

AZ AKUT GYÁSZ TÜNETTANA ÉS KEZELÉSE¹

BEVEZETÉS

Első pillantásra az akut gyász nem tűnik orvosi vagy pszichiátriai betegségnek – a kifejezés inkább egy megterhelő élethelyzetre adott normális reakciót jelöl. A traumatikus élményekkel összefüggő reakciók megértése iránt azonban a pszichiáterek egyre fokozottabban érdeklődnek – függetlenül attól, hogy ezek jelentenek-e valódi neurózist, vagy sem. A gyász, vagy a szociális kapcsolatok hirtelen megszakadása különösen figyelemreméltóak, hiszen ezeket a pszichogén tényezőket gyakran említik a pszichoszomatikus megbetegedéseket előidéző hatások között. A háborús veszteségek következtében a gyászreakciók száma megnövekedett – ezért fontos megismernünk, hogy a gyász milyen változásokat idéz elő a testi és a lelki egészségben.

Tanulmányunk legfőbb megállapításai a következők:

1. Az akut gyász meghatározott pszichológiai és testi tünetekkel leírható tünetcsoport.
2. Ez a szindróma megjelenhet rögtön a krízis után, de a gyász lehet késleltetett, vagy túlzott formában megjelenő, illetve rejtett is.
3. A tipikus tünetek helyett megjelenhetnek torzult reakciók, amelyek a gyász speciális aspektusait tükrözik.
4. A torzult reakciók megfelelő technikákkal sikeresen átalakíthatók normális gyászreakciókká, s így feldolgozhatók.

Megfigyeléseinknek 101 páciens volt az alanya. Ezek között voltak 1. pszichoneurotikus páciensek, akik közeli hozzátartozójukat veszítették el a kezelés ideje alatt, 2. kórházban elhunytak hozzátartozói, 3. egy szerencsétlenség áldozatainak közvetlen és távolabbi hozzátartozói (Coconut Grove-i Tűz²), 4. a hadsereg katonáinak rokonai.

Vizsgálatunk pszichiátriai interjúk sorozatából állt. A beszélgetések tartalmát és idejét rögzítettük. Ezeket a rögzített interjúkat rendszeresen elemeztük, összevetve a páciens tüneteivel, és folyamatosan vizsgáltuk az interjúk során a mentális státusz változásait is. A pszichiáter mindaddig tartózkodott minden javaslattól és értelmezéstől, amíg a páciens tünettana és a spontán reakciók irányvonala nem tisztázódtak. A megfigyelések objektivitásához hozzájárult a testi panaszok vizsgálata is. Alapos laboratóriumi vizsgálatokat végeztünk a légzés változásainak elemzésére (spirogrammal), valamint az anyagszere és a gyomor-bélrendszer működésének vizsgálatára – ezek eredményeit más írásunkban közöljük. Jelen tanulmányunk a pszichológiai megfigyeléseinkre korlátozódik.

A NORMÁL GYÁSZ TÜNETTANA

A akut gyászban lévő személyek viselkedése meglehetősen hasonló. Közös az alábbi tünetek: hullámokban jelentkező, 20 perctől akár egy óráig tartó időtartamú testi rosszulletek, amelyek a torokszorítás érzésével, fulladással és légszomjjal, gyakori sóhajtozással, a gyomor összeszűkültségének érzésével, az izomerő hiányával járnak, s ezekhez intenzív distressz, feszültség, pszichikai fájdalom társul. A páciensek hamar megfigyelik, hogy ezeket a diszkomfort hullámokat előidézhetik a látogatók, a halott nevének említése, vagy a

¹ Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry. 1944, 101:141-148 o.

A tanulmányt az Amerikai Pszichiátriai Társaság engedélyével közöljük.

² „A krízisirodalomban coconutbeli tűzként tartják számon azt a tragikus eseményt, amely 1942-ben történt. Az egyik legrégebbi bostoni klub a Coconut Grove nyolcszáz tagja egy sikeres futballmecsét ünnepelt, amikor a hirtelen támadt tűzben ötszáz személy meghalt, és még további kétszázat szállítottak kórházba.” – írja Bakó Tihamér a krízisről írott munkájában: Bakó T. (1996): Verem mélyén. Könyv a krízisről. Cserépfalvi, Budapest, 25 o. (a ford.)

részvétnyilvánítás. Arra törekednek, hogy – bármilyen áron is – megóvják magukat ezektől a tünetektől. Nem fogadnak látogatókat, és igyekeznek távol tartani maguktól minden gondolatot, ami a halottra utalhat.

A legfeltűnőbb jellegzetességek: 1. Légzésük észrevehetően sóhajtozóvá válik – ez akkor a legerőteljesebb, amikor a páciens beszámol a gyászáról. 2. Panaszaik között gyakran szerepel az erőtlenség, a kimerültség, amit a következőképpen írnak le: „Majdnem lehetetlennek tűnik számomra, hogy felmenjek egy lépcsőn.” „Minden, amit megemelek, nagyon nehéznek tűnik.” „A legkisebb erőfeszítés is kimerültté tesz.” „Nem tudok elmenni a sarokig kimerültség nélkül”. 3. Az emésztési tüneteket így írják le: „Az étel íze olyan, mintha homokot ennék.” „Egyáltalán nincs étvágyam.” „Magamba tömöm az ételt, mert tudom, hogy meg kell ennem.” „A szám kiszárad.” „A hasam behorpad.” „Minden föl puffad a gyomromban.”

