

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Kiss István

Programvezető: Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Témavezető: Dr. habil B. Erdős Márta PhD

A perinatális gyász hatása a családban élő testvérekre

Doktori (PhD) értekezés

Bornemisza Ágnes Yvette



Pécs, 2023

Tartalom

1	Problémafelvetés, célkitűzés.....	3
2	Történeti áttekintés. A gyászfeldolgozás hagyományos módjai: rítusok, hiedelmek, mesék.....	5
2.1	Új rítusok a gyakorlatban	10
3	Alapvető fogalmak és összefüggések	11
3.1	A gyász fogalma	11
3.1.1	A gyász fogalmának meghatározása a XX. század elején.....	12
4	A gyász formái.....	12
4.1	A normál gyász folyamata	12
4.1.1	A szakasz-modelleken túl.....	15
4.2	Nemi különbségek a gyászban	17
4.3	Komplikált gyász.....	18
4.3.1	A korai kötődés szerepe a gyászban.....	21
4.4	A perinatális halál fogalma.....	23
5	A gyászoló gyermek – A halál és a gyermek viszonya.....	25
5.1	A perinatális gyász jellemzői.....	29
5.2	A perinatális veszteség és a család	32
5.3	A perinatális veszteség hatása a nagyobb és a kisebb testvérekre.....	33
5.4	Spirituális orientáció és coping	37
6	Kutatói kérdések	38
7	Átfogó módszertani keret	38
8	A kutatás folyamata	40
8.1	Módszerek	40
8.2	Minta	40
8.3	Interjúk	42
9	Az első vizsgálat.....	43
9.1	Az interpretatív fenomenológiai analízis.....	43
9.2	AZ IPA-elemzés menete.....	45
9.3	Az IPA-elemzés eredménye	46
10	Integrált módszer szerinti (kvantitatív-kvalitatív) tartalomelemzés. A nemek közötti lehetséges különbségek vizsgálata.....	60
10.1	Minta és módszer	60

10.2	A kvantitatív elemzés eredményei	62
10.3	A kvalitatív komponens: a „név” és a „születés” kontextuselemzése.....	64
11	Megvitatás.....	68
12	A kutatás korlátai	71
13	Javaslatok.....	71
13.1	A gyermek gyászának segítése	74
14	Köszönetnyilvánítás.....	75
15	Mellékletek	77
15.1	A normál gyász szakaszai	77
15.2	Nyolcéves kisfiú rajza.....	78
	Irodalomjegyzék.....	79
	Hivatkozott jogszabályok.....	97

1 Problémafelvetés, célkitűzés

„A perinatális veszteség elterjedt egészségügyi probléma, minden negyedik várandósság veszteséggel végződik. Évente világszerte mintegy 2,6 millió körüli halvaszülés tartanak számon.” (Herbert et al., 2022, p. 118)

A perinatális veszteség a gesztációs hetek előrehaladásától függetlenül okozhat traumát a várandósok körében. Ez a mentális teher sokaknál pszichiátriai elváltozásokhoz vezet. Szignifikáns összefüggést találtak a depresszió, a szorongás és a poszttraumás stressz betegség (PTSD) kialakulása között azon nők körében, akik perinatális veszteséget éltek át (Herbert et al., 2022).

Először családgondozó védőnőként kerültem kapcsolatba olyan családokkal, akik még magzati korban, vagy a szülés során veszítették el gyermeküket. Ezen a kevésbé kutatott területen számos kérdés merül fel. Gyakorló szakemberként megfogalmazott kérdéseimre csak a gyász, főként a perinatális gyász széles körű tanulmányozásával kaphattam választ. 2006 óta készített interjúim, 15 éve folytatott gyásztanácsadói működésem, valamint 18 éven át a családok körében végzett védőnői munkám, tapasztalataim során döbbsentem rá, mennyire mélyreható és szerteágazó problémával állok szemben. Úgy tűnt, a családoknak a már megszületett, vagy ezután születendő gyermekükhöz fűződő viszonyában kulcsszerepe van a perinatális

veszteség feldolgozásának, illetve annak, hogy ebben milyen segítséget kaptak és kaphatnak a jövőben. Dolgozatomban szeretném felhívni a figyelmet a perinatális veszteséget átélt családok gyászában való segítség fontosságára.

„A halállal kapcsolatos jelenkori magatartást mi sem jellemzi jobban, mint, hogy a szülők nem merik tudatosítani gyermekeikben a halál tényét. Ez azért különösen figyelemreméltó, mert szimptomatikusan mutatja a haláltudat egyéni és társadalmi szinten zajló elfojtásának mértékét és formáját. A szülők attól a homályos érzéstől vezetettve, hogy ártanának a gyerekeknek, elrejtik előlük az élet egyszerű tényeit, amelyeket pedig elkerülhetetlenül meg kell ismerniük, és fel kell dolgozniuk.” (Elias, 2000, p. 26)

A jelenség elfedése, elfojtása gyakori a családok életében. A szülők és testvérek fel nem dolgozott gyásza azonban testi és mentális egészségkárosodáshoz vezethet (Funk et al., 2018). A perinatális veszteség hatása a családi rendszer egészét érinti. A túlélő gyermekek nem találják meg a helyüket ebben a megváltozott környezetben. A parentifikáció – amikor a gyermek megpróbál gondoskodni a szüleiről és a testvérekről – szinte mindig megjelenik, befolyásolva a túlélő testvérek személyiségfejlődését. Ezeknek a gyerekeknek a válságélményt a „Nem tudtam, hol a helyem” gondolata adja meg. Bizonyos esetekben a szülők az elhunyt csecsemőt egy másik gyermek születésével szeretnék helyettesíteni.

Ezzel a veszteséggel maga a lét értelme, a jövőhöz kapcsolódás lehetősége is sérül. A család elveszíti a viszonyítási pontját, a kis közösségnek rendszerszinten is át kell alakulnia. Újra kell értelmezni a szerepeket, a funkciókat. A családban élő személyek és a család mint közösség is veszteséget, gyászt él át. Ez a gyász túlmutat a családtagok egyéni veszteségén, többletet, egymásra hatást sejtet (Murray et al., 2005).

Radnóti Miklós visszaemlékezése testvére halálára, akit születése során veszített el a család, tükrözi azokat az érzéseket, a traumatikus sokkot és a reakciókat, amely perinatális testvérvesztés kapcsán rajzolódnak ki és hagynak nyomot egy gyermek lelkében.

