenvedés nélkül nem jutottam el ide. (Csenge, [21])

Semmi egyébire ne figyelj, csak hogy ő mire vágyik... hogyan tehetem boldogabbá?

(Kornél, [3–4])

Isten újratervezést mutat... akárhányszor eltévedsz, újratervez. (Anna, [13])

Nem a gyerekből eredtettem a boldogságomat. (Anna, [13])

A transzformáció kulcsszavai: közelség, normalizálás, öntranszcendencia. E három együtt ad irányt a cselekvési potenciálnak: a „mi-igen” nem kimenethez kötött, hanem egymáshoz – ez az a fordulat, amely a krízisből kapcsolati érlelődést képes építeni.

4.4 A fájdalom megélése és a cselekvési potenciál kapcsolata

Nem a jelzett fájdalom erőssége, hanem a vele való bánásmód különítette el a párokat. A 14 termékenységi krízis elemzése három, jól elkülöníthető mintázatot mutatott a veszteséggel járó fájdalom közös feldolgozásában: a közös megélést, a fájdalom belül tartását és a gyász és a helyreállítás váltakozó megélését. A logoterápia nyelvén ez azt jelenti, hogy mennyire képes a pár közösen beállítódni a megváltoztathatatlanhoz, kimondani, hogy mihez húek, és ehhez mindennapi ritmusokat, cselekvési formákat rendelni. Ezt nevezzük diádikus cselekvési potenciálnak: annak a közös erőnek és mozgástérnek, amely akkor jön létre, amikor a felek a fájdalmat és egymást is valóban látják, és ennek hangot is adnak.

4.4.1 Közösen hordozott fájdalom

Amikor a felek közös nyelvre hozzák a veszteséget és testi–érzelmi közelséggel kísérik, a cselekvési potenciál rendszerint stabil marad.

A fájdalmunk van, a másik ott van, ez erősödött. (Luca)

Egymás közelségével tudtuk támogatni egymást. (Luca)

A remény folyamatosan ott volt... nem esélytelen a helyzet. (Ábel)

4.4.2 Belül tartott fájdalom

Ha a szenvedés az egyik fél belső projektje marad (önhibáztatás, szégyen), a másik pedig megoldáskereséssel távolodik, a kapcsolat aszimmetrikussá válik, és a cselekvési potenciál megbillen. Ezt jelzik a „fal” és az elhallgatás szavai:

Együtt maradtunk, de falak vannak. (Csenge)

Valami fal volt közöttünk; nem tudtunk érzelmekről beszélni. (Blanka)

Szőnyeg alá söpörve maradt. (Zsófia)

4.4.3 Oszcilláló fájdalom

Amikor a pár tudatosan váltogatja a veszteség- és a helyreállítás-fókuszot a gyász kettős folyamat modelljének logikája szerint Stroebe és Schut (1999, 2010), a fájdalom a veszteség fázisban megélhető, a helyreállítás szakaszban pedig képesek egymás felé fordulni, így nem

emésztődnek fel a kapcsolat erőforrásai. A kettős fókusz egyszerre jelenhet meg a jelenhez és a jövőhöz való viszonyban is:

Nem a gyerekből eredeztetem a boldogságomat. (Anna)

Biztonság kellett volna, hogy valaki mondja: ez rendben van, ezt érezheted (Ábel)

Összességében ezek a mintázatok összhangban állnak a 2.4–2.6 elméleti fejezetekkel: a közös értékorientáció és a „mégis” beállítódás (a noetikus komponense) olyan diádikus cselekvési potenciált hoz létre, amely megtartó kapcsolati teret formál a fájdalomból. Ezzel szemben az a fájdalom, amelyet a felek nem osztanak meg, a beállítódási érték meggyengüléséhez és visszahúzóódáshoz vezet. A megfigyelt irányok illeszkednek a párok közös megküzdéséről szóló irodalomhoz, az elvitatott és a kétértelmű gyász dinamikáihoz, valamint a jelentésrekonstrukciós modellekhez (Neimeyer, 2001; Park, 2010).

4.5 A kapcsolati tér változatai

Ha a diádikus cselekvési potenciált értelmező keretként használjuk, a kimondott közös beállítódás (Frankl), a remény hatóerő és megoldási utak komponenseinek szinkronizációja és a mikrorítusok együttese megtartó kapcsolati teret hoz létre. Ez a keret magyarázza, miért képesek egyes párok a „mégis” döntésében kitartani, míg másoknál a fájdalom belül marad és az érzelmi kapcsolat beszűkül. A következő alfejezet ezt három diádon mutatja be. A skálaprofilok (SWLS; AHS–Hatóerő/Utak; MLQ–Megélés/Keresés) arra utaltak, hogy ahol a személyes hatóerő és a megélt értelem együtt, kimondott közös beállítódással jelenik meg, ott a kapcsolati tér tágul; aszimmetria esetén a kapcsolati tér beszűkül, és a fájdalom gyakran belül marad.

→ **Bálint–Zsófia:** Zsófia profilja (SWLS 12; AHS–Hatóerő 7; AHS–Utak 8) alacsony személyes hatóerőt és gyengülő jövőutakat jelez, ami a narratívában fal-metaforákban és elhallgatásban jelenik meg. A kapcsolati tér beszűkül: a fájdalom belül marad, a közös beállítódás nem kap hangot. Fordulópont, amikor Zsófia néven nevezi a szégyent és a veszteséget, megnyílik a lehetőség közös nyelvre és egyszerű, ismételt mikrorítusokra (pl. közös esti lezáró mondat, rövid érintésrítus). Következtetés: itt nem a fájdalom erőssége, hanem a kimondás minősége és a közös ritmus hiánya dönt.

→ **Ábel–Luca:** Ábel magas értelemmegélés/keresés profilja mellett Luca alacsony útvonal-képzése azt mutatja, hogy a reményhez kapcsolódó erő és a konkrét tervezés nincs szinkronban. A kapcsolati tér részben tágul, részben lebeg: a jövőkép erős, de a közös cselekvési formák hiányoznak, ezért a potenciál nem stabilizálódik. Fordulópont-nyom: amikor a pár nemcsak „mi lesz” kérdésekben gondolkodik, hanem „mit teszünk holnap reggel” szinten

is közös formát ad (heti 2×10 perces közös légző- vagy imarítus, közös döntési pont rögzítése). Következtetés: a magas remény önmagában nem elég; a közös utak kimondása teremti meg a megtartó kapcsolati teret.