Az érzékelés általában szintén módosul. A valóság élményét kissé torzulnak, a többi embert pedig érzelmileg távolabbinak érzékelik (bár ezek a jelenségek néha a háttérben maradhatnak, vagy csak kis mértékűek). A gyászolókat intenzíven foglalkoztatja a halott emlékképe. Egy férfi páciens, aki a lányát veszítette el a Coconut Grove-i tűzben, úgy látta maga előtt a halott lányát, amint éppen őt hívja egy telefonfülkéből, és állandóan ennek a hívásnak a hangereje foglalkoztatta, amivel a lánya az ő nevét mondta. Annyira élénken foglalkoztatta ez a jelenet, hogy emiatt a környezetét is elhanyagolta. Egy fiatal pilóta a haditengerészetből egy közeli barátját veszítette el, aki élénk része maradt a képzeletének, nem a vallásos értelemben vett túlvilági lét révén, hanem mint egy képzelt társ. „Együtt esznek”, megbeszéli vele a problémáit, megvitatja vele azt a tervét, hogy csatlakozik egy légitársasághoz. A tanulmány elkészültekor, vagyis még hat hónappal a tüzeset után is elutasította azt a tényt, hogy a barátja többé már nincsen vele. Néhány páciens nagyon aggódik gyászreakciójának ezen megnyilvánulásai miatt, mert úgy érzik, hogy ezek a közeledő elmebajra utalnak.

Szintén erősen foglalkoztatja a gyászolókat a bűnösség érzése. A gyászoló kutat a halál előtti idő emlékei között, s felidézi az elveszített személlyel kapcsolatos hibáit, amelyekről úgy érzi, hogy jóvá kellett volna őket tennie. Hanyagsággal vádolja magát és felnagyítja a kisebb hibáit is. A tüzesetet követően az egyik fiatal házaspár nőnek az volt a központi beszédtemája, hogy a férje azután halt meg, miután ő otthagya egy veszekedés során. Egy fiatal férfi pedig, akinek a felesége halt meg, állandóan azért vádolta magát, mert ő előbb ájult el, mint hogy ki tudta volna menteni házastársát.

Gyakran nagy nehézséget jelent a gyászolóknak számára a többi emberrel való szeretetteli kapcsolat fenntartása. Hajlamosak arra, hogy ingerülten és dühvel válaszoljanak. Vágynak arra, hogy ne zavarják őket mások – még akkor is, amikor a barátok és a rokonok külön erőfeszítéseket tesznek, hogy fönntartsák a barátságos kapcsolatot. Az ingerültség megjelenése a páciensek számára is meglepő és kiszámíthatatlan, és ezt is úgy fogják föl, mint a közlő elmezavar jelét. Hatalmas erőfeszítéseket tesznek azért, hogy ellenszegüljenek ennek a tendenciának – ennek az eredménye azonban gyakran merev, és túl formális szociális interakció lesz.

Az erősen gyászoló személy napi elfoglaltságai jelentősen megváltoznak. Nem csökken a cselekedetek vagy a verbális megnyilvánulások száma, éppen ellenkezőleg: a beszéd mennyisége megnő, különösen akkor, amikor az elhunytól van szó. Ilyenkor a gyászoló nyugtalanra válik, képtelen nyugodtan ülni. Általában sokat járkal, de ez gyakran cél nélküli – mintha csak keresne valamit, amivel lefoglalhatná magát. Ezzel egyidejűleg csökken a kezdeményező készsége, s nehezen tudja a tennivalóit elvégezni. Mindent kedvetlenül csinál, mintha csak a mozgás kedvéért tenné. A gyászoló belekapaszkodik az előírt tevékenységek napi rutinjába. Ezek a tevékenységek azonban nem úgy zajlanak, ahogyan az a normális munkára jellemző lenne, hanem erőfeszítéseket kell tennie a

végrehajtásukhoz. Mintha a cselekedet minden részlete külön feladat lenne. A gyászoló meglepetten látja, hogy megszokott tevékenységeinek milyen nagy része kötődött az elhunythoz, s hogy ezek már nélküle elveszítik a jelentőségüket. Különösen igaz ez a társasági szokásokra, mint például a barátokkal való találkozásokra, beszélgetésekre, tervezgetésekre. Mindezek miatt a gyászolók erősen kötődnek azokhoz az emberekhez, akik – mintegy az elhunyt helyett – aktivitásra serkentik őket, s erőt adnak ezek elvégzéséhez.

A gyász legjellemzőbb vonásai tehát a következők: 1. szomatikus distressz, 2. belefeledkezés a halott emlékképébe, 3. bűntudat, 4. ellenséges reakciók, 5. a viselkedésminták elvesztése. Ehhez hozzáadódhat egy hatodik sajátosság, ami már a patológiás reakciók határához közelít. Ez mások számára nem annyira feltűnő, mint a többi jellemző, de elég meglepő ahhoz, hogy új színezetet adjon az összképnek. Ez a tényező az elhunyra emlékeztető vonások megjelenése a gyászolónál – például az utolsó betegség tüneteinek vagy a tragédia idején mutatott viselkedésének az átvétele. Észrevehetjük pl. egy gyászoló személynél azt, hogy a járása olyanná válik, mint amilyen az elhunyt apjái volt. Belenéz a tükörbe és úgy érzi, hogy pont olyan az arca, mint a halotté. Érdeklődési köre áttevődhet a halott múltbéli tevékenységeire, tervei teljes mértékben eltérhetnek korábbi saját céljaitól. Egy feleség, aki elvesztette biztosítási ügynök férjét, azon kapta magát, hogy levelet ír biztosítási társaságokhoz, amelyekben enyhén eltúlozta képességeit, és felajánlotta szolgálatait. A halott emlékében történő fájdalmas elmerülés – melyről fentebb már megemlékeztünk – ezekben az esetekben átváltozik az elhunyt személy tüneteinek vagy a halott személy személyiségvonásainak a felidézésébe – s ezeket a gyászolók az azonosulás révén áthelyezik a saját testükbe és mozdulataikba.

