

BIRÓ ESZTER

„Belső tenger”

*Az élet utolsó szakaszának ellentmondásai és lehetőségei
a hospice pszichológus szemével*

*„Az öröklét nem az időben rejlik, hanem az összhang állapotában.”
(Weöres Sándor: A teljesség felé)*

Életünk legszomorúbb emlékei szeretteink elvesztéséhez, legintenzívebb félelmeink saját halálunk fenyegetéséhez kötődnek. Elkerülhetetlensége nemcsak intenzív félelem tárgyává teszi a halált, de a legsúlyosabb büntetés eszközüvé is a bibliai idők óta a modern társadalmak jogrendszeréig.

A haláltól való félelem minden életkorban, minden embernél jelen van, konkrét jelentéstartalma azonban a személyes tapasztalattól is függ. Zana (2009) kutatási eredményei igazolták, hogy – paradoxnak látszó módon – azok félnek kevésbé a haláltól, akik találkoztak már annak valóságával. Ez azt mutatja, hogy korántsem vagyunk olyan tehetetlenek a halállal szemben, mint hinnénk, mert ha legyőzni nem tudjuk is, de a hozzá fűződő érzéseinket és gondolatainkat megszelídítheti a tapasztalat (Pilling, 1998), vagyis a halál valósága nem olyan félelmetes, mint az arra vonatkozó fantáziáink. Nádas Péter írja *Saját halál* című – klinikai halálának és újraélesztésének élményéből született könyvében: „A teljességnek olyan élményében részesülsz, aminek ezen a nyomorult árnyékvilágon legfeljebb a vallási vagy szerelmi elragadtatottság lehet a hasonlata.” (Nádas, 2004, 201.)

A halálfélelem azonban a legtöbb ember számára nem spirituális–egzisztenciális jellegű, nem a megsemmisüléssel vagy a léleknek és a testnek a meghalás pillanata utáni sorsával kapcsolatos, hanem nagyon is evilági jelenéseket hordoz. A halálfélelem legerősebb, az életkor előrehaladtával sem enyhülő elemei a testi szenvedéstől való

A cikk címe Alejandro Amenábar spanyol filmrendező 2004-ben készült filmjének címét idézi. A többszörös díjnyertes film egy évtizedek óta testi magatehetetlenségben élő beteg önként hívott halálának történetét meséli el sokféle emberi nézőpont, filozófiai, vallási és érzelmi tényezők figyelembevételével, a moralizálás csapdáját elkerülve.

félelem, valamint a családtagok iránt érzett aggodalom (Zana és mtsi, 2008). A haldoklás és a halál orvosi és pszichológiai kérdéseire tehát csak úgy érdemes válaszokat keresni, ha nem állunk meg a hatályos jogi szabályozás (Kereszty, 2006) felvetette problémáknál, és ha nem (csak) a túlvilággal, hanem a földi létezés „életszerű” testi-lelki szenvedéseivel, azok enyhítési lehetőségeivel, és a végeség tudatával való szembesülés adta belső fejlődési lehetőségekkel foglalkozunk.

A Magyar Hospice Alapítvány 1991 óta végzi életük végén járó rákbetegek holisztikus szemléletű ellátását, a haldoklók családtagjainak bevonásával. 2003 óta pszichológusként magam is tagja vagyok annak a multidiszciplináris teamnek, amelyben minden szakembernek az a feladata, hogy egymással együttműködve, saját szakmájának adekvát eszközeit alkalmazva segítsen a haldoklónak életét az utolsó pillanatig méltóságban élni, ami a méltósággal történő távozás alapfeltétele is.

A gyógyíthatatlan betegekkel és családtagjaikkal végzett munka ráébresztett, hogy az élet utolsó szakasza nem csak fosztóképzőkkel írható le, abban pozitív lehetőségek is rejlenek, amelyeknek felfedezése és érvényre juttatása nemcsak a beteg, de családtagjainak belső harmóniája miatt is fontos. A cikk további része arról szól, hogy ebben a folyamatban milyen szerepet vállalhat a pszichológus, és milyen – többnyire saját félelmeken alapuló – buktatókat érdemes lehetőség szerint elkerülni.