→ **Kornél–Boróka:** a remény komponensei komplementer munkamegosztásban állnak össze (az egyik fél a hatóerőt, a másik a konkrét utakat tartja kézben), miközben a közös beállítódás kimondott. A kapcsolati tér tág: van közelség, van ritmus és a fájdalmat közösen hordozzák. Fordulópont, amikor a közös értékhatárt kimondják („eddig megyünk, eddig vállaljuk a beavatkozást”), amit egyszerű rítus támaszt alá. Következtetés: nem a remény mértéke a döntő, hanem az, hogy a hatóerő és az utak szinkronban, közös értékháttérre fűzve jelennek meg.

→ **Összefüggések**

E három esettípus azt mutatja, hogy a kapcsolati tér minősége a közös beállítódás kimondásán, a közös, értékalapú cselekvés mindennapi megnyilvánulásain és a mindennapi kommunikáció ritmusán múlik. Ahol ezek jelen vannak, a fájdalom nem szűkíti be a pár mozgásterét; ahol hiányoznak, ott a fájdalom belül marad, és az együttműködés szétesik. A csendes érzelmi eltávolodás (silent failure) és a rokon kódok (például érzelmi elhidegülés – marital disaffection, érzelmi elkülönülés – emotional disengagement, kommunikációs fal-metafórák, a funkcionálissá váló intimitás) nem pusztán címkék, hanem a diádikus cselekvési potenciál elapadásának jelölői.

Amikor hiányzik a kimondott közös beállítódás és a rítus, a noetikus — az értelemhez igazodó — válaszképesség nem fordul cselekvésbe; a diádikus cselekvési potenciál viselkedéses megfelelői (közös hatóerő és utak) szétesnek. Fontos, hogy a cselekvés hiánya (a „nem tudok mit tenni” őszinte kimondása) is értékalapú kapcsolati minőség, mert kijelöli a fájdalom közös terének elfogadott határait; a változás gyakran ezen a kimondáson át indul el. Ha a fájdalom megélésénél is tudunk lehetséges mintázatokban gondolni, akkor ez közvetlenül megmutatja, mit érdemes tenni a gyakorlatban: a diádikus cselekvési potenciál erősítése a közös értékalapú döntéseken (például meddig vállalják a kezelést), egyszerű, ismételhető rítusokon (pl. közös esti lezáró mondat vagy érintés-rituálé) és a „mi”-nyelv tudatosításán keresztül történik.

A páron belüli különbségek (deltaérték) a hatóerő és a megoldási utak dimenzióiban rendre együtt jártak a kapcsolat megélésével: nagyobb eltérések mellett gyakoribb volt a belül maradó fájdalom és a fal-metafórák megjelenése, míg kisebb eltéréseknél a közösen hordozott mintázat dominált. A skálaprofilok (SWLS; AHS–Hatóerő/Utak; MLQ–Megélés/Keresés) arra utaltak, hogy ahol a személyes hatóerő és a megélt értelem együtt, kimondott közös beállítódással

jelenik meg, ott a kapcsolati tér tágul; aszimmetria esetén beszűkül, és a fájdalom gyakran belül marad. Ezt jól példázza Zsófia esete: extrém alacsony pontszámai (SWLS 12; AHS–Hatóerő 7) együtt álltak a “szőnyeg alá söpört” fájdalom nyelvével, míg a kiegyenlítettebb párokban a közös beállítódás és a mikrorítusok a hordozható fájdalom felé terelték a folyamatot.

Összességében a tanulmány a diádikus cselekvési potenciált mint értelmező keretet használja: azt vizsgálja, mikor és hogyan fordul át a kimondott közös érték cselekvésbe, és mikor apad el ez a mozgástér.

4.6 A pár érzelmeinek változása veszteség feldolgozása során

A termékenységi krízisben gyakran nem látványos konfliktusok, hanem a lassú érzelmi eltávolodás folyamat bontja meg a diádikus cselekvési potenciált: az érzelemmegosztás és a közös döntéshozatal fokozatosan kiüresedik, az intimitás instrumentálissá válik (pl. „csak célirányosan” a babáért), miközben a kapcsolat formálisan fennmarad. Ez a mintázat jól leírható a marital disaffection (érzelmi elhidegülés) és az emotional disengagement / demand–withdraw interakciók nyelvén (Kayser, 1993; Gottman, 1994/1999; Gottman és Levenson, 2000), és megfeleltethető a negatív/elégtelen diádikus megküzdés tartós szerkezeteinek (Bodenmann, 2005). A „néma” jelleg háttérben sokszor ambivalens (nem végleges) és társadalmilag kevésbé elismert gyász áll, amely a veszteség nyelvét és rítusát kivonja a közös térből (Boss, 2006; Doka, 2002). A mi narratíváinkban: *Mi csak együtt lakunk* (Kata), *Úgysem ériünk el semmit vele* (Ábel), *Szőnyeg alá söpörve maradt* (Zsófia) – mind a cselekvési potenciál elnémulásának jelölői.

→ Kornél–Boróka (kölcsonös erősödés)

A fájdalom itt közösen vállalt tapasztalatként jelent meg: a felek nem csökkenteni próbálták egymás szenvedését, hanem helyet adtak neki. A testi-érzelmi közelség – rövid, ismétlődő rituálékban – ritmust adott a gyász és a remény váltakozásának. Ennek köszönhetően a „mi-re mondott igen” nem automatikus mondat lett, hanem a fájdalom közegében is a pár kapcsolatát megtartó döntés. Ez magyarázza, hogy a magas remény- és jóllémutatók nem szakadtak el a hétköznapi tapasztalattól, hanem abból táplálkoztak.

→ Bálint–Zsófia (fennmaradás elidegenedéssel)

Itt a fájdalom privatizálódott: Zsófia szenvedésnyelve befelé fordult (önhibáztatás, szégyen), Bálint pedig fokozódó projektlogikával próbált kivezető utakat találni. A gyász közös ritmusa hiányzott, ezért az intimitás instrumentálódott (a kapcsolat „működött”, de kevésbé élt). A cselekvési potenciál diádikus komponense ebben az aszimmetriában szétvált, és a fennmaradás érzelmi elkülönüléssel járt.

→ **Ábel–Luca (ambivalens megélés)**

A fájdalom itt oszcillált, de a váltások nem kaptak előre megbeszélte kereteket: Ábel többnyire vitte a remény–megélés tartó oldalát, míg Lucánál a magas keresés alacsony szintű megoldási úttal társult, ami disszonanciát teremtett.