„– Ikerszülés volt? – mondtam ámulva utána. – Mi mindent rejtegetnek ezek még! – csikordítottam össze a fogaim s a kezem ökölbeszaladt... Micsoda család! Minden másképpen van, mint másoknál, rendes embereknél!

– Hol az ikertestvérem? – támadtam a nénire gyanakodva.

– Meghalt, gyöngé volt, egy-két percig élt csak. Az is fiú volt. – És? – Mit és? – És... és anya azért halt meg, mert ikergyerekei lettek? – Azért – törölt ki gyorsan egy könnyet a szeméből a néni, – de ezen már úgysem lehet segíteni, ne kérdezzess és különben sem való ilyesmiről beszélgetni. Szégyelld magad! (...)

– Én a falhoz vágtam volna apa helyében azt a kölyköt, tudja? – ordítottam az ajtón át.

– Bolond vagy? Milyen kölyköt? – nyílt ki hirtelen az ajtó.

– Engem, – sziszegtem összeszorított szájjal, – mindenki meghalt neki, csak én maradtam! És most azt se lehet tudni, hogy én haltam-é meg, vagy a testvérem. Ha ikergyerekek vannak, honnan lehet azt tudni?!” (Radnóti, 2003, pp. 41–42).

2 Történeti áttekintés. A gyászfeldolgozás hagyományos módjai: rítusok, hiedelmek, mesék

Évszázadokon keresztül az élet fordulópontjait, az ezeket kísérő élményeket, az identitás-változást hagyományosan az átmeneti rítusok segítségével tették lélektani értelemben biztonságossá (Turner, 2002; Van Gennep, 2004).

„Az átmeneti rítust mint szakkifejezést Arnold van Gennep honosította meg, s a szakirodalom úgy használja, mint az emberi élet fontos átmeneteihez fűződő rítusok összességének megjelölését. Ide tartoznak pl. a gyermek születéséhez, a felnőtté avatáshoz, a lakodalomhoz, temetéshez fűződő rítusok. Az átmeneti rítusokra azért van szükség, hogy megkönnyítsék az egyéni életben beálló kríziseket, melyeket a változás idéz elő, a hirtelen átmenetet lassítsák s kész közösségi formákat, szerepeket bocsájtsanak az egyén rendelkezésére.” (Ortutai, 1997, p. 420)

Bár napjainkra ezek a rítusok tradicionális értelemben hiányoznak a társadalom életéből, nyomaik még láthatóak, felfedezhetőek – akár a megtapasztalt hiányokon keresztül. A rítusok funkciójának jobb megértése, a születés és a halál körüli rítusok tartalmának rövid áttekintése segítheti a későbbi elemzés folyamatát.

„A rítus kollektív viselkedési program az életút fordulópontjaira – születés, esküvő, halál –, s ezek részeként a veszteség, a krízisek elviselésére, áthidalására. A gyászrítusoknál a cél a tovább élőket ért veszteség lehető legrugalmasabb feldolgozása: a test eltávolítása az élők közül, ugyanakkor gondoskodás a testről, gondoskodás a lélekről – és gondoskodás a gyászolókról.” (Polcz, 2005, p. 9)

Régebben – főleg vidéken – a születés, a menyegző, a halál szerves része volt a közösség életének. A paraszti kultúrában a várandós asszonynak kiemelt tisztelet jutott, tiltások, hiedelmek egész sora vette körül, segítve őt az anyává válás folyamatában. A születendő gyermeket is személyként tartották számon. A gyermek tényleges élete a paraszti kultúrában már a fogantatással elkezdődött, a várandósság első tényleges jelei (pl. menstruáció elmaradása, testi változások) az anyának bizonyosságot adtak állapota felől. Az emberi élet első szakaszának a magzati kort tekintették. Ennek hátterében az a vallási meggyőződés állt, hogy az élet Isten ajándéka, és ez az élet a fogantatással veszi kezdetét. A gyermekáldást az élet természetes részének tekintették (Bodovics, 2011).

A gyermekágyas asszonyt rokonsága, komaasszonya, szomszédai a gyermekágy egész ideje alatt aktívan segítették testileg, lelkileg. A „Boldogasszony ágyát” elhagyó anya, édesanyja és a bába kíséretében asszonyavatáson vett részt a templomban, s így nyert mintegy újrafelvételt, mint anya, a falu közösségébe (Balázs, 1999).

A kis csecsemőt, amíg meg nem keresztelték, nem volt szabad a nevéen szólítani, hiszen így a hiedelem szerint kiszolgáltathatták őt a gonosz szellemeknek. Gyakran csak az általános „pogányka, buba” megszólítást használták. A keresztelés belépést jelentett a családnak, a falunak és az egyházi közösségnek. Ezáltal lett teljes jogú személy a gyermek, és egyben védelem alá került spirituális értelemben is. Ha a csecsemő élete veszélyben forgott, akkor a bába keresztelte meg. A keresztelenül meghalt gyermekről azt tartották, hogy a gonoszé lesz, és csontjai varázserővel bírnak.

A halálhoz, a temetéshez kapcsolódó rítusok még kötöttebbek, még hagyománytisztelőbbek voltak, mint bármely más életfordulóhoz kötött rítus. A paraszti társadalom félt a halottal, halállal kapcsolatos tartalmaktól, így minden szokást pontosan betartottak, ami a halotthoz, a temetéshez tartozott. Ezen szokások által ugyanakkor a közösség megtartó ereje is kifejeződött, ez az erő segítette a gyászolókat fizikai, mentális és spirituális szinten is. A temetéssel, de főleg a torral lezárult a gyász egy szakasza. Megtörtént a végleges elválás, az érzelmek intenzitása csitult. A torral kezdetét veszi újra az élők felé való odafordulás, de – ami nagyon fontos – nem egyedül, hanem a közösség segítségével (Polcz, 2001; Polcz, 2005; Bodovics, 2011).

A paraszti kultúrában a szülés körüli időben meghalt gyermekeket is megillette ugyanaz a tisztelet, mint idősebb kortársaikat. A koraszülöttet általában a nagyszülők vagy közeli hozzátartozó sírjába tették, ezt a nagykereszt elé állított kiskereszt jelezte.

Kicsi, gyakran fehér színű koporsóba temették el a kis testeket. Lényeges kérdés volt a keresztelés, amelyet ilyen esetben a szülő is elvégezhetett, akár a halott csecsemőn is (Balázs, 2015). Ha a nő áldott állapotban halt meg, vagy ha gyermeke vele együtt távozott el, akkor nem tették a koporsóba az egyébként szokásos szertartásos tárgyakat, amelyek a halott anya életben maradt csecsemőjét voltak hivatva megvédeni. Ilyenkor a holt gyermeket anyja karjára fektették, s vele együtt temették el.