A hospice-palliatív ellátásban¹ dolgozó pszichológus feladatai: írott szabályok

Az egységes nemzetközi sztenderdek alapján dolgozó hospice ellátást Magyarországon is törvények szabályozzák, s ezek előírják pszichológus alkalmazását is.² A pszichológus hospice tevékenységének feladatait tartalmi szempontból ajánlások terelik mederbe, amelyek azonban inkább elveket, semmint konkrét feladatokat határoznak meg. A pszichológusi feladatok egységes szabályozásának kidolgozására a közelmúltban indult – legfőképpen az egyes országok közti kulturális különbségek miatt nehéz feladat elé néző – nemzetközi szakmai kezdeményezés (Jünger és mtsi, 2010).

Szakmai konszenzus híján – de az igen gazdag szakirodalmi háttér ismeretének birtokában – a pszichológus szabadon értelmezheti, hogyan kell a beteg életminőségének javításáért, emberi méltóságáért fáradoznia. Ez a szabadság széles szakmai lehetőségeket nyit és nagy felelősséggel jár – nemcsak a szabadság „terhe” miatt, hanem

1 A palliatív ellátás tüneti kezelést jelent. Ez a végállapotú betegeknél speciális orvosi, ápolási stb. szakértelmet kíván, tehát nem kevesebb, hanem más jellegű egészségügyi ellátást jelent, mint a gyógyulást célzó aktív kezelés.

2 15/2004. (III.8.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X.20.) ESZCSM rendelet módosításáról.

azért is, mert a haldoklás szabta kiszámíthatatlanság és idői korlátozottság a tünékeny pillanat gazdag lehetőségeit kínálja fel, ám a hosszabb távú tervezést, valamint a szakmai és emberi hibák korekcióját lehetetlenné teszi.

Az élet utolsó szakaszával kapcsolatos népszerű elképzelések mint a hospice pszichológusi munka implicit háttértényezői

A pszichológiai segítségnyújtás alapfeltétele, hogy minél tisztábban láthassuk azokat az objektív és szubjektív körülményeket, amelyek között (miatt) a kliens³ segítséget kér. A rák okozta lelki szenvedés nagy motiváló erő segítség kérésére és aktív fogadására, így a kliens már az első interjú során is nagyon gazdag benyomásokkal és információval látja el a pszichológust, aminek „csak” a maximális ráhangolódás és a minél teljesebb (pre)konceptió-mentesség (Biró, 2009) a feltétele. Mindezt tapasztalataim szerint technikai szempontból az támogathatja meg leghatékonyabban, ha nem kérdezzetjük a segítőkérőt, hanem átengedjük neki a beszélgetés tematizálását (Argelander, 2006).

Vannak azonban olyan kulturális háttértényezők, amelyeknek alapvető „patogén” hatását a kliens tudatosulás híján nem tudja szavakba önteni, de ha felfedezi is e hatásokat, azokat kezelni nemigen tudja, minthogy tartalmukat természetesnek és megkérdőjelezhetetlennek érzi.

Mai kultúránk makacsul ragaszkodik ugyanis az egészség, a gondtalanság és az örök fiatalság, vagyis a halhatatlanság és a sérthetetlen mítoszához. Ameddig csak lehet, hisszük, hogy a világ olyan igazságos hely, ahol rossz dolgok (beleértve öregedést, veszteségeket és halált) csak rossz emberekkel történnek (Davis, Nolen-Hoeksema és Larson, 1998, Kushner, 2007). Ebben a kontextusban a betegség a kudarc és valamely fel nem ismert (életmódbeli/erkölcsi/lelki stb.) vétek miatti büntetés jelentését hordozza, s nem mutatkozik az élet – bár fájdalmas, de – szükségszerű és természetes részének.