Összegzés

Tanulmányunk a megváltoztathatatlan szenvedés közegében a diádikus cselekvési potenciál létrejöttét vizsgálta: azt a közös erőt és mozgásteret, amellyel a pár képes közös nyelvet és a cselekvés által elmozdulást teremteni a krízisben. Eredményeink azt támasztják alá, hogy a kapcsolat alakulását nem a fájdalom jelzett erőssége, hanem az dönti el, miként bánik vele a pár együtt. Ahol a nyelv–rítus–közelség hármasa jelen van, ott megtartó kapcsolati tér formálódik; ahol a szégyen, az önvád és az elhallgatás miatt a fájdalom az egyik fél esetében „belül marad”, ott ez a potenciál összeomlik. Ezt az összefüggést az egymást erősítő kvalitatív mintázatok és skálaprofilok (SWLS, AHS, MLQ) egyezése támasztotta alá.

A tanulmány elméleti hozzájárulása abban áll, hogy a diádikus cselekvési potenciált Frankl beállítódási értékének, a remény két összetevőjének (hatóerő és megoldási utak), valamint a diádikus megküzdésnek a metszéspontjában ragadja meg. Thanatológiai nézőpontból a halál dimenziója – a megváltoztathatatlan veszteség tudata – értékjelölő horizonttá fordítja a krízist. A diádikus cselekvési tér tágassága attól függ, képes-e a pár ezen a horizonton kimondott közös beállítódással és ismételhető mikrorítusokkal válaszolni. Ennek hiányát írja le a lassú érzelmi eltávolodás (silent failure), a fal-metafórák, az elhallgatás és a funkcionálissá váló intimitás, egyúttal jelezve a szellemi-erkölcsi válaszképesség elapadását. A diádikus cselekvési potenciál stabilizálása a fájdalom hordozásának módján múlik. A gyakorlati következmény az, hogy támogatni kell a közös értékek kimondását (a beállítódásban is), amely megteremtí a pár közös terét: az egymásra kimondott igent, amely nem a termékenységi krízis kimenetéhez, hanem egymáshoz köti a feleket, még a megmászhatatlan veszteségek árnyékában is

A szerző köszönetet mond Barcsi Tamás filozófusnak a szakmai támogatásáért.

IRODALOM

- ALI, W. K., IBRAHIM, H. I., ÉS IBRAHIM, H. S. (2018): Resilience, distress and hope among infertile women undergoing in vitro fertilization (IVF) treatment: A correlation study. *World Journal of Nursing Sciences* 4 (3): 98–110.
- BAILEY, T. C., & SNYDER, C. R. (2007): Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *The Psychological Record* 57 (2): 233–240.
- BOIVIN, J., BUNTING, L., COLLINS, J. A., et al. (2007): International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction* 22 (6): 1506–1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
- BODENMANN, G. (1995): A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology* 54 (1): 34–49.
- BODENMANN, G. (2005): Dyadic coping and its significance for marital functioning. In: REVENSON, T. A., KAYSER, K., és BODENMANN, G. (szerk.): *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. American Psychological Association, 33–49. <https://doi.org/10.1037/11031-002>
- BOSS, P. (2006): *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. W. W. Norton. (Eredeti koncepció: Boss, 1999.)
- BRAUN, V., & CLARKE, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- COUSINEAU, T. M., & DOMAR, A. D. (2007): Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 21 (2): 293–306. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- CRESWELL, J. W., & PLANO CLARK, V. L. (2018): *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE.
- DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., & GRIFFIN, S. (1985): The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49 (1): 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- DOKA, K. J. (2002): *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research Press. (Original work published 1989.)
- DOMAR, A. D., ZUTTERMEISTER, P. C., & FRIEDMAN, R. (1993): The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 14 (Special Issue): 45–52.

- FARKAS, J., & BARCSI, T. (2025): A logotherapeutic analysis of fertility difficulties as an existential crisis. *Tanulmányok (Novi Sad)* 2025 (1): 129–144.
- FELDMAN, D. B., & SNYDER, C. R. (2005): Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24 (3): 401–421. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.3.401.65616>
- FRANKL, V. E. (1984): *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. New American Library.
- FRANKL, V. E. (1985): *Man's search for meaning*. Beacon Press. (Original work published 1959.)
- FRANKL, V. E. (1997): *Orvosi lélekgondozás* (2. kiad.). UR Kiadó.
- FRANKL, V. E. (2006): *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben* (3. kiad.). Ursus Libris.
- GRABER, A. V. (2016): *Viktor Frankl's logotherapy: Method of choice in ecumenical pastoral psychology*. Xlibris.
- GOTTMAN, J. M. (1994): *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Lawrence Erlbaum.
- GOTTMAN, J. M. (1999): *The seven principles for making marriage work*. Crown.
- GOTTMAN, J. M., és LEVENSON, R. W. (2000): The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and Family* 62 (3): 737–745.
- KAYSER, K. (1993): *When love dies: The process of marital disaffection*. Guilford.
- KLASS, D., SILVERMAN, P. R., & NICKMAN, S. (1996): *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.
- LUKAS, E. (2002): *Logotherapy textbook: Meaning-oriented psychotherapy—Foundations and exercises*. Liberty Press.
- LUKAS, E. (2011): *Meaning in suffering: Comfort in crisis through logotherapy*. Purpose Research.
- NEIMEYER, R. A. (2001): *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association.
- PARK, C. L. (2010): Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin* 136 (2): 257–301.
- PETERSON, B. D., PIRRITANO, M., CHRISTENSEN, U., és SCHMIDT, L. (2012): The impact of mental stress on the success of fertility treatments: A review. *Human Reproduction* 27 (7): 2101–2110. <https://doi.org/10.1093/humrep/des122>