A normál gyászreakciók lefolyása

Úgy tűnik, hogy a gyászreakció hosszúsága attól függ, hogy mennyire sikeres a személy gyász munkája. Ez magában foglalja a következőket: függetlenedés a halotthoz fűződő kötődésből, alkalmazkodás ahhoz a környezethez, amelyben az elhunyt már nincs jelen, új kapcsolatok kialakítása. Mindezeknek az egyik komoly akadály, hogy sok páciens megpróbálja elkerülni a gyász átélésével járó intenzív distresszt, és az ehhez kapcsolódó érzelmek kifejezését. A Coconut Grove-i tűz túlélői közül a férfiak a kezdeti pszichiátriai interjúk során láthatóan ellazulásra képtelenül, feszített arcizmokkal, feszült állapotban voltak, attól félve, hogy „összetörnek”. Komoly meggyőzésre volt szükség ahhoz, hogy bevonjuk őket a gyász folyamatába, hogy hajlandóak legyenek elfogadni a gyász kellemetlenségeit. Az egyikük pl. rendkívül ellenséges volt a pszichiáterrel szemben, nem engedte, hogy az bármilyen utalást is tegyen a halottra. Igen durván közölte a pszichiáterrel, hogy menjen el. Ez az attitűd fennmaradt mindaddig, amíg az osztályon volt – állapotának prognózisa más vizsgálatok fényében sem volt túl jó. Az ellenségesség tapasztalható volt más betegeknel is. A továbbiakban elfogadták a gyász munkát és beszálltak egy olyan programba, amelynek során emlékeztükben felidéztek a veszteséget. Ezt követően gyorsan oldódott a feszültségük, és már élénken részt vettek a beszélgetésekben, amelyekben az elhunytat idealizálták és a jövőhöz való alkalmazkodással kapcsolatos félelmeiket dolgozták fel.

Néhány esetismertetéssel szeretnénk illusztrálni a pszichiáter szerepét a veszteség feldolgozásában. Az első eset rendkívül sikeres visszailleszkedést mutat be.

Egy 40 éves nő a férjét vesztette el a tűzben. Van egy 10 éves gyermeke. Korábban már eredményesen dolgozott fel egy másik halálesetet. Amint a férje haláláról hallott, nagyon depressziós lett, keservesen sírt, nem akart élni – három napon át a teljes levertség állapotában volt. Amikor meglátogatta a pszichiáter, örült, hogy valaki segít

neki, elmondta, hogy teljes mértékben lefoglalja a férje emléke, attól fél, hogy megbolondul. Képzeteiben a férje vele volt: arra gondolt, hogy a férje dolgozni ment reggel és ő azon gondolkodott, hogy este mikor fog visszatérni. Amikor este a férje nem jött haza, ő elképzelte magának, hogy a férje hogyan térne vissza: „játszik a kutyával, megöleli a gyerekeit”, de közben fokozatosan megpróbálta elfogadni azt a tényt, hogy a férje nincs többé. Ez csak tíz nap után következett be, amikor sikeresen elfogadta a veszteséget, azt követően, hogy pontosan megfogalmazta férje kiemelkedően jó tulajdonságait, az iránta érzett mély rajongását, és azt a tragédiát, hogy férjének sikerei csúcspontján kellett abbahagynia a munkáját. Az ezt követő interjúban némi aggodalommal elmondta, hogy nagy mértékben kötődött a vizsgálat vezetőjéhez, és szinte várta az órát amikor találkozhatott vele. Ezt a reakciót hűtlenségnek tartotta a férjével szemben, de el tudta fogadni, mint egy reményteli utalást arra, hogy képes lesz betölteni azt az űrt, amit a férje hagyott maga után. Ezután jelentős készletét érzett az aktivitásra: eltervezte, hogy hogyan fogja eltartani magát és a kislányát, feltérképezte a titkárnői állásába való visszatéréshez szükséges lépéseket, és segítséget kért a foglalkozás-terápiás résztvevőtől, hogy felfrissíthesse francia tudását. Felépülése mind testileg, mind lelkileg jól haladt előre, amikor hazatért, sikeresen visszailleszkedett.