Az élet utolsó szakaszával kapcsolatban – ha egyáltalán merünk rajta gondolkodni – igen nyomasztó elképzeléseink vannak, amelyek a teljes, feltartóztathatatlan, mindenre kiterjedő pusztulás képeit hordozzák. Nemcsak a laikusok, de a haldoklókkal szisztematikusan nem foglalkozó egészségügyi szakemberek is gyakran gondolják, hogy az élet vége negatív érzelmek egyeduralmával írható le (Biró, 2009). Nem csoda, hogy e nyomasztó témáról legfeljebb elméletben merünk beszélni, „de szó bennszakad, hang fennakad” (Arany János: *Walesi bárdok*), ha mondjuk hozzátartozónk azzal a

3 Minthogy a rákbeteg pszichológiai értelemben lehet tökéletesen egészséges, ezért a továbbiakban a pszichológiai segítséget kérő rákbetegekre a lelkiállapot patológiája szempontjából semleges „kliens” szóval fogok utalni.

hírrrel hív fel, hogy májában a kemoterápia dacára újabb áttétek keletkeztek...⁴

A súlyos betegségre vonatkozó népszerű elképzeléseknek egy másik irányvonala is eleven, amely a pszichoszomatikus betegségtan szélsőségesen leegyszerűsített populáris változatának tekinthető. E nézet szerint a rákbetegséget kizárólag lelki tényezők, a krónikus stressz, az elrontott kapcsolatok okozzák. A rákbetegneknél gyakorta kialakuló negatív lelkiállapotot nem a rák következményeként, hanem annak okaként jelöli meg, elhanyagolva annak vizsgálatát, hogy ez az állapot a betegség kialakulása előtt vagy után keletkezett. A negatív érzelmek és a rák között feltételezett egyirányú, lineáris okság miatt sok beteg véli úgy, hogy gyógyulásának alapfeltétele a „pozitív gondolkodás”, amit e szélsőséges felfogás a pozitív érzelmek és gondolatok egyeduralmának követelményével azonosít (Biró, 2009). A kapcsolatok konfliktusainak tulajdonított oki funkció pedig olyan bűnbakképzési mechanizmusokhoz vezethet, amely válást, családok szétesését indíthatja el, annak dacára, hogy szakmai körökben közismert, hogy a traumák negatív hatását a társas kapcsolatok érzelmi védőhatása csökkenthetné (Kulcsár, 2005).

Életet veszélyeztető, súlyos betegség esetében minden tudatos erőfeszítés ellenére kivédhetetlenül jelentkeznek kétségbeesett gondolatok, félelem és szomorúság. Az emiatt érzett súlyos bűntudatot, társas izolációt és fokozott halálfélelmet („a szomorúság a daganatot növeszti” – hallottam nem egy rákbetegtől) tovább növelheti a biztatás: „Mindent lehet, csak akarni kell, ha tényleg akarod, meg fogsz gyógyulni.”

Egy pici és törekeny, szelíd kék szemű, gyöngéd mosolyú, életnek utolsó napjait élő, 85 éves asszony egyszer kifakadt, mikor ez a téma szóba került: „Édesem, én 8 éve küszködök ezzel a betegséggel. Ha még egyszer bárki azt mondja nekem, hogy csak akarjak és minden jó lesz, esküszöm, haló poraimban is felkelek erről az ágyról, hogy kiszorítsam belőle a szuszt!”

Mit tehetünk, ha még biztatni se szabad?

Ha felületesen szemléljük a gyógyíthatatlanság élethelyzetét, komolyan felmerülhet az emberi támogatás hiábavaló voltának érzése. És valóban, a gyógyíthatatlan rákbeteg, illetve hozzátartozóik által megélt lelkiállapotot sokszor a tehetetlenség érzése uralja, ez gyakran „átragad” a segítőre is, s ez egyéb tényezők mellett növeli a segítő szakmákban dolgozókat amúgy is fenyegető kiégés veszélyét (Hege-dűs és mtsi, 2004).

⁴ Popper Péter halála előtt néhány nappal, az intenzív osztályon kelt levelében írta: „Kérésemre Kati jól működő barikádot szervezett körém. Csak egy örült nőnek sikerült áttörnie. Előadást akart. Mondom, intenzív osztályon fekszem. Mit csinál ott? – kérdezte. Haldoklom. Kis szünet. Majd: Különben hogy van? Különben? Különben jól vagyok.” *168 óra*, 2010. ápr. 15. 49.

