

TOMÁN EDINA

Pszichiátriai betegséggel élő személyek gyással kapcsolatos nehézségei

Összefoglalás ♦ *Életünk születésünktől kezdve tele van változásokkal. A változások magukban hordozzák a veszteséget. A veszteség pedig a gyászt. Veszteségeink átélése különböző lehet, ahogyan megélt gyászfolyamatunk is. Nem csupán a normál, illetve a komplikált gyászfolyamat különbözőségére utalunk, hanem a pszichiátriai betegségben szenvedő személyek által átélt veszteségélmények különös nehézségeire. Jelen tanulmány a méltatlanul kevés nemzetközi szakirodalom alapján kíván áttekintést nyújtani a pszichiátriai betegek gyászfolyamatainak jellegzetességeiről.*

Grief reactions and difficulties among psychiatric patients

Abstract ♦ *From birth onwards our life is full of changes. At times, change brings loss and loss begets grief. The experience of loss varies among individuals, as does bereavement. Implied therein is not only the difference between normal and complicated grief reactions, but also the distinctive difficulties of psychiatric patients in dealing with loss. The present study offers a review of the sparse literature concerning the unique characteristics of mourning and grief among psychiatric patients.*

Bevezetés

Egy veszteség átélése mindenkinél más és más módon jelenhet meg. Harvey definícióját használva tisztáznánk a jelentős veszteség fogalmát: a személy számára erős érzelmi töltettel bíró személyek, tárgyak, kapcsolatok elvesztése (Harvey, 1996). Az „élet apró halálesetei” (Kübler-Ross, 1988) lehetnek tehát élethelyzet változások: költözések, munkahelyváltások, nyugdíjba vonulás, társas kapcsolataink megszakadása, válás, de akár a házasságkötés is. Komoly veszteségként élhetünk meg bizonyos személyiségbeli változásokat vagy krónikus betegségeket – ahogyan erről lesz is szó jelen tanulmányban. És természetesen a legnagyobb veszteséget, hozzánk közelálló szerettünk halálát. A veszteség megéléséhez hasonlóan

gyászunk – mint az emberi élet univerzális jelensége - is egyéni különbözőségeket mutathat. Mivel komplex és nehezen körülírható tapasztalatról van szó, érthető, hogy évtizedek óta vita tárgyát képezi, mely reakciók tartoznak a normál gyász, és mely reakciók a komplikált gyász körébe. A szakirodalomban számos tanulmány foglalkozik ezek definíciójával, különbözőségével, illetve a gyakran szűk határmezsgye miatt a gyász és a depresszió közti különbségtétel vizsgálatával. Egyre több tanulmány születik a komplikált gyász pszichiátriai kórképet, elsősorban depressziót, major depressziót, vagy akár poszttraumás stressz zavart indukáló folyamatáról (Keyes et al, 2014; Shear, 2012; Buckley et al, 2012). Gyakorlatilag alig található azonban irodalom arról a tapasztalásról, amikor pszichiátriai betegségben szenvedő személyek élik át az élet talán legnehezebb élményét, egy szeretett személy elvesztését. Jelen tanulmányban a kevés szakirodalmi háttér alapján arra kívánunk rámutatni, hogy bizonyos személyiségzavarokban, súlyos depresszióban, illetve szkizofréniában szenvedő személyek életében hogyan nyilvánulnak meg a gyász-és veszteségélmények.

A tanulmányhoz felhasznált szakirodalom

Jelen szakirodalmi áttekintésbe olyan tanulmányokat vontunk be, amelyeknek fókuszában pszichiátriai diagnózissal, elsősorban dependens és borderline személyiségzavarral, szkizofréniával, illetve major depresszióval diagnosztizált betegek veszteség- és gyászélményének vizsgálata állt. Mivel mindössze néhány empirikus kutatást találtunk a témában, ezek mellett az elméleti megközelítéseket is szeretnénk összefoglaló jelleggel bemutatni.

A tanulmányok megtalálásához felhasznált adatbázisok a PubMed, a Sage Journals, a Science Direct, a Psychiatric Services és a Wiley Online Library voltak. A kulcsszavas kereséshez a „psychiatric patients loss and grief” kifejezést alkalmaztuk először, majd szűkíteni próbáltuk a „personality disorder grief” és a „schizophrenia grief” szavakkal. Az elmúlt öt évből mindössze 2 tanulmányt találtunk (2014-ből, illetve 2018-ból), az elmúlt tíz évből 3 tanulmányt. Az 1990-2008-ig tartó időszakból 11 tanulmány felelt meg keresési feltételeinknek. Az eddig említett összesen 16 tanulmányból 6 esetben csak az absztrakthoz volt hozzáférésünk, így végül összesen 10 tudományos közlemény maradt, amelyek megfeleltek előzetesen megfogalmazott feltételeinknek, továbbá amelyekhez teljes körű hozzáférésünk volt, és így érdemben fel tudtuk használni őket.

Az összegyűjtött tanulmányokat elsőként kategóriákba rendszereztük, annak alapján, hogy mely pszichiátriai betegség szerepelt a cikk fókuszában. 2 cikk foglalkozott specifikusan a szkizofréniával rendelkező személyek gyászfolyamatával, 1 szakkönyvet

használtunk fel, amely a borderline személyiségzavar szempontjából vizsgálja a veszteséget, 2 cikk fókuszál a major depresszióra, 5 pedig általánosságban a pszichiátriai betegek veszteségélményeire.

A komplikált gyász prevalenciája a pszichiátriai betegek körében

A gyász az élet talán legfájdalmasabb tapasztalása, amely folyamatában és egyénenként is különböző jellegzetes emocionális, fizikai, kognitív valamint viselkedéses faktorokból áll. A gyász jelenségének feltehetően túlélési értéke is van a fajok számára, hiszen bizonyos mértékben minden társas lény meggyászolja a veszteséget (Averill, 1968). Wortman és Silver a veszteséghez való adaptálódás három fő mintázatáról ír (1989). A gyászolók többsége a normál gyász sokak által leírt különböző stádiumain megy keresztül (Rando, 1984; Kübler-Ross, 1988; Lindemann, 1998; Kast, 2009). Jóval kevesebben, de vannak, akiknél a fokozott szenvedés állapota a várhatónál jóval hosszabb ideig tart; és szintén ritka, de vannak, akik a fokozott szenvedés jeleit egyáltalán nem mutatják, sem a veszteséget követően, sem később.