„Nincs haláleset, mely falusi népünk kedélyére oly megrendítő hatást gyakorolna, mint a mikor gyermekágyban hal el az asszony. (...) Kalotaszeg néhány községében az így elhalt asszony ruhájába kankó forma tövist aggatnak, hogy ettől akadályozva, sírjából fel ne keljen és gyermekéhez éjjente el ne látogasson. Jegenjén (Kalotaszeg) ezelőtt sok évvel egy asszonyt tövis nélkül temettek el, miért is minden éjjel gyermek látogatni ment, és szoptatta csecsemőjét, mitől ez 'megdühödött' (megőrült).” (Wlislöckiné Dörfler, 1893, p. 208)

A fent leírt rítusok és babonák élénk tárják a falusi társadalom hitvilágát, az élők és a halottak világának elválasztását célzó, a gyászmunkát segítő tevékenységeket. Tanúi lehetünk a földi élet utáni örök életbe vetett hitnek, ugyanakkor a babonás félelemnek, amely itt még élesebben rajzolódik ki a várandósság, a születés és a halál fényében.

A testvérvesztés jelenségvilágát, a tapasztalatok, élmények jelentésszerveződését a mesék is megőrizték. Egy korábbi publikációban a Grimm fivérek „Hét holló” című meséjét elemeztük témavezetőmmel. A mese univerzális síkon fogalmazza meg és teszi értelmezhetővé a halállal, az elválással, az önvádlással, az áldozattal, a szülők szerepével és a halottak világával kapcsolatos érzéseket. A testvérvesztést átélő személyeket „elfeledett gyászolóként” tartja számon a szakirodalom: érzéseiket gyakran elfojtják, emlékeikről nem beszélnek, mivel a veszteség a család néma történetévé vált. A „Hét holló” a testvérgyász kulcsmotívumait jeleníti meg. Egy perinatális veszteséget átélt család bemutatásra kerülő története – hét testvér interjúkból kibontakozó visszatekintése – világos párhuzamokat mutat a mese világával, alátámasztva az irodalmi művek, a művészet jelentőségét a halállal kapcsolatos emberi tapasztalatok megismerésében (Bornemisza & B. Erdős, 2021).

A bemutatott néprajzi írások, mesék jól tükrözik a perinatális halál problémakörének összeolvadását a keresztény hit és a hiedelmek, babonák tág körével.

A feldolgozás, a veszteség természetes megoldásának irányadója a népmese és a népmesei elemeket, ősi mítoszokat is magukba foglaló, egyéb irodalmi alkotások. „A mese nem pusztán az adott kultúra, a társadalmi viszonyok terméke – ez inkább csak a felszín –, hanem a mélyszerkezetben, a pszichológiai síkon általános érvényű emberi problémák, válságok, konfliktusok, viszonyulások kifejeződése. A mesék mint a képzelet világának kollektív keretei évezredek óta segítik az életben való eligazodást, fogódzókat nyújtanak a kríziseken, veszteségeken és a gyászban való áthaladáshoz.” (Boldizsár, 2010, p. 18). E hagyományos fogódzók a perinatális veszteség feldolgozásához azonban ma már egyre kevésbé érhetőek el a traumatikus élményeket átélő testvérek számára.

De hogyan kezeljük ezeket a kérdéseket ma, a XXI. században?

A születés és a halál folyamata a XX. század második felétől egyre inkább kórházi keretek közé került, olyannyira, hogy ezt ma már magától értetődőnek érezzük. Az élet kezdő- és végpontja – amely a perinatális halálesetknél egybeesik, vagy megközelíti egymást – a maga természetes közegéből kikerülve, intézményessé vált, kétségtelenül segítve ezzel az embereket, akik biztonságban érezhették magukat a szülés, illetve hozzátartozóikat a halál pillanataiban. A korábbi rítusok hely, idő, hit és igény „hiányában” értelmüket veszítették, így kikoptak a mindennapokból. A XX. század halálképének alakulásában a történelmi helyzetek által generált társadalmi változásokat is tetten érhetjük. A különböző migrációs folyamatok, az etnikai csoportok, más és más hagyományokkal rendelkező nemzetiségek beolvadása a városi polgári rétegbe nem kedvezett a rítusok fennmaradásának, nemzedékeken átívelő megőrzésének. A világháborúk és a holokauszt borzalmi a méltóságteljes halál elvesztéséhez vezettek. Az emberek érzelmileg kiüresedtek, egyfajta önvédő mechanizmus révén elkerüléssel, tagadással védekeztek (Buda, 1997).

Az 1950-es évektől a halálhoz fűződő viszonyunk erőteljes változásnak indult. Szerepet játszott ebben a városi élet preferálása, a nukleáris családmodell elterjedése, a nők nagyarányú munkába állása, valamint a – jó egészségben, vagy rosszabb életminőségben – megélt évek növekvő száma. A családok, a kisebb közösségek ebben az új életformában már nem tudták vagy/és nem is akarták felvállalni haldokló családtagjuk gondozását, kísérését. Ezeket a feladatokat lassan, de egyre elkerülhetetlenebbül az egészségügyi dolgozók és a temetkezési vállalat alkalmazottai vették át (Cseri, 2002; Muszbek, 2002). A rítusok helyét átvette a tudomány reális világa, amely mindenki számára logikus és megnyugtató magyarázatot kívánt adni a

születés és a halál egzakt módon meghatározott módját, helyét és okát illetően. Ezt a folyamatot erőteljesen segítette az orvostudomány és a technika rohamos fejlődése. Új gyógyítási eljárások, korszerű gyógyszerek, bravúros műtéti beavatkozások által az orvosok, az egészségügyi szakdolgozók magas szintű, a megelőzést és a korszerű terápiát célzó munkája elejét tudja venni a korábbi halálos betegségek, járványok, baleseti szövődmények magas mortalitási és morbiditási mutatóinak. Az emberek számára a halál fenyegető közelsége eltűnt a hétköznapiakból, a felelősség, a szenvedéssel való szembenézés már az egészségügy személyzetére és a kórházakra hárult. A hozzátartozók könnyebben felmentik magukat a „mindent megtettünk érte”, „jó kezekben van”, ott „biztos segítenek rajta” tudattal. Ezáltal azonban térben és érzelmileg eltávolodnak szerettüktől, a haldoklás folyamatával nem találkoznak, vagy legfeljebb csak érintőlegesen. Az orvosok, egészségügyi szakdolgozók munkájának célja a gyógyítás, és ennek minél gördülékenyebb elősegítése. Számukra a halál „legyőzése” kihívás, annak bekövetkezése pedig kudarc, nem az emberi lét természetes velejárója. Ennek a szemléletnek az átformálódása lassú folyamat, és komoly átalakulást tesz szükségessé, de az igény több szintéren is megfogalmazódik a társadalomban, az egészségügyben és az érintett hozzátartozókban (Mucsi, 2015).