A tehetetlenség azonban csak abban az esetben tény, ha kizárólag a gyógyulást tekintjük a rákkal való megküzdés egyedüli sikeres kimenetének. Magyarországon évente jóval több, mint 30 ezer ember hal meg rákban, tehát évente 30 ezer rákbeteg esetében vagyunk a halál feltartóztatásában tehetetlenek. A hospice ellátásban dolgozóknak hamar le kell mondaniuk a halhatatlanság mítoszáról, szembe kell nézni a halandósággal, sőt egyes esetekben a „hirtelen-váratlan halandóság” (Mihail Bulgakov: *Mester és Margarita*, Szöllősy Klára fordítása) realitásával. Csak így tudjuk a beteg és a segítő lelkét egyaránt felőrlő hazugságcsapdát⁵ elkerülni. A hazugság csapdája ugyanis azzal fenyeget, hogy a betegséggel járó elkerülhetetlen veszteségeket megtettük egy újabbal, az egyik legnagyobb: a betegséggel kapcsolatos fájó igazságokat oly óvatosan kerülgetjük, a betegségnél egyéb témák viszont oly érdektelenné válnak, hogy rövidesen csak hamis és/vagy üres mondatok hangzanak el egymást amúgy nagyon szerető családtagok vagy a gyógyítás mellett elkötelezett egészségügyi szakember és a páciens között. Így nem tudhatjuk meg, mi bántja a beteget, miben szeretne segítséget kérni, milyen gondolataihoz szeretne értő, figyelmes befogadóra találni.

A hazugság elkerülésének szakmai és erkölcsi követelménye azonban nem jelentheti az őszinteség mérlegelés nélküli, empátiahiányos kegyetlenségét. A gyakorlatban ez a követelmény érzékenységet, a kliens érzelmeire és gondolataira való nyitottságot, utalásaiban és kimondott szavaiban megjelenő érzelmeinek és gondolatainak befogadására és visszatükrözésére való bátorságot és készséget jelent. Félre kell tenni félelmeinket (de nem szomorúságra is kész együttérzésünket), hogy ha pl. a kliens azt mondja, hogy most már hamarosan vége lesz az egésznek. Legyen „schlagfertig-ségünk” a témát nem elhessegetni, hanem valahogy így felelni: „Hm..., úgy érzi, közel van?”

Az ilyen és ehhez hasonló reakciók úgy kommunikálják az együttérzést és -gondolkodást, a tabuk nélküli beszélgetés lehetőségére való felkészültséget, hogy a pontos téma és érzelmi mélység elsődleges szabályozását a kliensre bízzák. Ezzel minimálisra csökkenthetjük a beteg lelki védekezésének idő előtti, agresszív megsértésében rejlő kockázatot, és segíthetjük annak az elméleti megfontolásnak a gyakorlati megvalósulását, mely szerint a hospice ellátásban az őszinteség és nyitottság diktál, ám annak valódi tartalmát, módját és időzítését a kliens igényeihez és lelkiállapotához *kell* igazítani.

5 „Gyötrelmei közül a hazugság volt a legnagyobb, az a hazugság, amelyben – ki tudja, miért – mindenki egyformán részt vett: hogy Ivan Iljics csak beteg, de nem haldoklik, csak viselkedjek nyugodtan, és kövesse az orvosok előírásait, és akkor minden jól végződik. (...) Szörnyű és felháborító volt ez a hazugság, a hazugság, amelyet közvetlenül a halála előtt követtek el ellene, a hazugság, amely arra volt hivatva, hogy ezt a félelmetes, ünnepélyes aktust – a halálát – leszállítsa az ő vizitjeik, függönyeik, tokhalas ebédjeik színvonalára.” (Lev Tolsztoj: *Ivan Iljics halála*, Szöllősy Klára fordítása)