Egy ötvenkét éves férfi – sikeres üzletember – a feleségét veszítette el, akivel boldog házasságban élt. A felesége haláláról szóló hírt hitetlenkedve fogadta, s napokon át gyanakodott, hogy a hír nem igaz. Sokféle gyászreakcióval védekezett, amelyek nem engedték szembesülni a hírrel. Nem akart látogatókat fogadni, és szégyellte magát azért, hogy összetört. Azt kérte, hogy engedjék őt a kórházban maradni a pszichiátriai osztályon. Amikor fizikai állapota már lehetővé tette volna az elbocsátását, tovább akart maradni, és szeretett volna további támogatást kapni. A felesége bármilyen említése komoly depresszív reakciókat váltott ki, de pszichiátriai segítséggel fokozatosan hajlandóvá vált arra, hogy áthaladjon ezen a fájdalmas folyamaton. Három nap pszichiátriai támogatás után úgy tűnt, elég jól van ahhoz, hogy hazamenjen. Mindig sokat beszélt, folyamatos elfoglaltságra volt szüksége, és úgy érezte, hogy ez az élmény arra kényszeríti őt, hogy állandóan tevékenykedjen. Amint hazatért, aktív részt vállalt az üzletben, ahol olyan pozíciót vállalt el, ahol nagyon sok telefonhívást kellett fogadnia. Az amatőr pszichiáter szerepét is magára vállalta egy másik gyászoló mellett. Sok időt töltött vele, és vigasztalta veszteségében. Buzgalmában új életet akart kezdeni, felépített egy tervet arról, hogy eladja az összes tulajdonát, beleértve a házat, a bútorait, és elajándékoz mindent, ami a feleségére emlékezteti őt. Csak hosszas beszélgetések nyomán volt képes belátni, hogy ez azt jelenti, hogy el akarja kerülni a közvetlen gyászt, olyan áron, hogy rossz döntéseket hoz. Ismét biztatni kellett arra, hogy közvetlen formában dolgozzon a gyászreakcióival. Ezen az úton már sikerült eredményesen alkalmazkodnia a veszteséghez.

A nyolcadik-tizedik interjúig, hozzávetőleg négy-hat hét alatt általában sikerült lezárni a nem túl bonyolult, nem torzult gyászreakciókat, amennyiben a páciensek megosztották gyászmunkájukat a pszichiáterrel. A Coconut Grove-i szerencsétlenség 13 áldozatára – egy eset kivételével – ez volt a jellemző.

A KÓROS GYÁSZREAKCIÓK

A kóros gyászreakció a normál gyász torzulásait jelenti. Ezek az állapotok normál reakciókká alakulhatnak át, s ezáltal lehetővé válik a feldolgozásuk is.

A reakciók késleltetése. A legszembetűnőbb és leggyakoribb ezen reakciók közül a késleltetés, vagy a reakciók felfüggesztése. Ha a haláleset olyan időben történik, amikor a gyászolónak más fontos teendői is vannak, vagy amikor nélkülözhetetlen, hogy másokat támogasson, előfordulhat, hogy kevés vagy semmilyen gyászreakciót nem mutat heteken át, vagy még tovább sem. A késleltetett gyászt jól jellemzi a következő példa:

Egy 17 éves lány elveszítette mindkét szülőjét és a barátját a tűzesetben, bőre és a tüdeje is súlyosan megégett. Amíg a kórházban tartózkodott, az attitűdje egyfajta derűs elfogadás volt, az adekvát distressz jelei nélkül. Amikor három hét elteltével elbocsátották, vidámnak látszott, gyorsan beszélt, nagy mértékű gondolatáramlás jellemezte. Úgy tűnt, hogy nagyon buzgón készül arra, hogy hazatérjen, és felkészült arra, hogy betöltse a szülői szerepet a két fiatalabb testvére számára. A magányosság enyhe érzésétől eltekintve nem panaszkodott distresszről. Ez a gyászfolyamat nélküli periódus két hónapig folytatódott, amikor is a lakást lefoglalták, és a két fiatalabb testvérét elhelyezték egy otthonban. A valódi gyász állapotát csak a tizedik héttől kezdte el mutatni, depressziót, belső ürességet élt át, a torkában szorítást érzett, gyakran sírt és élénken lefoglalták elhunyt szüleinek emlékei.

Az hogy a késleltetés évekig is tarthat, akkor vált nyilvánvalóvá, amikor akut veszteségű páciensek explorációja során kiderült, hogy egy olyan személlyel kapcsolatos gyással vannak elfoglalva, aki sok évvel ezelőtt halt meg. Jól jellemzi ezt egy 38 éves nő esete, aki anyja halálára meglepően komoly reakcióval válaszolt. Csak enyhén foglalkoztatta őt anyja halála, ugyanakkor elhatalmasodtak rajta a bátyja halálával kapcsolatos emlékei. A bátyja húsz évvel ezelőtt drámai körülmények között halt meg áttételes rákban, miután túl sokáig halasztották karjának az amputációját. A páciensben, aki nem a valódi gyászreakciók vonásait mutatta, feléledt tehát egy előző veszteséggélmény.

Hamarosan megerősítést nyert az a felismerés, hogy egy közelmúltbeli esemény megbeszélése kiválthat egy korábbi, le nem zárt gyászreakciót. Ez olyan betegek pszichiátriai interjújából vált nyilvánvalóvá, akik az igazi gyászreakciók minden tulajdonságát megjelenítették, amikor a korábbi veszteség témája felmerült.

A késleltetett reakcióknak kiváltó faktora lehet a haláleset körülményeinek tudatos felidézése, de megjelenhet spontán módon is a páciens életében. Ennek egy furcsa formája az, ha a gyászreakció akkor jelenik meg a páciens életében, amikor annyi idős, amennyi az elveszített személy volt a halál idején. Például egy 42 éves vasúti munkás felkeresett egy pszichiátriai klinikát egy olyan tünetcsoporthal, ami kétségkívül gyászreakció volt, de nem volt igazi magyarázata. Kiderült, hogy amikor a férfi 22 éves volt, anyja akkor – 42 évesen – követett el öngyilkosságot.