Szekularizálódott világunkban nem egyértelmű a hit segítők szerepe. Régen a hit – a zsidó-keresztény kultúrkörben – egyet jelentett az egyistenhittel, melyet a liturgiák, a kötött imádságok, énekek tartalommal töltöttek meg. Egyet jelentett továbbá az életvégi elszámolással és a túlvilági örök élettel. Ez igazi kapaszkodót adhatott az egyház közösségéhez tartozóknak, nemcsak szociális, hanem lelki értelemben is. A mai kor embere számára a hit, a vallásgyakorlás, a transzcendenssel való kapcsolat vagy a spiritualitás külön fogalmakat jelöl, melyek igény szerint felcserélhetők, egymással helyettesíthetők, akár az élet különböző szakaszaiban is (Pikó, 2005). „Az értékek pluralizálódásával a vallásfogalom manapság többféle értelmet is kap, egyre többen vallják magukat a »maguk módján vallásosnak«, a spiritualitás egyéni útjait keresve (...), de a vallás egyéb formáinak protektív szerepe ezek esetében nem érvényesül.” (Mucsi, 2015, p. 23)

Ma a halálról alkotott elképzelésünket élővé és fenyegetővé teszi többek között a média elhatalmasodott szerepe. A híradások első helyen közlik az erőszakos halál horrorisztikus formáit, balesetek, járványok, terrorcselekmények, háborúk kapcsán. Szinte esélyünk sincs, hogy másképp gondoljunk a halálra, az emberi testre – amely ebben a végső állapotban is tiszteletet érdemelne –, mint véres, roncsolódott tetemre,

vagy éppen steril körülmények között, gondosan „becsomagolt” elkülönített tárgyra. Az élet végeességére távoli, idegenszerű, esetleges eseményként tekintünk (Limpár, 2009).

A halál fogalma – nem várt módon – az utóbbi két évben a járvány, a szövődményes betegségek és a háború jelentéséhez kapcsolódott. Ezek a válságjelenségek korunk emberét nem segítik hozzá az elmúlás folyamatának befogadásához, mélyebb megértéséhez, az élet értékének felfedezéséhez.

2.1 Új rítusok a gyakorlatban

A ma emberétől távol került a haldoklással, halállal kapcsolatos korábbi rítusok sorozata, s ez a temetési szertartásokban is változást hozott. A hagyományos, koporsós temetésnél gyakran elmarad a nyitott koporsó felravatalozása, a szeretett elhunyttól való személyes búcsú, az egyházi rítus – kirendelt egyházi személy, lelkész, pap, diakónus esetén – egyedi, a hozzátartozók felé irányuló vigasza. Egyre elterjedtebbé vált a holttest elhamvasztása, majd a hamvak – a végakarát vagy a hozzátartozók belátása szerinti – urnás temetése, szétszórátása, vagy az otthoni, esetleg saját kertben való elhelyezése, akár a hamvak megosztása révén is (Mucsi, 2015). Ezeknél az újszerű szokásoknál kevés az elhunyt szerettünkkel való kapcsolódási pont. Nem látjuk, nem érintjük a holttestet, az egyházi szertartás, az egyházi személy búcsúszavai a vallásgyakorlás, illetve a személyes ismeretség hiányában csak frázissá változhatnak, nem adnak támogatást, megnyugvást, reménybeli távlatot. A modern technika próbál segíteni, áthidalni a veszteség, üresség érzését a gyászoló és az elhunyt között. A krematóriumok lehetőséget adnak a hamvasztás képernyőn keresztüli kísérésében, a hamvak különféle módon való szétszórátásában. A digitális világ elterjedésével lehetőségünk van virtuális sirató szobában fényképek, zene segítségével búcsúzni szerettünktől, majd emléket, sírhelyet állítani neki az internetes temetőben. S ha hozzátartozónkat „örökké magunk mellett szeretnénk tudni”, gyémánt formájában ékszerbe, műtárgyba ágyazva őrizhetjük, viselhetjük (Szépe & Ferdinandy, 2010).

A felsorolt „megoldások” sok lehetőséget kínálnak a későmodern fogyasztói társadalom emberének, félő azonban, hogy megnyugvást, valós gyászfeldolgozást, az utódok számára megfelelő kegyeleti megemlékezést nem, vagy csak részben tudnak adni. Kérdések vetődhetnek fel bennünk, bár a holttest elhamvasztásával egyszerűbbé, „költséghatékonyabbá”, „környezettudatosabbá” tehetjük a temetést, de mentálisan

nem tudunk lépést tartani a gyors, búcsú nélküli átváltozással, így a gyász munka megreked. Az otthon őrzött, megosztott hamvak megakadályozzák az elválás, az eltávolodás fájó, de elengedhetetlenül szükséges mozzanatát. A fizikai távolság, illetve a holttest, vagy hamvak kitüntetés, társadalmilag elfogadott, nyilvános helyen való látogatása azonban az egészséges gyászfolyamatot segíti (Mucsi, 2015).

„Fontos, hogy tudatosabban nézzünk szembe »az élet végességével«. Mindez nem könnyű feladat, mivel a halálra senki sem gondol szívesen. Mégis fontos küldetés, egyrészt mivel a végességünk ad valódi értéket, értelmet és méltóságot az életünknek, másrészt mert a haldoklók és gyászolók helyzetének átgondolása, segítése továbbra is nagy kihívást jelent a társadalom és az egészségügy számára.” (Nemes & Hegedűs, 2021, p. 8)

3 Alapvető fogalmak és összefüggések

3.1 A gyász fogalma

„A gyász annak az átélése, hogy az elveszített személy része saját énünknek; ehhez társul annak a kínos érzése, hogy a halált saját részünk elvesztéseként éljük át.” (Kovácsné Török et al., 1995, p. 243) „A gyász lényege a veszteség, a bánat.” (Pilling, 2003, p. 27) A gyász folyamatának leírása és a normál gyász fogalma is főleg az európai kultúrkörben megfigyelt viselkedésmintákon alapul. A normál gyász fő jellemzője, hogy lezajlik „magától”, az esetek többségében nem igényel külső beavatkozást, szaksegítséget. A gyászfolyamat beazonosítható jegyek alapján jól nyomon követhető. A veszteség kapcsán kialakult magatartásformát számos tényező befolyásolja: az elhunyttal való kapcsolat jellege, a halál módja, a gyászoló életkora, neme, személyisége, korábbi veszteségei és annak feldolgozása, előzetes (mentális) betegségei, jelenlegi pszichés státusza, kulturális háttere, vallásossága, szociális kapcsolatrendszere. Mindezekből adódóan a gyászfolyamat mindig egyedi (Kovácsné Török & Szeverényi, 1996).