„Fakó minden teória, s a lét aranyló fája zöld.”⁶

Az őszinte kommunikáció normatív elvárása azonban természetesen csak a szakembert kötelezi, a beteget, a klienst ilyen szabály – semmilyen szabály – nem köti. Elisabeth Kübler-Ross közismert könyvében (1988) hangsúlyozza, hogy a haldoklás lelki folyamatának általa bemutatott fázisai (a folyamat végén a belenyugvással) nem normatív jellegűek („így kell történnie”) sem a kliens, sem segítője számára. Ez azt jelenti, hogy a pszichológusnak nem kell – nem is szabad – erőszakosan fáradoznia, hogy a klienst a tényekkel való szembenézésen keresztül a belenyugvás állapotáig elvezesse. A Kübler-Ross által bemutatott lélektani szakaszok deskriptív jellegűek („így szokott történni”), a kliens számára tehát szabadságot kell engednünk abban, hogy a saját útját járja, akár a felkészült belenyugvásra törekszik, akár a teljes tagadásban találja meg lelkének védelmét. A valóságban ez azt jelenti, hogy félre kell tenni azt az elméletek félreértelmezéséből származó naiv illúziót, hogy minden haldoklót el kell „vezetni” a gyógyíthatatlanság tényének feldolgozásához, a csendes, filozofikus belenyugváshoz. A pszichológus feladata jelentős részben kísérés, és csak a kliens motivációjával arányosan vezetés, vagyis minden szakmai prekonceptiót és önteltséget félretéve oda kell „vezetni” a beteget, ahová „menni” akar.

A haldoklók végtelenül nehéz élethelyzete, egyszeri és megismételhetetlen individualitásuk, nehezen viselt szenvedésük, valamint szabadságuk és autonómiájuk iránt érzett tisztelet alakította bennem ezt a tartózkodó, a kliens érzelmeire és igényeire hangolódó hozzáállást. Ehhez a szakmai rezerváltsághoz – elsősorban etikai megfontolásokból – még akkor is tartom magam, ha általában véve az a meggyőződésem, hogy a lélek harmóniája, a gyászoló család jövőbeni testi-lelki egyensúlya szempontjából az a legegészségesebb, ha a szembenézés időben megtörténik, hogy az élet utolsó időszakában ne a végképp elvesztett egészség visszanyeréséért folytatott szélmalomharcokkal teljen, hanem mód legyen visszatekintő összegzésre, csendes családi együttlétre – és békét adó búcsúzásra.

Történetek tagadásról, belenyugvásról

Az alábbi két – a hospice-ban végzett munkámból származó – igaz történettel szeretném bemutatni, egymástól mennyire távol eső vízeken hajózhatnak életük utolsó szakaszát élő emberek, s az egymástól igen különböző utak milyen mélyen érintik a családtagokat, hozzátartozókat is.

⁶ Johann Wolfgang von Goethe: *Faust*, Jékely Zoltán és Kálnoky László fordítása

Zita néni, aki haláláig várt a csodaszerre

Zita néni⁷ 82 éves volt, a leukémiája nagyon meggyötörte, mire a Magyar Hospice Alapítvány hospice osztályára került. Nem volt ereje felülni sem, fájdalmak kínozták, és nagyon aggódott a lányáért, aki mindig mindenhova elkísérte. Hozzánk is együtt érkeztek, lánya sírva könyörgött az orvosnak, hogy erősítse fel, állítsa talpra a mamát. Az orvos nem tudott ilyen ígéretet tenni, hiszen az aktív kezelés lehetőségei már régen kimerültek, fájdalomcsillapításra, tüneti kezelésre volt csupán mód. Lánya naponta látogatta Zita nénit, de idejének nagy részét azzal töltötte, hogy édesanyja orvosi dokumentációjával különböző gyógyítóknál kilincsel, remélve, hogy kedvező választ is kaphat reményeire. Zita néni ezalatt mindenkinek arról beszélt, hogy külföldről hamarosan megküldik neki a minden baját egyszeriben megszüntető csodaszert, amit vérének mágneses elemzése alapján rendeltek meg számára. Az idő múlásával mindketten egyre elkeseredettebbé, ingerlékenyebbé váltak, egymással is sokat veszekedtek.