Az átlag populáció egy része feldolgozatlan gyásszal él, amely klinikai komplikációkat indukálhat a szeretett személy elvesztését követően. A *feldolgozatlan gyász* kifejezés azokra a szélső értékekre is utal, amelyek a gyász során jelentkeznek annak intenzitása és időtartama kapcsán. Ide tartozhat az időben jelentősen megnyúlt gyásszal járó gyötrelmezés, a megszállottságig fokozódó foglalatosság az elhunyttal kapcsolatos dolgokkal vagy akár bármiféle gyászreakció teljes hiánya. A klinikai komplikációk között előfordulhat a szorongás; depresszió; szociális, foglalkozást érintő vagy családi diszfunkciók; inadekvát, egészségkárosító viselkedés vagy fizikai megbetegedés (Piper et al, 2001). Jacobs azt találta, hogy a gyászoló személyek 20%-a mutat klinikai komplikációkat (Jacobs, 1993). Mivel a feldolgozatlan gyász, illetve a klinikai komplikációk sűrűn együtt járnak, gyakran együttesen utalnak a komplikált gyász tényére (Piper et al, 2001).

Nagyon kevés vizsgálat készült a témában (Zisook et al, 1985; Piper et al, 2001; Nakamura, 1999; Prigerson, 2002), és pontos becsléseket is nehéz végezni arról, hogy a pszichiátriai klinikákon ambulánsan kezelt betegek körében előforduló komplikált gyász milyen arányt mutathat. Mivel a betegek a pszichiátriai ellátás igénybevételekor nem hivatkoznak veszteségélményükre – gyászuk és ezzel kapcsolatos problémáik a terápia vagy kezelés későbbi szakaszaiban bukkannak fel (Lazare, 1979). Ahogyan említettük, méltatlanul kevés publikáció található a szakirodalomban jelen témában, ezek nagy része is a 90-es években, illetve a 2000-es évek elején íródott. Másrészt a kutatások általában specifikus mintát vizsgáltak a pszichiátriai diagnózissal élő személyek körében is: a legtöbb tanulmány

az idős, házastársát elveszített személyeket helyezte érdeklődése középpontjába (Reynolds et al, 1999; Turvey et al, 1999). Az említett vizsgálatok komoly szakmai jelentőségének ellenére fontos megemlíteni, hogy az idősebb korosztály vizsgálatának előtérbe helyezése esetleg azt sugallhatja, hogy a veszteségélmény és komplikált gyász prevalenciája a fiatalabb korosztályban alá van becsülve (Piper et al, 2001).

Tudomásunk szerint Piper és munkatársai vizsgálata előtt (2001) mindösszesen két kutatás fókuszált a pszichiátriai betegek körében kialakuló komplikált gyász prevalenciájára – mindkettő Zisook és munkatársai nevéhez fűződik (Zisook et al, 1985; Zisook & Lyons, 1990).

Piper és munkatársai első, 2001-es vizsgálatukban azt a meglepő eredményt kapták, hogy a pszichiátrián kezelt ambuláns betegek esetében elhúzódó gyász átlagosan 10 éve fennáll. A vizsgálat adatfelvétele két kanadai kórház pszichiátriai osztályán zajlott, összesen 729 fő bevonásával, akikkel standard tesztfelvételekre, valamint beszélgetésekre került sor veszteségélményeik kapcsán. Majdnem az összes vizsgálatba bevont személy esetében fennállt az I. tengelyhez tartozó diagnózis. A leggyakoribb közülük a major depresszió, a disztímia és a bipoláris zavar. Nagyjából a betegek felének volt egy vagy több II. tengelyhez tartozó diagnózisa: obszesszív-kompulzív zavar; dependens-, elkerülő és borderline személyiségzavar. Közel a betegek egyharmadának esetében állt fenn egyszerre I. és II. tengely diagnózis. A betegek átlagéletkora 42 év volt, ami azt is jelenti, a fentebb említett kritikának eleget téve a kutatók elsősorban a fiatalabb korosztályt vonták be vizsgálatukba. Az elveszített személyek általában a szülők, házastársak, testvérek, gyermekek vagy nagyszülők voltak.

A vizsgált betegek több mint 55%-a vallotta úgy, hogy élete során legalább egy jelentős veszteséget átélt, amely a vizsgálat idején is hatással volt életére. Őket a vizsgálat további részében két meghatározott csoportra osztották, gyászuk komplikáltságának mértéke szerint: mérsékelt és súlyosan komplikált gyász kategóriák lettek kialakítva a veszteség-specifikus tünetek, szociális diszfunkciók és a veszteség óta eltelt idő függvényében. A magasabb depresszió, szorongás és általános distressz tüneti megjelenései azoknál a betegeknél hoztak szignifikánsan magasabb értékeket, akiknél súlyos komplikált gyász állt fenn. A veszteségélmény meglepte önmagában nem bizonyult a fent említett tüneti képek prediktorának. Piper és munkatársai vizsgálatának ez volt az egyik legfontosabb konklúziója, hiszen felveti az igényt a komplikált gyász különböző szintjei közötti különbségtétel meghatározásának. Ennek klinikai jelentősége különösen fontos volna, hiszen a klinikusoknak így lehetősége nyílna célzottabban, a komplikált gyász adott súlyossági fokán lévő személynek szisztematikus,

személyre szabott terápiás tervet készíteni. A másik jelentős kimutatásuk a komplikált gyászt átélő pszichiátriai betegek körében állapotuk igen hosszútávú fennállása – átlagosan 10 év. Vizsgálatuk igazolta továbbá a feltételezést, miszerint a pszichiátriai ambuláns betegek körében magas a komplikált gyász prevalenciája (31%) (Piper et al, 2001). A korábban úttörő vizsgálatként említett Zisook kutatás már kimutatta a magas prevalenciát (21%) (Zisook, Lyons, 1990), de Piper és munkatársai több mint 10 év elteltével még jelentősebb előfordulási arányt találtak (Piper et al, 2001).