A gyász definiálása sok kérdést vet fel. Főleg az utóbbi évtizedekben, több megfogalmazás is született a gyász leírására. Egységesnek mondható azonban az a szemlélet, hogy természetes folyamatról, de (lelki és fizikai) fájdalommal teli időszokról beszélhetünk, amely magába foglalja a feldolgozás lehetőségét (Kiss & Sz. Makó, 2015).

3.1.1 A gyász fogalmának meghatározása a XX. század elején

Sigmund Freud már az 1900-as évek elején foglalkozott a gyász és a melankólia természetével, Trauer und Melancholie című műve 1917-ben jelent meg (magyar kiadásban lásd Freud, 2003). A műben finom, de jól körülírható határokat von a két fogalom köré, ami máig jó kiindulópontja lehet a téma kutatóinak.

„A gyász rendszerint valamely szeretett személy vagy helyébe lépő absztrakció – haza, szabadság, eszmény stb. – elvesztésére adott reakció (...) Számos személy esetében gyász helyett melankólia lép fel.” (Freud, 2003, p. 453) A lehangolt, nehézkes viselkedést ma is gyakran társítjuk a depresszióval (Scheier & Carver, 2006). A melankólia a szeretett tárgy elvesztésére adott reakció, de ilyenkor a veszteség eszmei jellegű, és tudattalan, a tárgy, mint szeretett tárgy megy veszendőbe. A gyász ezzel szemben tudatos veszteség, és itt elsősorban nem az én (a szelf) válik szegényé, hanem a gyászoló környezete. A melankóliára jellemző tünetek egy része a gyászból, másik része a nárcisztikus tárgyvesztésből, a nárcizmusra való regresszió folyamatából ered (Freud, 2003).

4 A gyász formái

4.1 A normál gyász folyamata

A szakirodalomban olvasható modellek különböző tagolást használnak a gyász leírása kapcsán.

Lindemann az eredetileg 1944-ben publikált cikkében foglalkozik elsők között az akut gyász tünettanával (Lindemann, 1998). A háborús veszteséget átélt hozzátartozók és a Coconut Grove-i tüzeset áldozatainak családtagjai, valamint ismerősei gyászreakcióit méri fel interjúk formájában. Ebben a tanulmányban már leírásra kerülnek a megelőlegező gyász reakció mellett a stressz okozta testi elváltozások, panaszok, elmerülés az elvesztett személlyel kapcsolatos emlékekbe, a büntudat, indulatosság, a mindennapos viselkedési szokások megváltozása és végül a patológiás gyászreakciók határát súroló tünet, amikor az elhunyra emlékeztető vonások megjelennek a gyászolónál. A későbbi szerzők az 1960-as években született modellekben három fázist különítenek el a veszteség folyamatoként: ezek az érzelmi sokk, a veszteség tudatosulása és a felépülés. A hatvanas évek után szinte

évtizedenként találkozunk új szerzőkkel és modelljeikkel. A későbbi években született leírások az első és a harmadik szakasz tekintetében azonosak, de a továbbiakban már differenciáltabban mutatják be a folyamat jellemzőit. A szakemberek érzékletesen próbálják megragadni a gyászfolyamat sokszínűségét, dinamikáját, az egyes szakaszok határait. Az egyik legismertebb, napjainkban is gyakran használt, ugyanakkor számos kritikával illetett felosztás Elisabeth Kübler-Ross nevéhez fűződik, aki orvosként haldoklók mellett dolgozva figyelte meg a haldoklás fázisait, amelyet a gyász feldolgozására is alkalmazni kezdtek. Kübler-Ross szerinti fázisok: elutasítás, düh, alkudozás, depresszió, belenyugvás (Kübler-Ross, 1988). A főbb szakaszmodelleket bemutató táblázat a mellékletben található (6. táblázat: A normál gyász szakaszai, lásd 15.1 melléklet) (Pilling, 2003). E szemléleti keretben a gyász egyes szakaszai a következők:

Anticipációs vagy megelőlegező gyász

Lindemann (1998) mutatott rá először arra, hogy a gyászfolyamat nem feltétlenül akkor következik be, amikor a szeretett személyt elveszítjük. Életveszélyes helyzetben, illetve hosszan tartó súlyos betegség esetén a veszélyben lévők hozzátartozói gyakran gondolnak szerettük elvesztésére, mintegy előre belehelyezkednek a gyászoló szerepébe. Ez az állapot sokszor ténylegesen megkönnyítheti a veszteség elviselését, másrészt azonban túl szoros kötődést, ragaszkodást is létrehozhat, ami inkább már akadályozza a normál gyászmunkát.

Sokk szakasza

A halál híre sokakat lesújt, bénultság, egyfajta erőtlenség lesz úrrá rajtuk. Másokat az érzelmek kavalkádja ragadja magával, kontrollálhatatlan érzelmi kitörések követhetik egymást. A külvilág realitásához való viszony megváltozik, a „mintha megállt volna az idő” érzése jelenik meg (Pilling, 2003).

A sokk időtartama rövid, intervallumát a halál váratlansága befolyásolhatja.

Kontrollált szakasz

A gyászolóban tudatosul a halál ténye, de ezt a kínzó hiányt egy ideig elfedi a temetés és más hivatalos ügyek intézésének fontossága.

Ezen szakasz jellemzői: a tehetetlenség, az önbizalom-csökkenés, az események kívülállókénti, illetve álomszerű megélése, a passzivitás vagy éppen a túlzott aktivitás,

a haláleset miatt érzett düh, a vádaskodás, az ingerlékenység, a bizalmatlanság. Ez a periódus gyakran a temetés szertartásával zárul le.

Tudatosulás szakasza

A temetésen való részvétel által tudatosul a gyászolóban az elválás. A gyászszertartás során lehetőség nyílik az érzelmek szabad kifejezésére, a búcsúzásra, de egyben helyet kell, hogy kapjon a közösségi támasz segítő megnyilvánulása is.