Zita néni visszautasította a pszichológiai támogatást, mert úgy gondolta, csak testének van szüksége segítségre. A lánya kért ugyan pszichológiai segítséget, de nem önmagának: azt szerette volna, hogy bírjam rá az édesanyját az evésre, „törjem le makacsságát”. Szelídnek szánt tapintattal utaltam rá, hogy ez az étvágytalanság nem pszichológiai eredetű, de – érthető okoknál fogva – nagy ellenállásba ütköztem. Sokat beszélgettünk arról, milyen szoros kapcsolatban van az édesanyjával, mennyire fáj őt ebben az állapotban látnia. Érzelmei megosztásának lehetőségéért hálás volt, a pszichológiai ambulancián az édesanyja halála után is többször felkeresett, de a halál elkerülhetetlenségének tényét sem a haláleset előtt, sem az után nem tudta elfogadni.

Nekem kellett együttérzéssel elfogadnom, hogy a tagadás lelki funkcióiról a beteg, illetve a hozzátartozó gyakran nem képes lemondani – mert nincs lelki ereje hozzá. A tagadást erőszakosan letörni pedig nem szabad, mert – az akár hamis – biztonságérzetet elvenni lényegesen könnyebb, mint helyette a szenvedőnek új kapaszkodókat találni.

Kati, aki szerint „most minden olyan, amilyenek mindig is lennie kellett volna”⁸

Szabó Ferencné, Kati 2009 tavaszán, rák okozta bélelzáródása miatt végzett műtétje után keresett fel a Magyar Hospice Alapítvány pszicho-onkológiai ambulanciáján. Kétségbeesett, ingerlékeny volt, évek óta tartó betegsége családi kapcsolatait erősen megterhelte, és nagyon egyedül érezte magát problémáival. Útkeresése közben ér-

⁷ Zita néni történetében néhány adatot megváltoztattam, hogy a személye ne legyen azonosítható. A változtatások a történet lényegét nem érintik.

⁸ Ebben a részben az idézőjelekkel kiemelt szövegrészek Szabó Ferencné Katitól származnak, és az ő engedélyével idézem azokat.

telmet akart találni megváltozott életére, nyugalomra lelni, jövőjéről, betegsége lehetséges kimeneteiről, esetleges haláláról gondolkodni. Az utóbbi évben nagy utat tett meg ettől a zaklatott lelkiállapottól addig a bölcs békességig, öröme való képességig, amely ma jellemzi, s javuló, bensőségesebbé váló családi kapcsolataiban is tükröződik.

Amikor e cikk megírására készültem, megkértem, írja meg belső fejlődésének történetét, mert szavai minden szakmai fejtegetésnél hitelesebben mutatják be, hogy nem csak a gyógyulás jelenthet pozitív fejlődési lehetőséget egy rákbeteg ember és családja életében. Nevét és történetét az ő engedélyével hozom nyilvánosságra.

2005 tavaszán kezdődött. Az életem teljesen felborult, amikor az orvosom közölte, hogy vastagbél-daganatom van. Azt hittem, vége a világnak. Miért én?! 53 éves voltam. De jött a műtét, a kemoterápia, természetgyógyászhoz fordultam, étrendemen változtattam, a kezdeti ijedtség kezdett elmúlni. Kicsit reménykedtem, félősen, nem elkiabálva. Aztán egy évre rá emlődaganatom lett. (...) Majdnem feladtam. Csalódtam magamban, ugyanis mindenhol azt hallottam, hogy rajtam múlik, meggyógyulok-e. Jött a letargia, aztán kezdtem kimászni a gödörből. És évente következett műtét – petefészekáttét – és kemoterápiák. Váltakoztak az érzéseim, remény és kétségbeesés. A betegség önzővé is tett, hogy nekem minden jár, mert úgyis meghalok, nem törődtem másokkal, könnyen felcsattantam. (...) Aztán bekövetkezett, amitől már 2005 óta félttem: bélelzáródás miatt egy éve sztómiám van, ez végleges. Újra kétségbeesés, hogy nem tudom megtanulni használatát, hogy megyek emberek közé?! (...)