Prigerson és munkatársai 2002-ben felmérték a komplikált gyász prevalenciáját pszichiátriai betegek körében egy pakisztáni kórházban. Céljuk egyrészt az volt, hogy egy keleti kultúrájú, fejlődő országban kapjanak információkat a pszichiátriai betegek gyással kapcsolatos reakcióiról, másrészt szerettek volna releváns adatokhoz jutni egy olyan országban, ahol nagy számban fordul elő erőszakos haláleset. 151 személy kérdőíves vizsgálatára került sor, amelynek eredményeként azt találták, hogy az általuk vizsgált populációban 34% a komplikált gyász prevalenciája. Ez az eredmény megerősítette a Piperék által 2001-ben kapott eredményeket. Ugyanakkor ez a szám közel a duplája az átlag populációban mért 18%-os prevalenciának (Silverman et al, 2001). Kristjanson és munkatársai 2006-os áttekintő tanulmányukban 10-20% közötti prevalenciát találtak az átlag populációban (Kristjanson et al, 2006).

Ezek az eredmények felvetették és felvetik annak igényét, hogy a pszichiátriai ambuláns betegek terápiája során lehetséges etiológiai faktorként kellene figyelembe venni a veszteségélmények sajátosságait. Fontos volna továbbá a terápiás folyamatok elején feltárni a betegek esetleges veszteségeit, hiszen ezek a betegek nagyon ritkán jelzik ezirányú problémáikat a szakembereknek (Piper et al, 2001).

Depresszió és gyász – gyász és depresszió

2001-es vizsgálatuk folytatásaként, illetve jövőbeni kitekintésük részleges megvalósításaként Piper és munkatársai 2003-ban a komplikált gyász és a depresszió tüneteit differenciálták. Mintaként a két évvel korábbi betegek adatbázisát használták, és a korábban felvett adatok alapján faktor analízissel vetették össze a depresszió és a gyász különböző faktorait. Kaplan 1990-ben már részletesen foglalkozott ezzel a kérdéssel és rendszerezte a gyász, illetve a depresszió közti különbségeket (idézi: Pilling, 2009). Piper és munkatársai azt találták, hogy a vizsgált pszichiátriai betegmintán a komplikált gyász dimenziói függetlenek a depresszió dimenzióitól. A vizsgálat során három, a gyással összefüggő faktortal (1. a gyász tünetei, amelyek magukban foglalják a tolokodó gondolatokat és érzéseket az elhunyttal kapcsolatban:

a sóvárgást és az elhunyt személy keresését; valamint a dermedtséget; 2. a gyással kapcsolatos tapasztalások és attitűd; 3. elkerülés), illetve két depresszióval összefüggő faktorról (kognitív faktorok: önvád és kétségbeesés; szomatikus faktorok: fáradtság és energiahiány) dolgoztak. A vizsgálat legnagyobb jelentősége abban állhat, hogy a kutatók ismételten rámutattak egyrészt a komplikált gyász komplex, multidimenzionális természetére, másrészt a komplikáltság által indukált terápiás újítások szükségszerűségére.

Az öt különböző faktor validitásának tesztelésekor megvizsgálták, hogy vajon a gyász, illetve a depresszió dimenzióira különböző hatással van-e a specifikus rövid gyászcsoporthatárterápia. Azt találták, hogy a két depresszió dimenzióban szignifikánsan kisebb volt a terápiás hatás, mint a gyász dimenziókban, aminek oka feltételezhetően abban keresendő, hogy a vizsgált terápiák elsősorban a betegek gyással kapcsolatos megsegítésére fókuszáltak, nem pedig a depresszív tünetekre. Összevetették továbbá az értelmező és a szupportív csoportterápiák hatását a gyással kapcsolatos dimenziókban, és azt találták, hogy előző szignifikánsan erősebb javulást produkált a gyász tünetek dimenzióra, mint a szupportív terápia. Eszerint az értelmező terápia alkalmasabb lehet a komplikált gyász tüneteinek enyhítésére, aminek oka lehet valószínűleg, hogy segíti a betegeket azoknak a tudatalatti konfliktusoknak a megoldásában, amelyek a gyással kapcsolatos tünetek alapjául szolgálhatnak. Feltételezhetően ezek a tudattalan konfliktusok jelentik az akadályt a betegek gyászfolyamatának normatív lezajlásában (Ogrodniczuk et al, 2003).

Komplikált gyász a személyiség tükrében

Több jelentős elmélet hangsúlyozta már a 80-as években, hogy bizonyos személyiség típusok – amelyeket elsősorban magas szorongással, sebezhetőséggel, inadekvát érzésekkel jellemeztek – fokozottan veszélyeztetettek a patológiás gyász megjelenésének tekintetében (Sanders, 1989; Vachon et al, 1982; Parkes & Weiss, 1983; Raphael, 1983). Stroebe és munkatársai a kötődélméleteket hangsúlyozta, amelyeknek szerintük kiemelten fontos szerepe lehet a gyással kapcsolatos reakciókban. Feltételezték, hogy a Bowlby által leírt (1973), szorongó kötődéssel jellemezhető gyermekek esetében felnőttkorukra a dependens személyiségzavar karakterjegyei alakulhatnak ki. Ennek a személyiségzavarnak fontos kritériuma lehet a zaklatottság és a tehetetlenség érzése, valamint az elhagyatottságtól való félelem, a személy számára fontos másik elvesztése során (Stroebe & Stroebe, 1993). Ainsworth és Eichberg felvázolták a feldolgozatlan gyász és a kötődélméletek komplex egymásra hatását: a feldolgozatlan gyász befolyásolhatja a kötődést, ami egyfajta érzelmi visszahatásként pedig befolyásolhatja a személy későbbi veszteségélményeinek alakulását

(Ainsworth & Eichberg, 1991). Parkes (1985) írta le a „gyászra hajlamos személyiséget”, amelyet túlzott mértékű gyászreakciókkal és depresszióval, intenzív ragaszkodással, valamint az elhunyt személyhez fűződő mértéktelen sóvárgással jellemezett. Logikusnak tűnhet tehát a következtetés, miszerint azok, akik gyenge kötődéssel vannak egy személy iránt, valószínűleg a személy halála esetén is gyenge kötődést fognak mutatni; abban az esetben viszont, ha a kapcsolat szorongató, dependens érzésekkel volt telve, valószínűsíthető, hogy a szeretett személy halála után is fennmaradnak, sőt, fokozódnak ezek a nehéz érzések a gyászolóban.