Ezen szakasz érzelmileg legnehezebb fázisa a temetés után kezdődik. A gyászoló ekkor szembesül igazán a magára maradással, a korábban elfojtott gondolatokkal, emlékekkel, érzésekkel. Általában ilyenkor már háttérbe szorul a családi, baráti segítség is.

Mindezen hatások eredményezik a gyászfolyamat legösszetettebb szakaszát, amelynek főbb jellemzői az alábbiak:

- az érzelmek sokszínűsége;
- a gondolkodás változásai;
- magatartásbeli változások;
- a társas kapcsolatok változása;
- testi tünetek.

(Lindemann, 1998; Pilling, 2003)

Átdolgozás szakasza

Az elhunytal kapcsolatos emlékek egyre inkább kontrollálhatóvá válnak, a kínzó emlékek helyét mindinkább átveszik a szép, a megnyugvást adó emlékek. A hozzátartozó gondolatainak túlnyomó része még mindig elveszített szerettével kapcsolatosak, de már nem tolakodóak, egyre inkább a racionális elfogadást szolgálják. Ez az időszak több hónapig tarthat, és felöleli az elhunytal kapcsolatos kedves évfordulókat is (a karácsony, a név- és születésnap, a halál évfordulója stb.). E jeles napok felkavarhatják, fájdalmassá tehetik a már lecsillapodott érzelmeket, de ezek megélése egyben segíti a gyászfolyamat előrehaladását, előre mutat a gyász (sikeres) feldolgozása, az adaptáció felé.

Adaptáció szakasza

Az adaptáció utal a gyász feldolgozásának befejezésére, amelynek során a gyászoló mint emléket hordozza magában az eltávozottat. A gyászév általában lezárult,

s a hozzátartozó képessé válik mindennapjaiban a megszokott életformát élni, problémamentesen megfelelni „új szerepeinek”, amelyekben nemegyszer az elhunyt helyére lép. A hozzátartozó a jövőt nem látja kilátástalannak, inkább tervezhetőnek, örömtelinek. Az élet újra színessé válik (Pilling, 2003).

4.1.1 A szakasz-modelleken túl

Elisabeth Kübler-Ross elmélete és a további szakaszmodellek mellett más elméletek is születtek a gyász folyamatáról, árnyalva a jelenség leírását, elfogadva a gyász egyediségét, sokszínűségét (Tyrrell et al., 2023).

„Régóta gondolom azt, hogy Kübler-Ross tévedett. A haldoklás és a gyász 'pszichológiai szakaszai' teljesen eltérőek. Annak, aki meghal, ott a vég, de ez nincs így a gyászoló esetében. A gyászoló ember tovább él, és amíg él, mindig fennáll a lehetősége a gyásznak. Mindannyian másként gyászolunk, de általában a halál által kiváltott kezdeti sokk és félelem idővel csökken. A gyászmunkának köszönhetően fokozatosan jobban érezzük magunkat, bár fennmarad némi szívfájdalom. Az ünnepek és az évfordulók köztudottan nehezek. A gyász enyhülhet, majd figyelmeztetés nélkül újra feltámadhat." (Grosz, 2013, pp. 208–209)

Kübler-Ross elméletének egyik legerősebb kritikája Klass, Silverman és Nickman 1996-ban publikált könyvében olvasható: szerintük az egészséges gyászt a megváltozott kötelék folyamatos fenntartása (continuing bond), és nem az eltávolodás (detachment) és a belenyugvás (acceptance) jellemzi (Klass et al., 1996).

Mindamellet a gyász szakaszainak áttekintése hasznos adalékokkal szolgál a téma mélyebb megértéséhez, és az emlékezés jelentőségének előtérbe helyezésével (Pilling, 2003) egyes modellek közötti átjárhatóság is megteremthető.

Jelenleg a szakasz-modellek mellett találkozhatunk más elméletekkel is, ezeket a szakirodalom különböző hangsúlyokkal, árnyaltsággal mutatja be. Napjainkig öt fő nézet határozta meg a veszteséggel kapcsolatos elméleteket, kutatásokat. A gyászmunka-koncepció (Freud, 2003) azt a folyamatot jelöli, amit a gyászt átélt személyeknek meg kell élniük, hogy a veszteséggel meg tudjanak küzdeni (Freud, 2003). A kötődésemélet (Bowlby, 1969; 1973; 1980) a gyász folyamatát a gyászoló és az elveszített szerette közötti kötődés szempontjából veszi figyelembe (Stroebe et al., 2010). A jelentésrekonstrukciós elmélet (Neimeyer, 2001) azt a kognitív folyamatot hangsúlyozza, ahogyan a gyászoló jelentést, értelmet találhat az átélt eseményekben. Ha az élményeket egységes, koherens, integrált narratívává tudja

rendezni, az nagyban segítheti a veszteség feldolgozását (Davis et al., 2005). A kognitív stressz-elméleti megközelítés a veszteség feldolgozásában megjelenő negatív és pozitív érzelmeket vizsgálja. A distressz hiánya, illetve a pozitív érzelme megjelenése nem feltétlenül jelent komplikált gyászfolyamatot (Wortman & Silver, 1989; Folkman, 2001; Bonanno et al., 2007). A kettősfolyamat-modell a feldolgozás dinamikájára teszi a hangsúlyt. A feldolgozás elején a „veszteség-orientáció” van túlsúlyban, a feldolgozás zárásaként pedig a „helyreállítás-orientáció”. A modell a gyászt dinamikus alakuló folyamatként írja le, ahol az érzelmi állapot változásai adják meg az egyes szakaszok intenzitását. A veszteség során a felépülés és a mély fájdalom-fókuszú elemek váltják egymást. A modell szerint a gyász mechanizmusát dinamikus coping stratégia, azaz az érzelmi állapotokkal való megküzdés közti váltás határozza meg. Az egyén küzd a fájdalommal, az ürességgel, de ugyanakkor már tervezi, újraépíti a szerette nélküli jövőt. Az érzelme intenzitása nem állandó és nem bejósolható. Az elkerülés és a konfrontáció kettősségének következtében a fájdalom, az üresség érzése is hullámvázson megy keresztül, akár egészen el is csitulva, úgynevezett „time out” szakaszokat produkálva, teret adva ezzel a felépülésre (Stroebe & Stroebe, 1991).