Torzult reakciók. A késleltetett reakciók egy bizonyos idő után megjelenhetnek olyan formában is, amelyek nem feltétlenül jelentenek abnormális viselkedést vagy lehangoltságot, de a páciens viselkedésében mégis kialakul egy változás, ami nem feltétlenül olyan komoly vagy feltűnő ahhoz,

hogyan pszichiáterhez forduljon. Ezek a változások a megoldatlan gyászreakciók felszíni jelei lehetnek. Ha feltárjuk őket, akkor pszichiátriai kezeléssel elég egyszerűen és gyorsan megoldhatók. Ezek a reakciók a következőképpen osztályozhatók:

1. Túlzott aktivitás a veszteség érzése nélkül, egyfajta jóllét és jó kedv érzése. Az aktivitás széleskörűvé és vakmerővé válhat – hasonlóvá ahhoz a magatartáshoz, ami korábban az elhunyt volt jellemző.
2. A tünetek a halott utolsó betegségének tüneteire emlékeztetnek. Ezen páciensek ugyan megjelennek az orvosi klinikákon de gyakran hisztériásnak vagy hypochondernek címkézik őket. Az, hogy milyen mértékben módosulnak a pszichológiai funkciók és milyen területen, további kutatások témája kell, hogy legyen. Dr. Chester Jones beszámolt nekem egy betegéről, akinek az EKG-ja egy három hetes periódus alatt meghatározott változást mutatott. Ez a változás két héttel azután kezdődött, hogy a páciens apja szívbetegségben meghalt. Mi úgy véljük, hogy ez a tünet az identifikáció által alakul ki – hasonlóképpen ahhoz, ahogyan a konverzió jelenik meg a hisztériában.
3. Megjelenhetnek továbbá jellegzetes pszichoszomatikus megbetegedések is, elsősorban a fekélyes vastagbélgyulladás, a rheumatoid arthritis és az asztma. Alapos vizsgálatokkal igazolták, hogy a fekélyes vastagbélgyulladás 41 betegből 33-nál nyilvánvaló kapcsolatban állt egy fontos személy elvesztésével. Ez a megfigyelés adta az első impulzusát ennek a tanulmánynak is. Két páciensnek véres hasmenése lett a temetéskor. Néhányuknál ez csak a veszteség utáni hetekben jelentkezett. A fekélyes vastagbélgyulladás lefolyása feltűnően javult, amikor a gyászreakciókat pszichiátriai technikákkal feldolgozták.
4. A szociális alkalmazkodás szintjén gyakran megjelenik a barátokhoz és a rokonokhoz való viszony megváltozása. A páciens ingerlékeny, nem akarja, hogy zaklassák, elzárkózik a korábban kialakított társas kapcsolatoktól, attól tart, hogy összeütközésbe kerül a barátaival a kritikus hozzáállása és az érdektelensége miatt. Ezt súlyosbodó társas izoláció követi, így a személynek szüksége van jelentős bátorításra, hogy újra felépítse a társas kapcsolatait. Amíg ez az ellenségesség el nem múlik, addig kiterjed az összes kapcsolatra.
5. Felléphet továbbá tomboló düh is egy kitüntetett személlyel szemben. Ebben az esetben a gyászoló pl. mulasztással vádolja az orvost vagy a sebészt. Arra a következtetésre jut, hogy egy hiba vezetett a halálhoz. Az is jellemző azonban, hogy a páciensek sokat beszélnek a gyanújukról és a keserű érzéseikről, de mégsem valószínű, hogy tennének valamit a vádolt személy ellen, mint ahogyan azt egy igazi paranoid személy tenné.
6. A gyászolók gyakran nagy erőfeszítéseket tesznek az ellenséges érzések leküzdésére, amelyek számukra is abszurdnak tűnnek, és karakterük rosszindulatú változásait érzik ki belőlük. Amennyire csak lehet, ezeket el akarják rejteni. Néhányuknak ez sikerül is, de fásulttá válnak, formálisan viselkednek, érzelmeik elsivárosodnak – így egy olyan állapot alakul ki, amelyik hasonlíthat a schizophréniához. Egy tipikus beszámoló: „Úgy teszek mintha élnék. Gondoskodom a gyerekeimről, teljesítem a feladataimat. Társas helyzetekben veszek részt, de olyan mintha egy színdarabban volnék, ami engem nem érdekel. Nincs

semmilyen meleg érzelmem. Ha lenne bármilyen érzésem, akkor dühös lennék mindenkire.” A terápia során ez a páciens egyre növekvő ellenségességet érzett a terapeutával szemben. Jelentős jártasságot igényelt rávenni őt arra, hogy folytassa az interjút, annak ellenére, hogy zavarta az ellenségesség, amivel sokat küzdött. Az érzelmi megnyilvánulások igen feltűnő mértékben hiányoztak a páciens arcáról és cselekedeteiből. Arca olyan volt, mint egy maszk, mozdulatai formálisak, az érzelmek kifejezésének finom játéka nélkül.

7. Közel áll az előző tüneti képhez a társas tevékenységi minták elvesztése is. A páciensek erős készletet érznek arra, hogy valamit csináljanak, mégsem kezdenek el semmilyen aktivitást; nyugtalanok, nem tudnak aludni, napjaik tétlenül telnek, hacsak nem bírja rá őket valaki más valamilyen tevékenységre. Hálásak, ha mások segítenek nekik, de nem tudnak saját kezdeményezésükre, egyedül csinálni valamit. Szervezett tevékenységet csak akkor tudnak végezni, ha ebben egy barátjuk segíti őket. Csak a rutin feladatokat végzik el, amelyek számukra kis lépésekre bonthatók – ezek mindegyikét nagy erőfeszítéssel és lassan hajtják végre.