A sztóma műtétem után kerestem fel a Hospice Házat, ahol annyi segítséget és megértést kaptam, mint életemben soha. Megértést, hogy szabad szégyen nélkül kétségbeesni, örülni, hogy nem muszáj mindig „jó gyerekeknek” lenni. Hogy nyugodtan be lehet venni a fájdalomcsillapítót, nem kapok Kossuth-díjat, ha szenvedek. Szabadabb lettem, mert már nem számít annyit, hogy mások mit gondolnak, már a saját életemet élem. Ma már jobban tudok kérni, és észrevettem, hogy így kérés nélkül is inkább jön a segítség. Felismertem, hogy a kapcsolataim mennyire fontosak, erre korábban nem is gondoltam, és vezetést kaptam, hogy ezt el is mondjam a családtagjaimnak, hogy fejezzem ki az érzéseimet, dicsérjem őket. Jobban tudom viselni a betegséget is, hogy a család így felém fordult, de ez nem lett volna lehetséges az én odafordulásom nélkül. Egy halálos beteg lelkével speciálisan kell foglalkozni, s a Hospice Házban ezt tudták megragadni. Tudtam nyíltan beszélgetni halálról, eutanáziáról, itt nem számít eretnek-ségnek, és ma már otthon is tudunk beszélgetni erről.

A betegséget a tengerhez tudnám hasonlítani, vihar után mindig elcsön-desül a lélek. Ami annak is köszönhető, hogy ez a betegség másképp látatja velem a világot, más a fontos és lényegtelen. (...) A legutolsó kemoterápiát fogászati kezelés miatt meg kellett szakítani, és amikor 2 hónap után újra kezdtem, annyira rosszul voltam, hogy elhatároztam, a maradék kettőt még megcsinálom, aztán befejezem. (...) Nem látom értelmét többnek, mert ennyi áttét már nem fog meggyógyulni. Megbékéltem a sorsommal, mert rá kellett jönnöm, hogy vége, és ez már nem is olyan nagy tragédia. (...) Picit

elszomorít, hogy amikor bölcsebbnek, higgadtabbnak érzem magam, a kapcsolataim is rendeződtek, akkor lesz vége. De biztosan így van jól. Am addig még – ki tudja, mennyi van a végéig – szeretnék örülni annak, amit elértem.

A pozitív traumafeldolgozás lehetőségeiről

Kati története tökéletes példája annak, hogy a súlyos betegség krízise nyomán létrejövő aktív feldolgozási folyamatok poszttraumás növekedéshez vezethetnek, ami a prioritások megváltozását jelenti, a kapcsolatok javulásával jár, és nem utolsósorban segít a személyes erő átélésében, ugyanakkor a sérülékenység elkerülhetetlenségének felismerésében is (Kulcsár, 2005, Tadeschi és Calhoun, 2005).

Tapasztalataim szerint a betegség krízisének pozitív feldolgozását azzal lehet elősegíteni a leghatékonyabban, ha nemcsak a problémára fókuszálunk, hanem aktívan keressük a kliens pozitív erőforrásait, a krízis által érintetlenül hagyott ép tulajdonságait, életének megtartó támaszait (intelligenciáját, rugalmasságát, humorérzékét, családi kapcsolatait, örömforrásait stb.). Ebben jól lehet alkalmazni a pozitív pszichológia eszközeit (Seligman és Steen, 2005), hiszen azok az ép személyiségrészek erősítését célozzák. A kreatív erők mozgósítása művészi alkotások feldolgozásával, a saját alkotó munka szorgalmazása révén történhet. A folyamat fontos része a társas támasz keresése, családon belül és azon kívül is. A kliens emberi kapcsolatainak megerősítése, a kapcsolatok teherbíró képességének tudatosítása akkor a legfontosabb, ha azokban a kliens bizonytalan. Ebben és a személyes erő átélésében, valamint pozitív életmérleg, lelki „végrejelenés” készítésében segít a Chochinov (2006) által kidolgozott méltóságterápia módszere, szemléletmódja is.