Elsőként Alarcon írta le 1984-ben, hogy a személyiségjellemzők hatásának vizsgálata a gyász-és veszteségélmények megtapasztalására meglepően elhanyagolt terület a szakirodalomban. Fontos feltételezése volt, hogy a fő magatartászavarok hiánya esetén a komplikált gyász súlyos karakterjegyeit általában egy személyiségzavar fennállása okozhatja. Alarcon ezt a feltételezését esettanulmányában fejtette ki, melynek során egy 28 éves nőbeteg történetét illusztrálta, akinek személyiségzavara jelentős komplikációt okozott gyászfolyamatában (Alarcon, 1984).

Alarcon hipotézisének tesztelésére gyakorlatilag azóta sem történt empirikus vizsgálat. Teóriáját támogató elméletek, becslések születtek ugyan, amelyek alapjául elsősorban a pszichodinamikus és a kötődéseméleti koncepciók szolgálnak (Stroebe et al, 1993), de empirikus vizsgálat tudomásunk szerint nem történt a témában. Amennyiben viszont Alarcon feltételezése bebizonyosodna, egyben azt is jelenthetné, hogy a *patológiás gyász* elnevezés érvényét veszíthetné (Stroebe, Stroebe, 1993).

Pszichodinamikus szemlélet

Freud óta számos kutató vizsgálta és számos elmélet született a gyászélményekkel kapcsolatban (csak, hogy néhányat említsünk a legnagyobb jelentőségűek közül: Abraham, 1942; Klein, 1940; Spitz, 1946; Bowlby, 1960), ezeknek fókuszában azonban elsősorban a pszichoanalitikus libidóelmélet állt; az átmeneti tárgyvaló kapcsolat; a gyermek anyjától való szeparációs tapasztalásai, de tudomásunk szerint nem került ezeknek a korai vizsgálódások központjába egy családtag halálának megtapasztalása. Lindemann volt az első, aki úttörőként vizsgálni kezdte ezt a megközelítést (1944).

Nakamura végzett pszichiátriai ambuláns betegek körében kvalitatív vizsgálatot, amelyben a betegek gyászreakcióinak jellegzetességeit szándékozott feltárni pszichodinamikus megközelítésmódban (Nakamura, 1999). Tette ezt annak ellenére is, hogy Japánban viszonylag ritka, hogy a betegek gyással kapcsolatos problémáik miatt kerüljenek pszichiátriai kezelésbe. Két japán kórház pszichiátriai osztályán mégis lehetősége volt 11

beteget bevonni kvalitatív módszerekkel történő vizsgálatába Stroebe és munkatársai álláspontjához hasonlóan ő is kifejtette, hogy a dependens személyiség indikátornak tekinthető a patológiás gyászreakciók kapcsán. A vizsgálatában résztvevő, patológiás gyászreakciót mutató személyek kivétel nélkül megfeleltek a dependens személyiségtípus karakterjegyeinek. Az a mély szomorúság, amit ezek a személyek elhunyt szerettük halálakor éreznek, ennek a függőségnek az egyértelmű bizonyítéka. Ezek a személyek természetüktől fogva függték és függnek szeretteiktől. A dependens személyiségű betegek a gyászfolyamat korai szakaszában keresték fel a klinikát, (2-6 hónappal a haláleset után). Terápiás folyamatukban viszonylag gyors fejlődés volt megfigyelhető, és dependens természetükből kifolyólag a bizalom egy új tárgyaként tekintettek a terapeutára, ami tulajdonképpen gyorsan lehetővé tette a terápiában a stabilitás elérését. Okonogi ennek a működésnek adta a „gyászmunka az áttételben” elnevezést (Okonogi, 1979).

Hogyan tud egy haláleset kapcsán alapvető egzisztenciális támogatását elveszített személy megküzdeni a krízissel? A *hasítás* koncepciója meghatározó lehet ennek a kérdésnek a megválaszolásában. A hasítás kapcsán többféle definíció és megközelítés olvasható a szakirodalomban, de általánosságban és legfőképpen a borderline személyiségzavar kapcsán előforduló védekező mechanizmusként szokás említeni. A használat- és meghatározásbeli különbségek ellenére több kutató egyetért abban, hogy ez a mechanizmus képessé teszi a személyeket arra, hogy ellentétes intrapszichés konfliktusaikat egymástól szeparálják és a pozitív tapasztalásokat megvédjék a negatív élményektől (Akhtar & Byne, 1983). Volkan és Stern vizsgálták a hasítás mechanizmusát a gyászsal kapcsolatos reakciókban (Volkan, 1970; Stern et al, 1951). Volkan szerint a hasítás során a gyászoló személy úgy viselkedik, mintha az elhunyt személy még élne, holott pontosan tudatában van a veszteségnek. Ebben az esetben hasítás alatt a tagadás és a beismerés egyidejű fennállását értjük.

A hasítás kapcsán Kohut és Kasahara felvetett egy függőleges és egy vízszintes tengelyen ábrázolt hasítás koncepciót (Kohut, 1971; Kasahara, 1983). Mindketten egyetértettek abban, hogy a függőleges hasítás a tagadáson alapul, a vízszintes hasítás pedig az elfojtáson. A függőleges hasítás, vagyis a tagadás általában a borderline személyiségzavarban jelenik meg. A Nakamura vizsgálatában találtak megerősíteni látszanak Kohut és Kasahara koncepcióját. Röviden: a self- és tárgykapcsolati folyamatok egy szeretett személy elvesztésekor előhózzák a személy gyengeségeit. A függőleges hasítást (tagadást) pedig gyakorlatilag egy védekező mechanizmus hozza működésbe, amely lehetővé teszi a pozitív és a negatív élmények szeparálását. Ez gyakran oly módon nyilvánult meg a vizsgálati személyek esetében, hogy kizárólag a pozitív és szolidaritásról árulkodó érzéseiket emelik ki