8. Egy másik tünetcsoportra az jellemző, hogy a páciens aktív ugyan, de ennek a jellege már veszélyezteti az illető társas kapcsolatait és a gazdasági helyzetét. Az ilyen személyek bőkezűek, odaadják minden ingóságukat, könnyen bevonhatók örült gazdasági ügyekbe, elvesztik a barátaikat és szakmai presztizsüket, örültségek sorozatát követik el. Végül család, barátok és pénz nélkül maradhatnak. Ez egy elhúzódozó önbüntető reakciónak tűnik, amelyből hiányzik a büntudat nyílt érzése. Ez egy különösen aggasztó reakció, mert más családtagokat is veszélyeztethet, és ez a viselkedés megronthatja a baráti vagy az üzleti kapcsolatokat is.

9. Végül a torzult gyászreakció megjelenhet agitált depresszió formájában is, amely erős feszültséggel, nyugtalansággal, alvászavarokkal, az értéktelenség érzésével, keserű önvádlassal, a büntetés igényével. Ebben az állapotban fokozott az öngyilkosság veszélye.

Egy 32 éves férfi, aki könnyebb égést szenvedett és látszólag jól haladt a felépülésben, azelőtt távozott a kórházból mielőtt a sérültek pszichiátriai vizsgálatát elvégezték volna. Az ötödik napon tudta meg, hogy a felesége meghalt. Úgy tűnt, hogy elfogadta a felesége sorsát. Kórházban tartózkodásának rövid időszaka alatt a kezelőorvosát és a sebészt is meglepte a férfi szokatlanul erős kontrolláltsága. Január elsején a családja visszahozta a kórházba. Röviddel a hazatérése után ugyanis nyugtalanná vált, nem akart otthon maradni, elutazott a rokonaihoz nyugalmat keresni – ez azonban nem járt sikerrel, így feszült állapotban tért haza. Láthatóan idegesnek, aggódónak, riadtnak tűnt, és képtelen volt arra, hogy bármilyen tevékenységre koncentráljon. A mentális státusza is szokatlan képet mutatott. Nyugtalan volt, nem tudott egy helyben ülni, vagy részt venni bármilyen tevékenységben az osztályon. Ha olvasni próbált, pár perc múlva már abbahagyta. Ping-pongozni kezdett, de egy rövid idő után ezt is feladta. Beszélgetésekbe kezdett de aztán hirtelen ezeket is befejezte, ismét visszaesett a magányába és motyogásba kezdett „Senki sem tud segíteni rajtam. Mikor történik meg már végre? Nekem már végem van – vagy mégsem?” Csak nagy erőfeszítések árán lehetett bevonni őt egy interjúba. Arról panaszkodott, hogy rendkívüli feszültséget érez, fulladás érzése van, erőtlennek és fáradtnak érzi magát és kétségbeesetten fél attól, hogy valami rossz fog történni. „Az a sorsom, arra vagyok ítélve, hogy örületben éljek, vagy hogy meghaljak. Tudom, hogy ez az Úr akarata. Szörnyű büntudatot érzek.” A tüzeset szakadatlanul visszaidéződött benne, s ez intenzív, kóros büntudat érzésekkel járt. A felesége az épületben maradt, ő megpróbálta kimenteni, de elájult és az emberek kivitték őt a helyséből. A felesége meghalt, miközben őt megmentették. „Meg kellett volna mentenem, vagy nekem is meg kellett volna halnom.” Arról is panaszkodott, hogy hihetetlen erőszakosság van benne, és nem tudja, mit tegyen vele. A riportot csak rövid ideig sikerült fenntartani vele,

ezután visszaesett az intenzív izgatottság állapotába és motyogott. Keveset aludt, annak ellenére, hogy sok nyugtatót kapott. A négy nap leforgása alatt kicsit összeszedettebb lett, s így hosszabbá váltak a pszichiáterrel töltött időszakok is. Szemmel láthatóan úgy érezte, hogy megértik, és lehet, hogy kezelni tudja majd a kóros büntudatát és az erőszakos érzéseit. A hatodik napon azonban – miután ügyesen elterelte a nővér figyelmét – egy zárt ablakon át az erőszakos halálba vetette magát.

Ha a betegnek nincs szembetűnő öngyilkossági szándéka, akkor is érezhet erős vágyat a fájdalmas élményekre. Az ilyen betegek sokszor kívánják a sokk terápiát, amit úgy képzelnek el, mint egy kegyetlen eljárást, mint amilyen a villamosságok.

Egy 28 éves nőnek a 20 hónapos fia véletlenül megfulladt. Az anyánál kialakult egy agitált depresszió, amely erőteljes önvádlassal járt. Képtelen volt bárminek is örülni, reménytelennek látta a jövőt, a férjével és szüleivel szemben ellenséges érzése támadt, és a pszichiáterrel szemben szintén mértéktelen ellenszenvet érzett. Ragaszkodott az elektrosokk kezeléshez. Végül átutalták egy másik orvoshoz, aki valóban így kezelte őt. A sokk kezelésre nagyon jól reagált, a bűnösség érzése csillapodott.

Megjegyzendő azonban, hogy az agitált depresszió viszonylag ritka reakció volt az általunk kezelt gyászolók körében.