A gyász feldolgozása utat nyithat egyfajta lelki, spirituális növekedésnek is. A gyászolók szembesülnek olyan megválaszolatlan kérdésekkel, amelyekkel, ha szembe tudnak nézni, ha keresik rájuk a választ, elindulnak a lelki fejlődés útján. Tedeschi és Calhoun (2004) ezt a folyamatot poszttraumás növekedésnek nevezte el, és kérdőívek segítségével kutatta. A kutatás eredményeképpen felmerülő témák a következő öt nagy csoportba rendeződtek:

- 1) az értékrendben bekövetkező változások;
- 2) a bensőség fontossága a kapcsolatokban;
- 3) a belső erő megerősödése és ennek megtapasztalása;
- 4) más potenciálok, jövőbe mutató lehetőségek kiaknázása;
- 5) spirituális növekedés.

Megfigyelésük szerint a veszteséget megélt emberek nem mindegyikénél figyelhető meg a poszttraumás növekedés, de ahol igen, ott összefüggés található a distressz mértéke és a poszttraumás növekedés mértéke között. Bár a kutatások eredményei első látásra ellentmondásosnak tűnnek – mind a relatíve alacsony, mind pedig a túl magas distressz intenzívebb poszttraumás növekedéshez vezet (Taku et al., 2015), a jelenség jól magyarázható. Az első esetben a distressz és a poszttraumás

növekedés közötti összefüggés háttérében egy negatív állapot viszonylagos hiánya áll, míg a második esetben a változás alapvető, „a kiváltó esemény elég súlyos ahhoz, hogy a személy világról való feltevéseit, központi hiedelmeit kérdőjelezze meg” (Taku et al., 2015, p. 57), így pl. szüleiket elveszített fiatalok (Wolchik et al., 2008), vagy koraszülött gyermeküket elveszített szülők esetében (Tedeschi & Calhoun, 2004; Büchi et al., 2007; Pilling, 2012, p. 22).

4.2 Nemi különbségek a gyászban

A normál gyász szakaszai és az azokat jellemző tünetek mindkét nemnél ugyanúgy előfordulnak, a különbségek főleg egyes felszíni megnyilvánulásokban vannak, nem pedig a gyász személyes jelentőségében.

A nők általában intenzívebben élik át és mutatják ki a szomorúságot, a bűntudatot, kifejezetten keresik a külső támaszt, igényük, hogy gondolataikat, érzéseiket megosszák valakivel. A férfiak gyászában inkább a düh, az agresszió dominál, illetve egyfajta szorongást éreznek, hogy elveszítik az események feletti kontrollt. Esetükben gyakran a rejtett gyász van jelen. Azt gondolják, hogy nekik erősnek kell maradniuk, a család felett kell örködniük, kifelé egyfajta menedzser-szerepet vállalnak fel. A hétköznapi feladatait látják el, háttérbe vonulnak, inkább cselekszenek, az érzelmeiket nem engedik felszínre törni. A férj gyakran kötelességének érzi, hogy párját támogassa a veszteségben, akár saját gyászának elkendőzésével is. Ez a magatartás nehezíti a gyászfeldolgozást az apák részéről, és elhúzódó gyászt, ennek kísérőjeként poszttraumás stresszt, szorongást idézhet elő. Az édesanya ezzel szemben úgy élheti meg, hogy a férjét hidegen hagyja a veszteség, nem, vagy csak minimálisan osztja meg vele érzéseit, fájdalmát. A feleség ezáltal magányossá válhat a gyászában, mely nagyban megnehezíti a veszteség feldolgozását, s további nézeteltéréseket szülhet a párkapcsolat számos területén (Leon, 2001; Oikonen & Brownlee, 2002; McCreight, 2004; Kersting, 2005; O’Lary & Thorwick, 2005; Turton et al., 2006).

A nők és a férfiak kommunikációjukban más mintát követnek, mely szoros összefüggésben van társadalmi és családi szerepükkel. A nők általában árnyaltabban, több szinonimát alkalmaznak érzelmeik kifejezésére, a férfiak inkább úgynevezett instrumentális módon kommunikálnak, beszédükben az információk, tények közlésére törekednek. A nők szívesebben és színesebben öntik szavakba belső érzelmi világukat,

jobban használják a szorongásra és szomorúságra utaló kifejezéseket gyász-elbeszéléseikben. A férfiak a veszteségfeldolgozás során inkább a haragot, dühöt, agressziót tükröző szavakat használják elsősorban, befelé fordulnak, és egyfajta külső kontrollt megjelenítő, külső szemlélő álláspontot vesznek fel. Ezek azok a jellemzők, amelyek negatívan befolyásolják a párok kommunikációját a veszteség feldolgozásakor (Stelzer et al., 2019).

4.3 Komplikált gyász

A gyászfolyamat elakadásait több módon próbálták meghatározni. Komplikált gyásról akkor beszélhetünk, ha az egyén gyásza jelentősen eltér az adott kulturális környezet szokásaitól, valamint, ha olyan testi, pszichés tünetek jelentkeznek, amelyek terápiás beavatkozást tesznek szükségessé (Pilling, 2012).

Mikortól tekinthetünk egy gyászfolyamatot komplikáltnak, elhúzódónak (több évig fennálló), krónikusnak (elhúzódó szorongás, beszűkült szociális kapcsolatok, a halott idealizálása kíséri), hipertrófikusnak (túlzott intenzitású), késleltetettnek (az akut gyász tünetei elmaradnak, a tagadás kerül előtérbe) nagyítottnak, vagy maszkoltnak (a gyászoló tünetei, viselkedése mögött fel nem dolgozott veszteség áll) (Corr et al., 2009; Worden J. W. 2009; Pilling, 2012; Petrucci, 2019)?

Az 1990-es évek végétől több szempontból vizsgálták a komplikált gyász kritériumait (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1999), A DSM-5, a mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének ötödik kiadásában is megerősítést nyert, hogy önálló diagnózisként szerepeljen a komplikált gyászfolyamat (Prigerson & Jacobs, 2001; Lichtenthal et al., 2004; Simon et al., 2007; Boelen & van den Bout, 2008; Dillen et al., 2008).

A komplikált gyász diagnosztikai kritériumai az utóbbi években is vita tárgyát képezték. Áttekinthető képet adnak a témáról: Wittouck és munkatársai (2011), Shear és munkatársai (2011), Prigerson és Maciejewski (2005), Maercker és Lalor (2012), Pilling (2012). Ennek nyomán az alábbi diagnosztikai kritériumokat használhatjuk (részben teoretikus, részben empirikus alapon):

„A. Hosszantartó sóvárgás az elhunyt után, vágyakozás a vele való együttlétre.