az elhunyttal kapcsolatban. Nakamura vizsgálati személyei esetében mind a 11 betegnél kimutatható volt mind a dependencia, mind pedig a hasítás mechanizmusa. Jelentős mértékű szomorúságuk és szorongásuk miatt terápiájukban a pszichoterápia mellett nélkülözhetetlen volt a gyógyszeres kezelés is. A farmakoterápiák alkalmazásáról a gyászreakciók kezelése kapcsán mindössze néhány tanulmány olvasható (Bui, 2012; Zisook, Shear, 2009), Nakamura vizsgálata előtt Lindemann volt az egyetlen, aki szerint a gyógyszeres kezelés megfelelő módszer lehet az érzelmi distressz kezelésében, a gyász korai szakaszában lévő személyek esetében (Lindemann, 1998). Nakamura tanulmányában leírja, hogy a komplikált gyással küzdő személyek jelentős részénél fontosnak tartja a gyógyszeres kezelést a pszichoterápia mellett (Nakamura, 1999).

A borderline személyiség és a gyász

Méltatlanul kevés tanulmányt találni a szakirodalomban, amely a borderline személyiségzavar nézőpontjából foglalkozik a gyász- és veszteségélmények átélésével. Empirikus vizsgálatot ezen a területen sem találtunk, viszont Linehan, a dialektikus viselkedésterápia megalkotója foglalkozott a kérdéssel könyvében (Linehan, 2010). A komplex megközelítés egyik alapja az a szünni nem akaró krízis, amely a borderline és szuicid magatartású személyek életének jelentős részét terheli. Annak ellenére, hogy a dialektikus viselkedésterápia szerint a szuicídum, a paraszuicídum, és más diszfunkcionális magatartásforma a problémák maladaptív megoldási kísérlete, pontosabb úgy fogalmazni, hogy az említett magatartásmódok a személy krónikus krízisre adott válasza. Ez az állapot ellehetetleníti a borderline személyt, nem csupán a stresszteli események megtörténte, hanem mindezek krónikus volta, valamint a személy magas reaktivitása miatt is.

Linehan példaként említi, hogy egy borderline személynek a munka, házastárs, gyermek egyidejű elvesztésével könnyebb lenne megküzdenie, mint ugyanezeknek az eseményeknek az egymás utáni bekövetkezésével (Linehan, 2010). Berent felvetése szerint az ismétlődő, egymást követő nehéz események, társulva az előzőekkel, amelyekből a személy felépülése elégtelen volt, „a lélek gyengülését” eredményezik, ami egy idő után szuicid magatartáshoz vezethet (Berent, 1981). Más szóval, a személy képtelen visszatérni érzelmi alapállapotába, mielőtt a következő, számára traumatikus esemény bekövetkezne. Selye szavaival élve, a személy egyre közelebb kerülhet a stresszhez való adaptáció ún. kimerülési állapotához (Selye, 1965). Ez az állapot vezet a borderline személyek elborítottság érzéséhez, amely valószínűleg a paraszuicid, illetve szuicid cselekmények, valamint más inadekvát magatartásformák ismétlésének legfőbb oka – Linehan szerint majdhogynem meghatározása.

Berent rámutatása szerint a léleknek ez a fajta kumulatív kimerülése vezethet akár befejezett szuicídiumhoz is. Ismerve a borderline személyek krónikus, stresszélményekkel szembeni tehetetlenségét, érthetővé válik látszólag kisebb jelentőségű veszteségekre, kritikákra, eseményekre adott erőteljes reakciójuk. A borderline személyek esetében további nehézséget jelent a látható kompetencia jellegzetes mintázata, amelynek következtében az emberek nem érzik a segítségnyújtás szükségességét. A borderline személyeknek ez a krízisközpontú természete jelentősen megnehezíti az előre tervezett viselkedéses terápiás terv megvalósítását (Linehan, 2010).

Az ún. gátolt gyász kifejezés a borderline személyek esetében a nagy jelentőséggel bíró veszteségek és traumák ismétlődő mintázatát, egyúttal pedig ezek valódi megtapasztalásának, integrálásának vagy adaptív megoldásának képtelenségét jelenti. Ebből kifolyólag látható, hogy ezeknek a személyeknek az életében minden krízissel veszteségérzés jár együtt. És jelen esetben a veszteség szó alatt még nem is egy fontos másik halálát értjük. Ezeknek a traumaélményeknek és a velük járó veszteségérzéseknek a halmozódása két következménnyel járhat. Egyrészt szenzitivitást eredményezhet a későbbi veszteségekkel szemben, másrészt a többszörös veszteség – Kastenbaum (1969) fogalmával élve – „a gyásszal kapcsolatos túlterheltséghez” vezethet, vagyis, mintha a gyász folyamata önmaga kerülne gátlás alá. Linehan leírása jelentős átfedést mutat a poszttraumás stressz zavarral (Linehan, 2010).

A gyász kivételesen fájdalmas folyamat. A borderline személyek krízisközpontú természete és személyiségműködésük jellegzetességei egyértelművé teszik, hogy a fontos másik elvesztése az emberek többsége számára nehezen elképzelhetően intenzív fájdalmat jelent számukra. Gyászfolyamatukban az elfogadás és megoldás helyett folyamatosan elkerülési válaszokhoz folyamodnak (hasítás). A gyász gátlása a traumatikus esemény tompításával tehát egy folyamatos ördögi kört tart fenn.

A borderline személyek gátolt gyászának jelenségét a következőképpen érthetjük meg: az emberek általában tudják, de legalábbis bíznak benne, hogy az őket ért fájdalmas folyamat véget fog érni, képesek lesznek „átdolgozni magukat” a traumatikus időszakon. A borderline személyek ezzel a képességgel nem rendelkeznek: nem képesek érzelmi reakcióik kontrollálására, modulálására. A krízisben és fájdalomban úgy érzik, hogy annak már soha nem lesz vége. A tehetetlenség tudatában a gyásszal és fájdalommal összefüggő ingerek elkerülése érthetővé válik. Ennek azonban komoly ára van. A patológiás gyász egyik karakterjegye a gyászhoz kapcsolódó ingerek elkerülése. Ennek az elkerülésnek a képessége azonban korlátozott, vagyis a borderline személyek folyamatosan ki vannak téve a veszteségnek: megkezdik a gyászolást, majd automatikus reakciókkal gátolják a folyamatot a

fájdalmas élménnyel kapcsolatos ingerek elkerülésével. Majd ez a folyamat kezdődik előlről, és folytatódik véget nem érő körforgásban. A veszteséghez kapcsolódó érzelmek megjelenése és átélése soha nem tarthat elegendő ideig ahhoz, hogy a személy elérhesse a deszenzitizálás állapotát (Linehan, 2010).