A gyász prognózisa

Megfigyeléseink azt mutatják, hogy a gyász típusa bizonyos mértékben előre jelezhető. A mániás személyiségű betegek is felépülnek, de ha kórelőzményükben depresszió is szerepel, náluk agitált depresszió alakulhat ki. Súlyos reakciók jelennek meg azoknál az anyáknál, akik kis gyermeket veszítettek el. Az elhunyttal való, a halált megelőző kapcsolat fontosnak tűnik. Észre kell vennünk, hogy ennek a kapcsolatnak nem kell feltétlenül érzelmi jellegűnek lennie. Épp ellenkezőleg: ha valaki az elhunyttal kapcsolatos ellenséges érzéseit nem fejezte ki nyíltan (pl. az elhunyt státusza miatt), akkor ez komoly gyászreakciót válthat ki, amelyben a legjellemzőbb megnyilvánulások az ellenséges impulzusok lesznek. Nem ritkán az elhunyt egy társas rendszer központi tagja volt, ezért a halála után ez a rendszer széteshet, és ez alapvetően megváltozhatja a gyászoló életét és társas kapcsolatait. Ilyen esetekben – a veszteséggel való megküzdés mellett – a visszailleszkedés is komoly feladatot jelent. Ezek a faktorok a gyász megjelenési formája szempontjából fontosabbnak tűnnek, mint a veszteséget megelőző időszakban mutatott neurotikus reakcióhajlam. Ha ezek a tényezők fennállnak, nagy a valószínűsége a kóros identifikációnak, még akkor is, ha az egyén korábban nem volt pszichoneurózisra hajlamos.

A kezelés

A helyes pszichiátriai kezelése megelőzheti a gyászreakciók elhúzódását, a beteg szociális alkalmazkodásában bekövetkező súlyos változásokat, valamint az orvosi betegségek kialakulását. A pszichiáter legfontosabb feladata az, hogy osztozzon a beteg gyászmunkájában, nevezetesen az arra való erőfeszítéseiben, hogy a páciens elválassa magát a halottal való kötelékétől, és képessé váljon új, eredményes kapcsolatokat kialakítani. A legfontosabb megjegyeznünk azt, hogy nem csak a túlreagálás, de az alulreagálás is figyelmet érdemel, mert a késleltetett reakciók kiszámíthatatlan pillanatokban jelenhetnek meg, és

veszélyes torzulásokat okozhatnak a gyászreakcióban. Ez eleinte nem feltűnő, de később elég pusztító lehet – és ez elkerülhető.

Az egyházi szervezetek már korábban is jelentős segítséget nyújtottak a gyászolóknak. Vigasztalást nyújtanak azért, hogy dogmákkal és rituálékkal lehetővé teszik a gyászoló számára az elhunytal való kapcsolat fenntartását egy másik szinten. A morbid bűnösség érzését az Isteni kegyelem³ feloldozhatja, s a vallások magukban rejtik annak az ígérését is, hogy egy másik világban még találkozhatunk elhunyt hozzátartozóinkkal. Kétségtelen, hogy ezek a módszerek számtalan gyászolóknak segítenek, ugyanakkor a vigasz önmagában nem nyújt elegendő segítséget a páciensek gyázmunkájához. El kell fogadni ugyanis a gyász fájdalmát. Meg kell újítani a kapcsolatot az elhunytal, meg kell ismerni az érzelmi reakciók különféle változásait. Fel kell dolgozni a megbolondulástól való félelmet, az érzelmekben fellépő meglepő változásokat – különösen az elhatalmasodó ellenségességét. Ki kell tudni fejezni a szomorúságot és a veszteség egyéb érzéseit. A gyászolóknak meg kell találnia önmaga számára az elhunyt személyel való kapcsolat elfogadható formáját, meg kell fogalmaznia bűntudat érzését, meg kell lelnie a kezdeményező személyeket maga körül Ennek nyolc-tíz interjú során kellene megtörténnie.

Speciális technikákat igényel a gyászreakciók legkiemelkedőbb sajátossága, az ellenségesség. Ez akár közvetlenül a pszichiáter ellen is irányulhat, és emiatt a páciensek olyan bűntudatot éreznek, amitől elkerülnek az interjúkat. Ha a szociális munkások és a lelkipásztorok segítségére esetleg nincs lehetőség, a család egy tagja buzdítsa a gyászolót arra, hogy látogasson meg egy pszichiátert, hiszen ez talán nélkülözhetetlen. Ha a feszültség, a depresszió túlságosan erős, adható lefekvés előtt 5-10 mg benzodrine szulfát, kombinálva 3 g sodium amytal-lal, ami a feszültséget elviselhető szintre csökkentheti. A súlyos agitált reakciók ellenállhatnak minden pszichoterápiás kezelésnek, viszont jól reagálhatnak sok kezelésre.⁴

Nyilvánvaló, hogy nem minden gyászoló juthat hozzá a pszichiátriai segítséghez – különösen érvényes ez a megállapítás a háború áldozatainak számos hozzátartozójára. Ezért tudásunk jelentős részét át kell adni a szociális munkásoknak és lelkészeknek, hogy a komolyabb eseteket pszichiáterhez utalják, míg a normál reakcióknál maguk nyújtsanak segítséget.