- PUCHALSKI, C. M. (2013): *A time for listening and caring: Spirituality and the care of the chronically ill and dying*. Oxford University Press.
- SNYDER, C. R. (2002): Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry* 13 (4): 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- SNYDER, C. R., HARRIS, C., ANDERSON, J. R., HOLLERAN, S. A., IRVING, L. M., SIGMON, S. T., & HARNEY, P. (1991): The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 60 (4): 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- SZIGETI, J., és KONKOLY THEGE, B. (2012): A termékenységi nehézségek pszichológiai aspektusai: Irodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle* 67 (3): 561–580. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.2012.67.3.6>
- SZIGETI, J. (2020): A termékenységi nehézségek modern pszichológiai szemlélete. Értelmezési és segítségnyújtási lehetőségek. In: MOLNÁR K. – MÁNDI N. (szerk.): *A hiány transzformációi*. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác, 11–29.
- STEGER, M. F., FRAZIER, P., OISHI, S., & KALER, M. (2006): The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology* 53 (1): 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- STROEBE, M., & SCHUT, H. (1999): The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies* 23 (3): 197–224.
- STROEBE, M., & SCHUT, H. (2010): The Dual Process Model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA—Journal of Death and Dying* 61 (4): 273–289.
- TEDDLIE, C., & TASHAKKORI, A. (2009): *Foundations of mixed methods research*. SAGE.
- VEHLING, S., LEHMANN, C., OECHSLE, K., BOKEMEYER, C., KRÜLL, A., KOCH, U., & MEHNERT, A. (2013): Global meaning and meaning-related life attitudes: Exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 21 (4): 961–969. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1596-4>
- YAZDANI, F., ELYASI, F., PEYVANDI, S., MOOSAZADEH, M., GALEKOLAEI, K. S., KALANTARI, F., & HAMZEHGARDESHI, Z. (2017): Counseling-supportive interventions to decrease infertile women’s perceived stress: A systematic review. *Electronic Physician* 9 (6): 4694–4700. <https://doi.org/10.19082/4694>

Farkas Júlia

Pécsi Tudományegyetem, ETK, Egészségtudományi Doktori Iskola
Pütkösdí Teológiai Főiskola, Pasztorálpaszichológiai Tanszék, adjunktus
farkas.julia@ptf.hu

FARKAS ATTILA BALÁZS

A Kharón Thanatológiai Szemle látogatottságának értékelése

A Kharón folyóirat a halállal, haldoklással és gyásszal foglalkozó egyetlen magyar nyelvű szakmai kiadványként fontos szerepet tölt be a tudományos életben és a laikusok körében egyaránt, immár több mint 28 éve. Az utolsó három teljes év (2023, 2024, 2025) forgalmi adatainak áttekintése értékes képet fest arról, hogyan változik az érdeklődés a kiadványunk iránt (ld. az 1. táblázatot).

1. táblázat: A Kharón forgalmi adatai, 2023-2025

Időszak	Látogatások összesen (fő)	Változás az előző évhez képest
Első év (2022. aug. - 2023. júl.)	136 788	–
Második év (2023. aug. - 2024. júl.)	157 588	+15,2%
Harmadik év (2024. aug. - 2025. júl.)	148 440	-5,8%
Összesen	442 816	

A látogatások számának vizsgálata három egyértelmű irányzatot mutat:

1. Megerősödés (2023-2024): a forgalom az első évről a második évre jelentősen, több mint tizenöt százalékkal nőtt (136 788-ról 157 588 főre). Ez a növekedés arra utal, hogy a folyóirat tudományos elérése nőtt, a szakmai életben betöltött szerepe erősödött. Egy-egy kiemelt írás, egy országos vagy nemzetközi szakmai találkozó megnövelte az érdeklődést, szélesebb körben vált olvasottá a lap.
2. Mérsékelt csökkenés (2024-2025): a harmadik évben a forgalom 5,8%-kal visszaesett, de még így is majd tizenkétezerrel több látogatót tett ki, mint 2023-ban (148 440 fő). Ezt a visszaesést tekinthetjük "egészséges korrekciónak" a kiugró 2024-es év után, illetve az internetes botok automata látogatásának hatékonyabb szűrésének. A honlap látogatottsága

egy magasabb szinten stabilizálódott, mint ahonnan elindult. Ez a tartós forgalmi adat a folyóirat állandó értékét bizonyítja a szakmai és civil érdeklődők körében.

3. A látogatások mennyisége: a három év alatt összesen több mint 442 ezer alkalommal nyitották meg a felhasználók a folyóirat honlapját. Ez a félmillióhoz közelítő szám azt jelzi, hogy a Kharón Thanatológiai Szemle a szűk szakmai területen belül rendkívül erős és megbízható tájékoztató forrás.

A látogatások száma mellett elengedhetetlen a tartalomletöltések összevetése is, mert ez mutatja meg viszonylag megbízhatóan, hogy ténylegesen hány látogatót ér el az oldal (ld. a 2. táblázatot).

2. táblázat: A tartalomletöltések összevetése (2023-2025)

Időszak	Letöltések száma (darab)	Letöltés / látogatás arány
1. év (2022. aug. - 2023. júl.)	58 718	0,43
2. év (2023. aug. - 2024. júl.)	73 958	0,47
3. év (2024. aug. - 2025. júl.)	75 010	0,51
Három év összesen	207 686	

Ebből a táblázatból megállapítható a legfontosabb: a tényleges tartalom iránti elkötelezettség folyamatosan nő.

- A letöltések számának emelkedése: míg a látogatások száma a harmadik évre mérséklődött, a letöltések száma tovább emelkedett, meghaladva a 75 ezret. Ez azt jelenti, hogy a legutolsó év volt a legsikeresebb a szakmai cikkek elérése szempontjából.
- A minőség mutatója: az arányszám (letöltés / látogatás arány) folyamatos emelkedése (0,43-ról 0,51-re) a szakmai elmélyülés fokozódását jelzi. A harmadik évben minden második látogató letöltött egy cikket. Ez az arány azt mutatja, hogy a honlapra érkező olvasók egyre célzottabban keresik fel az oldalt. A folyóirat olvasótábora nem pusztán átmeneti érdeklődőkből áll, hanem visszatérő látogatókból, akik tudatosan keresik a szakmai anyagokat, ami egy ingyenes, tudományos kiadványnál a tartalom értékének legfőbb bizonyítéka.

A Kharón folyóirat nyelvezete miatt elsősorban a magyar nyelvű közösség számára érdekes. Azonban forgalom földrajzi megoszlása rávilágít a folyóirat határokon átnyúló jelentőségére (ld. a 3. táblázatot).

3. táblázat: A látogatások száma országoként t (főbb területek)

Ország	Látogatások Összesen (fő)	Arány (%)	Következtetés
Magyarország	354 093	80,0%	Stabil hazai mag, még ha az arány némileg csökken is.
Románia	40 436	9,1%	Kiemelkedő érdeklődés.
Szlovákia	10 994	2,5%	Rendszeres, jelentős jelenlét.
Németország	6 014	1,4%	A nyugati magyar szellemi közösség elérése.
Egyesült Államok	4 728	1,1%	A külföldön élő magyar szakemberek elérési pontja.
Egyéb országok	26 551	6,0%	Bővülő nemzetközi elérés és magyar nyelvű diaszpóra.