Az így előhívott és megerősített pozitív értékek és érzelmek természetesen nem arra szolgálnak, hogy velük a figyelmet a negatív érzelmekről és eseményekről eltereljük, hanem arra, hogy azok elviseléséhez és feldolgozásához fogódzóként, megtartó kontextusként, biztonsági forrásként funkcionáljanak. Ez a biztonság, megértés és elfogadás teszi lehetővé a nyílt beszédet, az igazmondást és őszinteséget az olyan nehéz témákban is, mint a betegség előrehaladása, a kezeléssel kapcsolatos döntések kockázata, illetve a halál közeledésének jelentése. Az interperszonális biztonság és a személyes erő és érték átélése megkönnyíti a nehéz témákhoz kapcsolódó félelmek, remények, érzelmek kimondását, feldolgozását.

Összegzés

Terminális állapotú rákbetegekkel dolgozni azért nehéz, mert a beteg negatív érzelmei saját halálfélelmünket aktivizálják olyan életszakaszokban, amikor egyéb foglalkozást űző, más területen dolgozó embereknek még „szabadsága van” arra, hogy a halandóság

elől a homokba dugják fejüket. Paradox módon ugyanaz a jutalma a hospice betegekkel való munkának, mint a terhe: lehetővé teszi, hogy az élet végességének kérdéseivel és az azokra adott szubjektív válaszokkal folyamatosan foglalkozzunk, tanulva életről és halálról mindazt a bölcsességet, amit az életük végén járó emberek akkor is tanítanak, amikor halandóságukat illetően tagadásban maradnak, és még inkább képviselnek, ha végig tudják járni a belenyugvás útját.

Az életük végén járó emberek és családtagjaik története az individuuum tiszteletének, a pszichológiai segítségnyújtás egyéni megoldásainak fontosságára hívja fel a figyelmet, mert nincs az életnek olyan fordulópontja, ami után már „mindegy” volna, mi történik az emberrel. Mindannyian közös sorson osztozunk: addig élünk, míg meg nem halunk. Addig élünk.

*Saját halálát add meg, Istenem,
mindenkinek, azt mi létében érik,
amelyben vágy volt, ínség s értelem.*

(R. M. Rilke: *Saját halálát add meg*,
Nemes Nagy Ágnes fordítása)

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm Szabó Ferencné Katinak, hogy megírta történetét, és a bizalmát, hogy – a cikk mondanivalójával egyetértve – megengedte annak közlését. Ezzel is szeretném kifejezni tiszteletemet azért, hogy azon az úton jár, amin jár.

Irodalom

- Argelander, H. (2006): *Az első pszichoterápiás interjú*, SpringMed, Budapest
- Biró E. (2009): Pozitív élmények az élet végén, *Kharon – Thanatológiai Szemle*, XIII. 19–31.
- Chochinov, H. M. (2006): Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care, *Canadian Cancer Journal for Clinicians* 56; 84–103.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998) Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561–574.
- Hegedűs K., Riskó Á., Mészáros E. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota, *Lege Artis Medicinae*, 14(11), 786–793.
- Jünger, S., Payne, S. A., Costantini, A., Kalus, Ch., Werth Jr, K. L. (2010): The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care. An initiative is under way to define the role of, and develop an international core curriculum for, psychologists in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 17(2), 84–87.
- Kereszty É. (2006): *Halottak, akik köztünk élnek*, Medicina, Budapest
- Kulcsár Zs. (2005): Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban, in Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*, Trefort, Budapest, 9–34.
- Kushner, H. S. (2007): *Amikor rossz dolgok történnek jó emberekkel*, Animus, Budapest

- Kübler-Ross, E. (1988) *A halál és a hozzá vezető út*, Gondolat, Budapest
- Nádas P. (2004): *Saját halál*, Jelenkor, Pécs
- Pilling J. (1998): Halálközeli élményt átélt emberek világ- és túlvilágképe, *Kharón, Thanatológiai Szemle, ősz*, 37–51.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A. (2005): Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, Vol. 60, No 5. 410–421.
- Tadeschi, R., Calhoun, L.W. (2005): Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok, in Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*, Trefort, Budapest, 37–67.
- Zana Á. (2009): A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. *Tabu-e még a halál?*, *Orvosi Hetilap*, 150:25, 1183–1187.
- Zana Á., Hegedűs K., Szabó G.(2008): A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 18, 319–320.