Az elővételezett gyászreakciók

Míg jelen tanulmányunk elsősorban a valós halálesetre adott reakciókra korlátozódott, meg kellene értenünk azokat a gyászreakciókat is, amelyek tulajdonképpen szeparációs reakcióformák. A haláleset nyomán keletkező szeparáció jellemzően visszafordíthatatlan és végleges. Természetesen a szeparáción túl lehet más oka is a reakciónak. Először mi is meglepődtünk, amikor valódi gyászreakciókat ismertünk fel azoknál a betegeknél, akik nem tapasztalták meg a gyászt, de akik szeparációt éltek át, mint például amikor a család egyik tagja bevonul a hadseregbe. A szeparáció ebben az esetben nem a halál miatt van, de megjelenik a halál lehetőségének a fenyegetése. Azzal a tünetcsoporttal, amit mi elővételezett

³ Az eredeti szövegben: Divine Grace (a ford.)

⁴ Ezek a kezelése a tanulmány megjelenésekor korszerűek voltak, napjainkban azonban az említett készítmények már elavultak. A gyász önmagában semmiképpen sem lehet indoka elektrosokk kezelésnek. A pszichoterápiás megközelítést megakadályozó súlyos nyugtalanság gyógyszeresen (szorongásoldókkal) kezelhető. A pszichiátriai értelemben vett – ún. major – depresszió (amely nem azonos a gyász miatti szomorúsággal, hanem egy kóros önvádásokkal, erőteljes öngyilkossági késztetéssel járó betegség) napjainkban pszichoterápiával és gyógyszerekkel (antidepresszánsokkal) már jól kezelhető. Kétségtelen, hogy a major depresszió legsúlyosabb és egyéb kezelésekre nem reagáló formáiban az elektrosokk kezelés még ma is indokolt lehet, erre azonban a korszerű kezelési lehetőségek hatékonysága miatt igen ritkán kerül sor. (a szerk.)

(anticipációs) gyásznak neveztünk el, mindezidáig nem sokat foglalkoztak. Egy páciens nagyon sokszor aggódott az apja vagy a fia potenciális halála miatt. Ezáltal átment a gyászfolyamat összes fázisán – a depresszió, a halottal kapcsolatos fokozott aggodalmakon –, elképzelte a halál összes formáját, amely egyáltalán érheti őket, és végiggondolta azokat a teendőket is, amelyek szükségesek lehetnek majd a haláleset miatt. Ez a reakció biztosíthatja a védekezést a hirtelen haláleset híre ellen, de hátránnyá válhat, ha a halál nem következik be. Ezt számos megfigyelésünk támasztja alá. Például egy katona, aki éppen a frontvonalból tért vissza, arról panaszkodott, hogy a felesége már nem szereti őt, és azonnal el akar válni tőle. Ebben az esetben láthatóan hatékonyan ment végbe a gyázmunka, amit a feleség már jó előre elvégzett, így a visszatérés már a kapcsolat megújítását igényli. Fontos, hogy ezt felismerjük, mert az effajta családi katasztrófák megelőzhetőek lennének.

IRODALOM

Számos megfigyelésünk nem teljesen új. A késleltetett reakciókat már Helene Deutsch is leírta.(1). A sokk terápiát a gyász során jelentkező agított depresszióban Myerson javasolja. (2). A morbid identifikáció sok ponton felkeltette a pszichoanalitikus irodalom érdeklődését – ld. H. A. Murray (3) A gyász kapcsolatát a depresszív pszichózissal Freud (4), Melanie Klein (5), és Abraham (6) is tárgyalja. A háborús gyászreakciókról Wilson is ír. (7). A Coconut Grove-i tüzesettel kapcsolatos reakcióknak néhány fejezetet szentel az a monográfia, ami a polgári katasztrófákról szól. (8). A háború szeparációs effektusáról Rosenbaum is beszámol (9) Cobb és munkatársai. (10, 11) az asztma és rheumatoid arthritisz pszichogén faktorai között ismertetik a gyászreakciókat is.

1. Deutsch, Helene: Absence of grief. *Psychoanalyt. Quart.*, 6:12, 1937
2. Myerson, Abraham: The use of shock therapy in prolonged grief reactions. *New England J. Med.*, 230:9, Mar 2, 1944
3. Murray, H A: Visual manifestations of personality. *Jr. Abn. & Social Psychol.*, 32:161-184., 1937
4. Freud, Sigmund: Mourning and melancholia. *Collected Papers IV*, 288-317, 152-170
5. Klein, Melanie: Mourning and its relation to manic-depressive states. *Internat. J. Psychoan.*, 21:125-153, 1940
6. Abraham, C Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of the libido, viewed in the light of mental disorder. *Selected Papers*.
7. Wilson, A.T.M. Reactive emotional disorders. *Practiner*, 146: 254-258
8. Cobb, S.,& Lindemann, E.: Neuropsychiatric observations. *Family*, 24:337-341, 1943
9. Rosenbaum, Milton.: Emotional aspects of wartime separations. *Family*, 24:337-341, 1944
10. Cobb, S., Bauer, W., and Whitney, I.: Enviromental factors in rheumatoid arthritis. *J.A.M.A.*, 113: 668-670, 1939
11. McDermott, N., and Cobb, S.: Psychogenic factors in asthma. *Psychosom. Med.*, 1: 204-341, 1939
12. Lindemann, Erich: Psychiatric factors in the treatment of ulcerative colitis. In press. Association, Philadelphia, Pa., May 15-18, 1944. From the department of diseases of the Nervous System, Harvard Medical School and the Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital.

Fordította: Révész Renáta