1. Magyarország dominanciája: a látogatók döntő többsége, nyolcvan százaléka (80,0%) továbbra is Magyarországról érkezik, ami a célközönség meglétét és megbízható elérését mutatja.
2. A határon túli erősödés: a legfontosabb fejlődési vonal a külföldi olvasók arányának növekedése. Míg 2023-ban a külföldről érkező látogatók aránya még alacsonyabb volt, a 2025-re ez az arány jelentősen emelkedett.

Románia (Erdély): ez az ország a legfontosabb külföldi felhasználói terület a 9,1%-os aránnyal. A folyamatosan erősödő forgalom azt jelzi, hogy a Kharón fontos szerepet tölt be az erdélyi magyar szellemi életben, oktatásban és az ottani gyásztanulmányozás területén.

Szlovákia: a harmadik helyen álló Szlovákia is több mint tízezer látogatóval járul hozzá a forgalomhoz, ezzel is megerősítve a folyóirat közép-európai jelentőségét

3. Globális elérés: Az Egyesült Államok és Németország részesedése jelzi, hogy a folyóirat sikeresen éri el a külföldön élő magyar szakembereket és kutatókat is. Ezek a látogatók a magyar nyelvű szakmai írásokat is keresik a világ bármely pontjáról.

A bemutatott adatösszegzés alapján a Kharón Thanatológiai Szemle folyóirat témái, szakmai tartalma iránti érdeklődés a vizsgált három év alatt volt.

A főbb megállapítások:

1. Tartós növekedés és megszilárdulás: a forgalom a kiugró második év után egy magasabb szinten szilárdult meg, jelezve a növekvő ismertséget.
2. Kiváló tartalmi elkötelezettség: a letöltések arányának folyamatos emelkedése (0,43-ról 0,51-re) a legfontosabb pozitív eredmény. Ez azt bizonyítja, hogy a honlapra érkező látogatók egyre inkább célzottan keresnek mély, szakmai tartalmakat, nem pusztán felületesen böngésznek.
3. Határokon átnyúló jelentőség: a Romániából érkező kiemelkedően nagy arányú látogatószám azt mutatja, hogy a folyóirat sikeresen szolgálja az egységes magyar nyelvű szakmai közösséget a Kárpát-medencében.

A jövőre nézve a folyóirat elérése tovább növelhető a nemzetközi láthatóság erősítésével, például az angol nyelvű összefoglalók még kiemeltebb használatával. Jelenleg az adatok azt igazolják, hogy az 1997 óta létező Kharón Thanatológiai Szemle megbízhatóan és növekvő hatásokkal látja el feladatát, mint a hazai halállal, haldoklással és gyással foglalkozó kutatások, szakmai tanulmányok legfontosabb publikációs felülete.

Farkas Attila Balázs

műszaki szerkesztő, szerkesztőségi asszisztens,

kharon.hu

farkas.attila.balazs@gmail.com

SZIMON PETRA

Beszámoló az I. Országos Szakmaközi Gyászkonferenciáról

Összefoglalás ♦ 2025. október 16-án Budapesten, az Országos Szakmaközi Gyászkonferencián találkozott 11 különböző szakmai terület neves képviselője. A több mint 350 résztvevővel megvalósult esemény interdiszciplináris perspektívából vizsgálta a veszteség, a kísérés és a megküzdés pszichológiai, egészségügyi, szervezeti, kulturális és spirituális dimenzióit. A konferencia magyarországi Death Positive Movement keretein belüli elhelyezése, a halál aktuális társadalmi kontextusba helyezése után a beszámoló áttekinti a konferencia fő tematikus irányait – a trauma és gyász összefüggéseitől a perinatális veszteségek rendszerszintű hatásain, a szervezeti gyászon és az onkopszichológiai szempontokon át a narratív és spirituális megközelítésekig. Az összefoglaló kiemeli a szakmaközi együttműködés lehetőségeit és szükségességét, valamint azt a megtartó, bizalmi légkört, amely a szakmai tapasztalatok és személyes reflexiók gazdag találkozásának terepévé tette a konferenciát.

Kulcsszavak: gyász, veszteségkísérés, konferencia, interdiszciplináris, szakmaközi

Report on the I. National Interdisciplinary Grief Conference

Summary ♦ On 16 October 2025, distinguished representatives of eleven professional fields gathered in Budapest for the National Interdisciplinary Grief Conference. With more than 350 participants, the event examined the psychological, health-related, organisational, cultural and spiritual dimensions of loss, accompaniment and coping from an interdisciplinary perspective. Following a reflection on the conference's position within the Hungarian Death Positive Movement and its relevance to contemporary societal attitudes toward death, the report reviews the main thematic directions of the programme—from the relationship between trauma and grief, through the systemic impact of perinatal loss and the dynamics of organisational grief, to oncopsychological considerations and narrative–spiritual approaches. The report highlights both the possibilities and the necessity of interdisciplinary cooperation, as well as the supportive,

trusting atmosphere that made the conference a space for meaningful encounters between professional knowledge and personal reflection.

Keywords: grief, bereavement support, conference, interdisciplinary, cross-professional

Bevezetés

Miként arról már írtunk a Halál Kávéház Budapest tanulmányunkban (Geiszbühl-Szimon & Nemes, 2017), a halál témájára megfigyelhető egyfajta nyitás az utóbbi évtizedekben az attól a 20. század végére fokozatosan elidegenedett társadalmakban is. A 21. században kibontakozó Death Positive Movement a halál és végesség témáját igyekszik normalizálni, **célja a halálról való tabumentes párbeszéd erősítése, a méltóságteljes életvégi döntések támogatása és a közösségi gyász szerepének tudatosítása.** A nemzetközi mozgalom gyökerei visszanyúlnak az 1960-70-es évekig Elizabeth Kübler-Rosshoz, és a hospice megalakulásához az USA-ban és Európában, magyar viszonylatban pedig Polcz Alaine munkásságáig, akinek neve az első intézményesített, keretezett kezdeményezésekhez is fűződik: a Magyar Hospice-és Palliatív Egyesület, a Napfogyatkozás Egyesület és a Kharón Thanatológia Szemle elindulásához.