A Linehan által leírtakhoz hasonló koncepciót ismertetett már 1983-ban Volkan, amikor leírta az „elfogadott patológiás gyászolást”, ami azt jelenti, hogy a személy szeretné befejezni a megkezdett gyászfolyamatot, ezzel együtt azonban folyamatosan igyekszik meg nem történné tenni az őt ért veszteséget (Volkan, 1983).

Borderline személyiségzavarral élő személyek gyásza esetén a terapeuta feladata elsősorban az, hogy segítsen felidézni veszteségeit, traumatikus élményeit, segítse gyászreakcióinak átélését. Ismerve a borderline páciensek gyakran ellenálló, elhárító magatartásmódját, ez nem könnyű feladat. Előfordul, hogy teljes ellenállást mutatnak, illetve az is előfordul, hogy a személy már akkor szeretné korábbi traumáinak megbeszélését, mielőtt képessé válna az azokhoz kapcsolódó érzelmi gátlások visszafordítására. Linehan meglátása szerint nagy jelentősége lehet annak a megközelítésnek, amivel a terapeuta azokra a specifikus magatartásmintázatokra fókuszál, amelyeket a páciens az érzelmi gátlás megváltoztatásában alkalmazni tud. Fontos megértetni a borderline személlyel a magatartási sémáit, hiszen impulzivitásuk, állandó két véglet közötti ingázásuk borzasztó nehezen elviselhető lelkiállapotot feltételez. Az egyik pillanatban végtelenül sérülékenyek és érzelemdúsak egy adott helyzettel szemben, aztán hirtelen mindent érzést legátolnak az adott krízissel kapcsolatban. A terapeuta feladata, hogy egyrészt megfelelően értékelni tudja a páciens által mutatott intenzív érzelmi váltásokat, felismerve a beavatkozás felelősségét és veszélyét, másrészt reális reményt kell látni és tanítani a páciensnek a gyászolás megfelelő módját – beleértve annak, valamint az életnek – az elveszített személy nélkül való adaptív elfogadását (Linehan, 2010).

Amikor a gyász tárgya az elveszített identitás – szkizofrénia és gyász

Korábban említettük, hogy a depresszió és a gyász kapcsolatának vizsgálata viszonylag gyakran vizsgált területnek számít. Ehhez hasonlóan a depresszió és a szuicid viselkedés kapcsolatának az első pszichotikus epizód utáni vizsgálata is jól dokumentált témának számít a szakirodalomban (Wittmann & Keshavan, 2007). A komplikált gyász jelensége szkizofréniaiban viszont egy teljesen felderítetlen kutatási területnek számít.

Wittmann és Keshavan szerint a gyász nem csupán ideiglenesen fellépő reakció a szkizofrén betegeknél, hanem egy szükségszerű jelenség, amely együtt jár a betegség

természetével. Kvalitatív vizsgálatukban a pszichotikus állapot és a gyász lehetséges kapcsolatát szándékoztak feltárni: pszichózis mint az egykori identitás elvesztése, pszichózis, mint átváltozás, mint a megküzdés egy típusa és a gyászra való képtelenség. Wittmann és Keshavan nézőpontja szerint a pszichózisból való felépülés részben attól függ, hogy a beteg képes lesz-e személyes jelentést találni betegségének, és képes lesz-e együtt élni azzal az új személyiséggel, amely azáltal jött létre, hogy a régi, pszichózis előtti személyiségét elveszítette. És amit elveszített, azt el is kell gyászolnia (Wittmann & Keshavan, 2007).

A tünetek megtapasztalása és a diagnózis tudatosítása egy krónikus pszichiátriai betegség esetén súlyos krízissel járhat. Minden krónikus betegség lemondásokkal és veszteségekkel jár, a szkizofrénia esetében viszont ez fokozottan érvényes, hiszen ez a betegség magát a pszichét változtatja meg. Szkizofréniaiban a funkcionalitás elvesztése jelenti magát a traumatikus veszteséget. Rando megfogalmazásában a gyász részben tudatos, részben tudattalan folyamat, amelynek során adaptálódunk a veszteséghez, és lehetőségünk van egy új, már a veszteségünk nélküli identitás kialakítására (Rando, 1984.) Egy pszichotikus epizód után a betegnek szüksége van rá, hogy jelentést találjon a történeteknek, hogy azt integrálhassa abba a személyiségébe, ami végérvényesen megváltozott. Egy pszichózist átélt beteg ugyan nem élte át egy fontos személy elvesztését, átélte viszont annak a személynek az elvesztését, aki ő maga volt. Ebben az értelemben a hagyományos gyász-szakaszokat, amelyeken a gyászoló személyek általánosságban átmennek, muszáj kiegészítenünk az egykor volt identitás elvesztése által okozott traumával való megbirkózással, valamint egy új identitás kialakításának szakaszával (Wittmann & Keshavan, 2007).

Azok a betegek, akik képesek sikeresen elgyászolni a betegségük által okozott változásokat, sikeresebben fogják tudni működtetni saját életvezetésüket. Wittmann és Keshavan szkizofrén betegekkel készített interjúk alapján vizsgálta a betegség által okozott változások miatt átélt gyászreakcióikat. Azt találták, hogy a szkizofrén betegek gyászreakciói több módon is megnyilvánulhatnak. Jelen vizsgálatukban három típust írtak le:

1. vannak betegek, akiknek gyásza a betegségre, mint eseményre irányul, amely „ellopta” tőlük addigi megszokott életüket,

2. mások a gyász folyamatában a betegségnek, mint az életükbe betolakodó idegennek keresnek értelmet, amelynek köszönhetően pozitív irányban változhat a veszteségélményük,

3. megint másoknak a betegség egy útmutatást jelent a veszteségekkel való megküzdésre, és ahogyan haladnak a gyászfolyamatban, az újonnan tanult megküzdési módokat sikeresen kamatoztatják a korábbi veszteségeik eddig sikertelen feldolgozási folyamatában.