Követve a nemzetközi gyakorlatot, Magyarországon fokozatosan kirajzolódott egy olyan szakmai tér, amelyben a gyász és veszteség, valamint a hospice- és palliatív ellátás témái mind nagyobb hangsúlyt kapnak. Az említett, már évtizedek óta létező, hagyománnyal rendelkező, az életvégi ellátáshoz, méltó befejezéshez, és a gyászhoz kapcsolódó támogató szervezetek mellett egyre többen, más-más eszköztárral megközelítve kezdtek szervezett formában foglalkozni a halál aspektusaival (pl. meséken, művészi alkotóműhelyeken keresztül vagy közösségi hálón található csoportok formájában). Színházi darabok (pl. Schirach: Isten), közösségi rendezvények (pl. Halál Kávéház, Méltóság Napjai Programsorozat), konferenciák központi témájaként van jelen, arra hívva fel a figyelmet, a halál „árnyékában” miként érdemes élni az életet – haláltudatosságot, ezen keresztül az értelemtelit élet megélésének lehetőségét hirdetve. Elmondható, hogy napjainkban nem feltétlenül a halálról mint taburól célszerű beszélgetni, hanem arról, mit jelent ma a halál, és ahhoz mérten új megközelítést, megoldásokat találni a haldoklás és gyász folyamatához (Geiszbühl-Szimon & Nemes, 2017).

A hazai konferenciák fejlődési íve jól tükrözi a társadalmi attitűdök változását, a szakmaközi együttműködések erősödését és a professzionális segítők jelenlét szakmai mélyülését.

A 2000-es évektől kezdődően a Magyar Hospice Alapítvány, melyet Polcz Alaine kezdeményezésére alapítottak és melynek 1991-es alakulására datálódik a magyarországi hospice mozgalom kezdete, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, valamint számos egyetemi és egészségügyi intézmény szervezett rendszeresen olyan rendezvényeket, amelyek az életvégi ellátás, a halálhoz való viszony, a beteg és család támogatása, illetve a veszteségfeldolgozás klinikai- és pszichoszociális kérdéseit helyezték a középpontba. Ezek közül kiemelkednek az október 10-i Palliatív Napok, a hospice-ellátás 30 éves jubileumához kapcsolódó országos programok, és legfrissebb kezdeményezésként a Méltóságért Alapítvány rendezvényei, amelyek jelentős mérföldkövekké váltak a hazai palliatív kultúra fejlesztésében.

A kifejezetten a gyással foglalkozó szakmai konferenciák közül meghatározó szerepet töltek be a szintén Polcz Alaine 1996-os munkacsoport kezdeményezéséig visszanyúló Napfogyatkozás Egyesület 2010-es évektől rendszeresen szervezett rendezvényei (pl. Kísérés a gyász útján – mérföldkövek, A gyász: tabu vagy trend? Gyermekek gyásza a közösségekben), amelyek a gyászlelektan és a veszteségfeldolgozás modern, nemzetközi irányzatait hozták be a hazai szakmai diskurzusba. Ezen konferenciák külön érdeme, hogy teret nyitottak a gyermek- és családközpontú megközelítésnek, a közösségi gyász szerepének, és a gyászolók támogatásának sokszínű, multidiszciplináris gyakorlatainak.

A halál és végesség társadalmi tabumentesítésének egyik fontos hazai eszköze a nemzetközi Halál Kávéház mozgalom, amelynek keretében 2015 óta rendszeres nyilvános beszélgetések zajlanak életvégi, haldoklással és veszteséggel kapcsolatos témákról. A Halál Kávéház Budapest összejövetelei kávézóknak, online térben, valamint egyetemi órákon, szakmai konferenciákon és fesztiválokon is megjelennek.

A közelmúltban egyre erősebbé vált az a törekvés, hogy a gyász, veszteség, mentális egészség és életvégi ellátás témái szakmaközi párbeszéd keretében jelenjenek meg. Ennek egyik példája a 2025-ben életre hívott Országos Szakmaközi Gyászkonferencia, amely az egészségügyi, pszichológiai, oktatási, szociális és HR-szféra szereplőit egyaránt megszólítja.

Beszámoló

Az Országos Szakmaközi Gyászkonferencia 2025 októberében interdiszciplináris párbeszédet létrehozó szakmai és közösségi eseményként valósult meg, amelyen előadóként vettem részt. Az eseményt életre hívó Nagy Zsolt viselkedéselemző, mentálhigiénés szakember és gyázmódszer feldolgozó specialista célja volt a gyász- és veszteség egyéni-és közösségi szinten megjelenő sokszínűségnek bemutatása a szakma segítői tolmácsolásában. A rendezvény több mint 350 résztvevőt vonzott, akik az egészségügy, mentálhigiéné, pszichológia, szociális munka, pedagógia, lelkipozítás, szervezetfejlesztés és a civil szféra különböző területeiről érkeztek. Emellett sokan érintésként jöttek el az eseményre. Az előadók és a jelenlévők heterogenitása olyan szakmai teret hozott létre, amelyben a gyász kérdései több nézőpontból kerülhettek megvilágításra. A konferencia hasonló méretű szakmai rendezvényeken ritkán tapasztalható meghitt, biztonságos és barátságos atmoszférában zajlott.

Ezt a bensőséges, sokszor személyes megosztásokon is nyugvó hangulatot, szakmai ívet Nagy Zsolt szervező szakember felvezetője után Dr. Moretti Magdolna pszichiáter főorvos, pszichoterapeuta előadása alapozta meg, aki a gyász és trauma kapcsolatát helyezte fókuszba. Rávilágított arra, hogy a veszteségélmények gyakran aktiválnak korábban eltemetett traumatikus élményeket, és ezek határozzák meg a gyászfolyamat belső szerkezetét. Az EMDR-terápiás megközelítés bemutatásán keresztül hangsúlyozta, hogy a gyászfeldolgozás nem csupán érzelmi, hanem jelentésalkotási folyamat is, amely a belső képek és narratívák újrendeződésével jár. A közösség, emberi kapcsolataink megtartó hálójának – szeretetkapcsolataink fontosságára hívta fel a figyelmet.

Ezt követően Dr. Sarungi Emőke felnőtt-és gyermekpszichiáter, kiképző pszichoterapeuta, a Gyászfeldolgozás Módszer Magyarország vezetője a gyász kapcsolati dimenzióiról beszélt. Előadásában arra mutatott rá, hogy a feldolgozatlan veszteségek gyakran beleszövődnek a családi és szakmai kapcsolatokba, és olyan láthatatlan elakadásokhoz vezethetnek, amelyek a kommunikációt, a bizalmat és a közös cselekvést is befolyásolják. Hangsúlyozta, hogy a segítő szakemberek saját veszteségtörténetei is aktívan jelen vannak munkájukban, ezért a reflektivitás és a folyamatos önismereti munka alapvető része a gyással való foglalkozásnak.