Ezek az eredmények azonban nem elegendőek ahhoz, hogy komolyabb elméletek kerülhessenek leírásra a komplikált gyász és a pszichózis kapcsolatában. Wittmann és Keshavan szerint fontos volna további vizsgálatok lefolytatása tényleges konklúziók megállapítása érdekében. Felvetik továbbá, hogy az esetlegesen fennálló neuro-kognitív deficitek is hatással lehetnek a szkizofrének érzelmi- és a gyászfolyamataira. Mindezeknek tisztázására és feltárására empirikus vizsgálatok lefolytatására volna szükség.

Jones és munkatársai (Jones et al, 2003) vizsgálatot végeztek a súlyos pszichiátriai betegek, elsősorban szkizofréniában, kisebb arányban bipoláris zavarban szenvedők szülői gyászáról. Eredményükben kiemelték ezeknek a betegeknek a nagymértékű sérülékenységet a komplikált gyász lehetőségére, legfőképpen azt az izolációt hangsúlyozva, amely azokat a mentálisan beteg személyeket érinti, akik egész életükben rászorultak szüleikre, akiknek halála után magány, egyedüllét, izoláció vár rájuk, hiszen sem ellátni nem képesek magukat, sem anyagi javakat nem tudnak biztosítani életminőségük fenntartása szempontjából. Jones és munkatársai jelentős konklúzióként írták le, hogy a szülei támogatására szoruló betegek esetében sürgető volna speciális ellátórendszerek létrehozása, amelyeknek keretei közt a betegek nem csak pszichés támogatást kaphatnak, hanem szülei halála esetén segítséget nyújthatnak a temetéssel kapcsolatos szervezésben, a lakhellyel kapcsolatos ügyek intézésében vagy pénzügyi kérdésekben.

Az elmúlt öt év tükrében

2014 óta mindössze két olyan tanulmányt találtunk, amelyeknek fókuszában a pszichiátriai betegpopuláció gyással kapcsolatos élményeinek vizsgálata áll. O'Hare és munkatársai 2014-es kutatásukban a váratlan veszteségek hatását vizsgálták mentális betegek körében (O'Hare, Sherrer, Ce, 2014). Elsősorban az egyéni distressz mértékét szándékoztak felmérni, a nem, a pszichiátriai tünetek és a pesszimizmus változók kontrollálása mellett. 371 személy vett részt a vizsgálatban, amelyben hierarchikus regressziót alkalmazva azt találták, hogy a veszteségből eredő önvád és pesszimizmus szignifikáns kapcsolatban van a poszttraumás stressz zavar tüneteivel. A diagnosztikai csoportok vizsgálata során megállapították, hogy csak a szkizofréniára spektrum zavart mutató betegek esetében volt kimutatható szignifikáns összefüggés a veszteségből eredő distressz és a poszttraumatikus stressz tünete között. Összességében az egyéb tényezőket illetően – beleértve a súlyos pszichiátriai betegségek tüneteit, például a pszichotikus epizódot – kimutatták, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő személyek váratlan veszteségből eredő distressze erős korrelációt mutat a poszttraumás stressz zavar tüneteivel. Mosher 2018-as tanulmányában pszichiátriai

kezelésben részesülő gyermekek és serdülők gyászreakcióinak vizsgálatát mutatja be (Mosher, 2018). Tanulmányában kiemelten foglalkozik a gyermekek gyászának sajátosságaival, hangsúlyozva, hogy a klinikusok gyakran nem tartják szem előtt ezeket a sajátosságokat – pl. annak tényét, hogy a gyermekek gyakran nem beszélnek fájdalmukról. Éppen emiatt a gyerekek esetében a gyász sokszor tévesen kerül értelmezésre: stresszként, szorongásként, depresszióként, gyakran serdülőkori hangulatváltozásként azonosítják. Mosher komoly problémaként kiemeli, hogy a gyermekpszichiáterek gyakran nem megfelelően képzettek és tapasztaltak a gyász területén. Mosher vizsgálata nem tartozik szakirodalmi áttekintésünk fő fókuszába, mégis fontosnak tartottuk megemlíteni, hogy a gyermekkori gyászreakciók, illetve pszichiátriai kórképek differenciálása is egy jelentős, mégis méltatlanul elhanyagolt területnek számít a tudományos szakirodalomban.

Összefoglalás

Az áttekintett szakirodalom alapján egyértelműen megállapítható a témában való empirikus vizsgálatok hiánya, ebből kifolyólag pedig ezek lefolytatásának szükségszerűsége. Releváns empirikus vizsgálódások hiányában nehéz konzekvenciákat levonni, de az valószínűleg megállapítható, hogy a pszichiátriai betegek körében magas a komplikált gyász prevalenciája. Fontos volna a továbbiakban empirikus módszerekkel differenciálni a komplikált gyász típusait, akár a személyek esetében fennálló mentális zavarok tükrében. Mindennek terápiás jelentősége volna nagy, hiszen specifikus terápiás megközelítésben feltehetően hatékonyabban lehetne segíteni a gyászolókat.

IRODALOM

- AINSWORTH, M. D., & EICHBERG, C. (1991). Effects of infant mother attachment of mothers' unresolved loss of an attachment Figure or other traumatic experiences. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde and C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life circle* (pp. 160-183). New York: Routledge.
- AKHTAR, S., BYME, J.P. (1983): The concept of splitting and its clinical relevance. *Am. J. Psychiatry*, 140:1013-1016.
- ALARCON, R. D. (1984). Single case study: Personality disorder as a pathogenic factor in bereavement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(1), 45-47.
- AVERILL, J.R. (1968): Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70, 720-747.
- BERENT, I. (1981): *The algebra of suicide*. New York: Human Sciences Press.

- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York, NY: Basic Books.
- BUCKLEY, T., MARSHALL, SD., BARTROP, R., MCKINLEY, S., TOFLER, G. (2012): Psychological correlates of bereavement and impact of bereavement interventions. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2012; 14(2):129-139.
- BUI, E. (2012): Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin. Neurosci* 2012 Jun. 14(2): 149-157.
- HARVEY, J.H. (1996): Embracing their memory: Loss and the social psychology of storytelling. *Needham Heights, MA: Allyn & Bacon*.
- JACOBS SC (1993): *Pathological Grief: Maladaptation to Loss*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- JONES, D., HARVEY, J., GIZA, D., RODICAN, C., BARRIERIA, P.J., MACIAS, C. (2003): Parental death in the lives with serious mental illness. *J Loss Trauma*. 8(4): 307-322.
- KASAHARA, Y. (1983): On various forms of splitting of the self. *Jpn. J. Psychoanal*. 27:1-5.
- KASL, SV. (2002): Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Studies*. 26:781-792.
- KAST, V. (2005): *A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei*. Budapest, T-Twins Kiadó
- KASTENBAUM, R.J. (1969): Death and bereavement in later life. In. A. H. Kutcher: *DEath and bereavement*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- KEYES, KM., PRATT, C., GALEA, S., MCLAUGHLIN, KA., KOENEN, KC., SHEAR, K. (2014): The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*. 2014 August 1;171(8):864-871.
- KOHUT, H. (1971): *The analysis of the self*. International University Press. New York
- KRISTJANSON L., LOBB E., AOUN S., MONTEROSSO L.. (2006) A systematic review of the literature on complicated grief, Department of Health and Ageing, Canberra, Australia. Idézi: Pilling J. (2012): *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Budapest.
- KÜBLER-ROSS, E. (1988): *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest, Gondolat Kiadó
- LAZARE A. (1979): Unresolved grief, in *Outpatient Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Edited by Lazare A. Baltimore, Williams & Wilkins.
- LINDEMANN, E. (1944): Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychiatry* 1944; 101: 141-148.
- LINDEMANN, E. (1998): Az akut gyász tünettana és kezelése. *Kharón Thanatológiai Szemle*. 2 (4). https://kharon.hu/docu/1998-99-tel_erich-akut.pdf

- LINEHAN, M.M. (2010): *A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája*, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest.
- MOSHER, PJ. (2018): Everywhere and nowhere: Grief in child and adolescent psychiatry and pediatric clinical populations. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. Vol. 27. Issue 1. 109-127.
- NAKAMURA, Y. (1999): Grief reactions treated in a psychiatric out-patient clinic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (1999) 53, 357-363
- OGRODNICZUK, J.S., PIPER, W.E., JOYCE, A.S., WEIDEMAN, R., MCCALLUM, M., AZIM, H.F., ROSIE, J.S. (2003): Differentiating Symptoms of Complicated Grief and Depression Among Psychiatric Outpatients. *Can J Psychiatry*, Vol. 48, No 2.
- O'HARE, T., SHERRER, M., SHEN, C. (2014): Sudden losses and negative appraisal in people with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2014 Aug. 84 (6).
- OKONOJI, K. (1979): *Object loss*. Chuokoronsha, Tokyo.
- PARKES, C.M; WEISS, R.S. (1983): *Recovery from bereavement*. Basic Books.
- PARKES, C.M. (1985): Bereavement. *British Journal of Psychiatry*. 146. 11-17.
- PILLING J.: A gyász lélektana. A normál és a komplikált gyász folyamata, a támasznyújtás lehetőségei. In: Hegedűs K (szerk.): *A palliatív ellátás alapjai*. 2. kiadás. Budapest: Semmelweis K. 196 o. 2009. 175-191.
- PIPER, W.E., OGRODNICZUK, J.S, AZIM, H.F., WEIDEMAN, R. (2001): Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services* 52:1069-1074.
- PRIGERSON, H., AHMED, I., SILVERMAN, G., SAXENA, AK., MACIEJEWSKI, PK., JACOBS, SC., RANDO, T.A. (1984): *Grief, Dying, and Death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
- RAPHAEL, B. (1983): *The anatomy of bereavement*. Basic Books.
- REYNOLDS CF, MILLER MD, PASTERNAK RE (1999): Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 156:202–208.
- SANDERS, C. M. (1989). *Wiley series on personality processes. Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- SELYE, H. (1965): The stress of life new focal point for understanding accidents. *Nursing Forum*.
- SHEAR, MK. (2012): Getting straight about grief. *Depression and anxiety*. 2012;29(6):461-464.

- SILVERMAN, GK., JOHNSON, JG., PRIGERSON, HG. (2001): Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 202-245.
- STERN, K., GWENDOLYN, M., WILLIAMS, B.A., PRADOS, M. (1951): Grief reaction in later life. *Am. J. Psychiatry*, 108:289-294.
- STROEBE, M. S., & STROEBE, W. (1993). The mortality of bereavement: A review. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 175-195). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- TURVEY C, CARNEY C, ARNDT S. (1999): Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years or older. *American Journal of Psychiatry* 156:1596–1601.
- VACHON, M.; SHELDON, A.R.; LANCEE, W.J; LYALL, W.; ROGERS, J.; FREEMAN, S.J.J. (1989): Correlates of enduring distress patterns following bereavement: Social network, life situation and personality. *Psychological Medicine*. 12(4):783-8
- VOLKAN, V. D. (1970): Typical findings in pathological grief. *Psychiat. Q.* 44:231-250.
- VOLKAN, V. D. (1983): Complicated mourning and the syndrome of established pathological mourning. *New Psychiatric Syndromes*. New York: Aronson.
- WITTMANN, D. & KESHAVAN, M. (2007): Grief and Mourning in Schizophrenia. *Psychiatry* 70(2) Summer 2007.
- WORTMAN, C.B. & SILVER, R.C. (1989): The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- ZISOOK S, SHUCHTER SR, SCHUCKIT M (1985): Factors in the persistence of unresolved grief among psychiatric outpatients. *Psychosomatics* 26:497–503.
- ZISOOK S, LYONS L (1990): Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega* 20:307–322.
- ZISOOK, S., SHEAR, K. (2009): Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*. 2009 Jun. 8(2): 67-74.

Tomán Edina

pszichológus hallgató
PPKE Pszichológiai Intézet
toman.edina@gmail.com