Szimon Petra pszichológus, tanatólógus, perinatális gyász szakértő és egyetemi oktató a magzati és gyermeki veszteségek érzelmi, kapcsolati- és rendszerszintű sajátosságait mutatta be. Az előadás egy érzékenyítő, interaktív blokk után bontotta ki a perinatális gyász

pszichodinamikáját, kitérve a komplikált gyász és a pszichés zavarok kiemelt kockázataira is. Hangsúlyos elem volt, hogy a perinatális veszteség nemcsak a szülőket, hanem a teljes családi rendszert és a segítő hálózatot is érinti: beépül a kommunikációs mintákba, a párkapcsolati működésbe, valamint a transzgenerációs folyamatokba, és olyan identitásváltozásokat indít el, amelyek hosszú távon formálják az érintettek életét.

Sevcsik M. Anna kommunikációs szakember, az Élet.Érzés Egyesület megalapítója érintettként csatlakozott a perinatális veszteséget szakmai oldalról bemutató előadáshoz, érzékenyen tárta fel a perinatális gyász kommunikációs aspektusait, rámutatva, hogy a közösségi párbeszéd hiánya gyakran járul hozzá az elakadáshoz. Az edukáció, a társadalmi érzékenyítés és az empátikus jelenlét olyan tényezők, amelyek alapvetően segíthetik az érintettek feldolgozási folyamatait.

Különleges színfoltja volt a szakmai napnak Hajdu–Kis Diána coach, HR szakember és veszteségszakértő előadása, melyben szakemberként a szervezeti veszteségeket mutatta be komplex rendszerben. Gyakorlatias megközelítéssel hívta fel a figyelmet arra, hogy a munkahelyi változások – elbocsátások, szerepvesztések, identitásvesztéssel járó átalakulások – mélyebb lelki folyamatokat indítanak el az emberben. A szervezeti gyász feldolgozása éppolyan tudatos kísérést igényel, mint a magánéleti veszteségek kezelése.

A délutáni blokkot Dr. Balogh Klára gyermekgyógyász, kiképző gyermekpszichoterapeuta előadása nyitotta, amely a gyász családon belüli kölcsönhatásait és azok rendszerszerű következményeit vizsgálta. A gyász alakulását befolyásolja az elhunyt családban betöltött szerepe, életkora, a halál körülményei, valamint a családtagok korábbi veszteségtapasztalatai, mentális és fizikai állapota. Kiemelte, hogy a családi rendszerben átélt gyász sokszínű, gyakran eltérő szükségletekkel és tempókkal jár, melyet a segítő folyamatban figyelembe kell venni a harmonizáló, támogató családi működés visszaállításához.

Ezt követően Rakonczay Gábor többszörös világrekorder extrém sportolótörténeteit hallgatva nagyon jó humorral oldotta a végességünk felett érzett felsejlő szorongást. Hitelesen világította meg, mint jelenthet az emberi lét törekénységének megtapasztalása. Az élet értékességének és végességének felismerésére irányította a figyelmet, extrém sportolói tapasztalatain keresztül mutatva be, hogy a határhelyzetek hogyan alakítják át az élethez való viszonyt. Előadása inspiratív ellenpontot képezett, amely új megvilágításba helyezte a veszteség és jelentésadás kapcsolatát.

A formális előadói műfajt elhagyva, a már személyes és bensőséges hangulatot emelve Singer Magdolnával Nagy Zsolt beszélgetett a haldoklás és kísérés mélyen emberi és spirituális tapasztalatairól. Singer Magdolna író, mentálhigiénés szakember, gyásztanácsadó többek között Polcz Alaine-hez fűződő személyes kapcsolatáról, a tanatológia meghatározó alakjának utolsó napjait is felidézve mélyen emberi élményéről is mesélt, ezzel hozva emberi közelségbe, hogyan válhat az utolsó életszakasz lehetőséggé a lezárásra, fejlődésre és a kapcsolat újraértelmezésére. A halál közelsége – ahogy fogalmazott – nem csupán veszteséget, hanem belső megerősödést és jelentésteli átalakulást is hozhat.

Pál Ferenc római katolikus pap, mentálhigiénés szakember előadásában a pszichológiai és spirituális megküzdés összefonódását vizsgálta. Saját szakmai oldaláról megközelítve újfent kiemelte, keretezte a délelőtti előadások alatt is többször hangsúlyozott kapcsolati háló és önreflektív jelenlét fontosságát. A megküzdés mint folyamat egyszerre belső és kapcsolati természetű.

Dr. Dészfalvi Judit klinikai szakpszichológus az onkopszichológia területéről hozott elméleti és gyakorlati szempontokat, bemutatva, hogyan lehet kíséreni a daganatos betegeket és családtagjaikat a betegség és az anticipációs gyász sajátosságaiban.

A konferencia zárásaként Révész Renáta Liliána pszichológus, gyásztanácsadó a hallgatóságot a mesék szimbolikus és érzelmi nyelvén keresztül szólította meg: hogyan segíthetik a történetek a gyász egyéni élettörténetbe való beépülését. A mesék képi világa olyan érzelmi-minőségi tereket nyit, amelyekben a veszteség átélhetővé és átformálhatóvá válik.

Összegzés

A konferencia valóra váltotta a célt, hogy a multidiszciplinaritás jegyében, a veszteségekkel foglalkozó segítő szakma képviselői nézőpontjaik, megközelítéseik szemüvegén keresztül hozzák közelebb a végesség és egy-egy veszteségterület sajátosságait a szakmai- és a laikus érdeklődők számára. A gyász alapvetően kapcsolati és rendszerszintű jelenségként jelent meg, amelyben az egyéni élmények a tágabb családi, közösségi és intézményi kontextusokba ágyazódnak. A különböző szakmai perspektívák találkozása – pszichológiai, egészségügyi, szervezeti, kulturális és spirituális keretekben – lehetővé tette, hogy a gyász komplexitása teljesebb fényben mutakozzon meg. A megfelelő támogatás biztosításához, mely magában foglalja a preventív-resztoratív intervenciókat- segítői folyamatokat, a társadalom érzékenyítéséhez- és

pszichoedukációhoz a szakmaközi együttműködés nemcsak szükségszerű, hanem az egyik legfontosabb alapfeltétel. A konferencia olyan megtartó szakmai közösséget teremtett, amelyben a gyász nem elszigetelt, hanem megosztható, kísérhető és érthető emberi tapasztalatként jelent meg. A rendezvény jó példája volt annak, miként közelíthető meg a gyász, mint komplex, kapcsolati és kulturálisan beágyazott jelenség szakmaközi együttműködésben olyan módon, hogy az laikus érdeklődők számára is kézzelfoghatóbb legyen.

Összességében elmondható, hogy a magyarországi – az életvéggel és gyásszal foglalkozó – konferenciák története, így a beszámolóban bemutatott legutóbbi rendezvény is – a gyász és veszteség témáinak folyamatos professzionalizálódását, a hospice- és palliatív ellátás minőségi fejlődését, valamint a szakmaközi integráció erősödését tükrözi. Ez a fejlődési ív olyan szakmai alapot teremtett, amelyre a jövő hazai rendezvényei – így a már 2026 október 16-ra meghirdetett II. Országos Szakmaközi Konferencia is stabilan építhetnek.



https://www.lelkiegeszseg.zsoltnagy.net/wp-content/uploads/2025/11/1215_DSC_6629-scaled.jpg.webp

IRODALOM

GEISZBÜHL-SZIMON P., & NEMES L. (2017): Halál Kávéház Budapest. *Kharón, Thanatológiai Szemle, XX. évfolyam, 2017/4*

Szimon Petra MSc

pszichológus, közgazdász, mentálhigiénés szakember, egyetemi tanársegéd,

tanatológus kutató, PhD doktorandusz

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

pszimon@gmail.com

Barát József: Paraván mögött - az élet vége Magyarországon

Cser Kiadó, 2025.

Átfogó tájékoztatást, fontos támpontokat és hatékony segítséget kap az az olvasó, aki Barát József Paraván mögött - Az élet vége Magyarországon c. könyvéhez fordul életvégi döntéseket előkészítendő, megkönnyítendő. A szerző interjúalanyai az egészségügyi szakterületek széles spektrumának, valamint a jogi szakmának jeles és hiteles képviselői, többek között Hegedűs Katalin tanatólogus egyetemi docens, Svéd Tamás intenzív terápiás orvos, Bodoki György onkológus, Stánicz Péter ügyvéd. A szerző saját édesanyja, valamint Karsai Dániel alkotmányjogász betegségéből és méltatlan szenvedéséből kiindulva elsősorban az eutanázia kérdését illetően vár állásfoglalást az illetékesektől.

A válaszok több évtizedes tapasztalatra épülően bölcs és alázatos élet- és halál szemléletet tükröznek. Felhívják a szerző és az olvasó figyelmét számos olyan kérdésre, aminek még az "eutanázián innen" prioritást kell kapnia. Fogalmak tisztázásával segítik az egészségügyi útvesztőiben való eligazodásunkat, tudatosságra nevelnek és cselekvésre készítetnek minket. Cselekvésre, hiszen azzal együtt, hogy bizonyos mértékig valóban ki vagyunk szolgáltatva az egészségügyi gépezetnek, nem keveset tudunk tenni saját és hozzátartozóink életéért, annak végső szakaszáig és azon túl is, még mielőtt kritikus állapot következne be.

Már akkor megtegyük az első lépést, amikor elolvassuk Barát József könyvét. A könyvben olvasottak ugyanis bizonyára elgondolkodtatnak bennünket azon, hogy vajon elég egészségtudatosan élünk-e? Járunk-e rendszeres orvosi kontrollokra és ezzel kézben tartjuk-e egészségünket, amennyire tőlünk telik? Követjük-e, hogy a hozzátartozóink is hasonlóan tesznek-e? Másodsor: tájékozódunk-e arról, hogy az egészségügyi törvény milyen orvosi kezeléseket - vagy azok korlátozását - illető önrendelkezést tesz lehetővé, milyen módon, és kívánunk-e ezzel élni magunk, illetve kívánunk-e családtagjaink. Ez utóbbihoz is kapunk támpontokat a könyvből. Harmadszor: mi az álláspontunk azokat az életvég szakaszában felmerülő fogalmakat és lehetőségeket illetően, amiket Barát József és interjúalanyai felsorakoztatnak: úgy mint hospice, palliatív ellátás, palliatív szedáció, stb. Végül, a könyvben olvasottak birtokában kellően informáltak leszünk ahhoz is, hogy a különböző véleményeket mérlegelve új megvilágításból,

árnyaltabban tekintsünk az eutanázia kérdésére is, és átfogóbb tudással rendelkezünk ahhoz, hogy döntéshozóinkat - lehetőségeinkhez mérten - megfelelően tudjuk orientálni a törvényi- és egészségügyi rendszerhiányosságok orvoslásában. Bokorovics Tímea hospice-koordinátort idézve „[i]gazán jó az lenne, ha a hatékony palliatív ellátás mindenki számára elérhető lenne, és az emberek tudnák: bármi történjen is, lesz, aki gondoskodik a szenvedésük enyhítéséről” (172.o.)

Barát József elhatárolódik a halál kérdését körülvevő transzcendenciától. Ez a hozzáállás tudatos választás, és bőven áll rendelkezésre filozófiai és más szakirodalom azok számára, akik igénylik. A könyvnek épphogy erénye az itt-és-most kézzelfoghatósága, gyakorlatiassága, racionalitása. Az interjúk során számos olyan szervezet és más, az életvég kérdésével foglalkozó fórum neve is elhangzik, amelyekkel érdemes ismerkedni és konzultálni: ilyen a Méltóságért Alapítvány, az Életvégi Tervezés Alapítvány, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, a Kharón Thanatológiai Szemle - ezek nevét olvasás közben feljegyezhetjük, míg a szakirodalmi hivatkozások lábjegyzetben is szerepelnek, így könnyen visszakereshetők.

Ajánlom a könyvet minden Magyarországon élő halandónak. Azon túl, hogy segítséget nyújt az átmenet kezeléséhez, a tanatológia szakirodalmának gyöngyszemeihez hasonlóan azzal az előrevivő “mellékhatással” is jár, hogy aki a halállal foglalkozik, minőségibb életet teremthet maga és hozzátartozói számára.

Vinczeffy Ágota

mentálhigiénés segítő, gyászkiérő

Vakok Állaim Intézete Budapest

agota.vinczeffy@gmail.com