B. Minimum 4 az alábbiak közül:

- nehezen tudja elfogadni a haláleset tényét;
- bizalomvesztés;

- harag az elhunyttal kapcsolatban;
- a továbblépés képtelenségének érzése;
- a jövőorientáció hiánya;
- üresség, értelmetlenség érzése;
- érzelmi beszűkültség, mások érzéseire való válaszadás képtelensége;
- idegesség, állandó feszültség.

C. Mindezen tünetek nagymértékű és tartós károsodást okoznak a szociális kapcsolatokban, a munkavégzésben, vagy egyéb fontos területeken.

D. A tünetek minimum 6 hónapja fennállnak.

A komplikált gyászra hajlamosító tényezők:

- váratlan veszteség;
- túl erős kötődés az elhunythoz;
- ellentétes érzések az eltávozottal kapcsolatban;
- gyermek, illetve fiatal halála;
- halmozott, illetve feldolgozatlan korábbi veszteségek;
- a gyászsal egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek;
- hiányos szociális kapcsolatok;
- a halál erőszakos úton következett be;
- a túlélő olyan balesetben veszít el valakit, amelynek saját maga okozója volt;
- rossz testi vagy lelki egészség;
- a gyászoló már korábban depresszióban szenvedett” (Nussbaum, A. M., 2013,

pp. 638–641).

A komplikált gyászt jellemezhetjük annak időtartama, intenzitása és megnyilvánulási formái szerint (Pilling, 2003).

A gyakorló szakemberek számára fontos kérdést vet fel, hogy miként különítsék el a komplikált gyász és a depresszió tüneteit, hiszen tünettárában két hasonló jelenséggel állunk szemben. A kérdőíves interjú alapul vevő kutatások, Prigerson és munkatársai (1995; 1996) is azt igazolják, hogy a komplikált gyász tünetei sok átfedést mutatnak a depresszió tünettárával. A gyászfolyamat kezdetén a depresszió jelei lényegesen többször tapasztalhatóak, majd az idő és a folyamat előrehaladtával csökkennek (egy évvel a veszteség után a gyászolók 15%-a diagnosztizálható depressziósnak) (Zisook, 1995).

Ha a depresszió diagnosztikai kritériumait a gyászfolyamattal összefüggésben tanulmányozzuk, azt láthatjuk, hogy:

– túl rövid időt engednek a gyászolónak a veszteség feldolgozására (6 hónap után már problematikusnak tartják a tüneteket);

– figyelmen kívül hagyják, hogy egyes tünetek (pl. büntudat) a normál gyász esetén is megjelenhetnek;

– végül figyelmen kívül hagyják a jelenség dinamikus intenzitását és időbeliségét, illetve ennek változásait.

A gyász kulturális megjelenésével foglalkozó tanulmányok (Kunt, 1987; Parkes et al., 1997; McNally, 2000; Rodgers, 2004) és a klinikai tapasztalatok is azt mutatják, hogy a gyásszal való megküzdéshez több idő kell.

A modellek sokszínűsége jól tükrözi a gyászfolyamat összetettségét, egyediségét, a különböző szakaszok összeolvadását, illetve szétválását a szerzők sokrétű megfigyelései szerint. Mint láthattuk, egyes irodalmak megkérdőjelezzik a szakaszolás szükségességét, és inkább a veszteséghez kapcsolódó egyedi lelki fejlődést, a változatosságot emelik ki (Doka, 1999; Maciejewski et al., 2007; Boelen et al., 2020; Ferber, 2020; Kiss, 2022).

A poszttraumás stressz is egy lehetséges következménye a komplikált gyász mechanizmusnak. A poszttraumás stressz betegség (posttraumatic stress disorder, a továbbiakban PTSD) traumatikus események hatására gyakran fellépő válaszreakció. Sokan a traumát követő hónapokban felépülnek, azonban a betegek jelentős csoportjában a tünetek gyakran évekig is fennmaradnak (Ehlers & Clark, 2000).

A DSM-5 besorolása alapján a poszttraumás stressz zavar akkor lép fel, amikor egy személy súlyos sérülés, halál, vagy halálközeli helyzet, illetve szexuális erőszak, bántalmazás elszenvedője, vagy közvetlen tanúja. Emlékeiben, álmaiban az események után legalább egy hónapon keresztül felidéződnek az események, érzelmi vagy fizikai fájdalmat él át, kerüli az adott dologra emlékeztető embereket, tárgyakat vagy helyeket. Az elszenvedő tartósan lehangoltá válik és magasabb éberségi szintet él meg (Nussbaum, 2013). A PTSD különböző formái: az akut forma, erre 1-3 hónapos időintervallum jellemző, a krónikus, amikor a tünetek 3-6 hónap között állnak fent és a késői megnyilvánulás, mely a trauma után 6 hónappal jelentkezik (Réthelyi, 2020).

Összességében elmondható, hogy a fel nem dolgozott gyász nagymértékben hajlamosít több szomatikus, pszichoszomatikus betegségre, addiktív magatartásformára. A fel nem dolgozott vagy késleltetett gyász a veszteségélmény állandó szinten tartását eredményezi, amely viszont a mély lelki folyamatok, elfojtások következtében az egyén számára megmagyarázhatatlan depressziót szül. Attól

függően, hogy a gyászfolyamat mely szakaszban akadt el, más és más tünetekkel találkozhatunk. A tünetek sokszínűsége és váltakozása gyakran az egyént, illetve az egészségügyi dolgozókat is kérdéses, megmagyarázhatatlannak tűnő helyzetek elé állítja. Nem is gondolnak arra, hogy a mélyben a gyász elfojtása áll. Ez az elfojtás azután akár generációkon át, lappangva is hathat. A szorongó, aggódó szülők, nagyszülők szorongó, aggódó gyermekeket nevelnek, így a fel nem dolgozott veszteség nemzedékről nemzedékre öröklődik (Kovácsné Török et al., 1995; Polcz, 2000a; Kast, 2002; Pilling, 2003).

4.3.1 A korai kötődés szerepe a gyászbán

A kötődés szerepét azért kell megemlítenünk a gyász kapcsán, mert a családban bekövetkező veszteségek a szülők, felnőtt családtagok figyelmét a veszteség fájdalmára, a gyász folyamatára irányítják. Az édesanya nem tud „elég jó anya” (good enough mother) (Péley, 2004; Tóth-Varga & Dull, 2019) lenni, nem képes a kötődés folyamatát, fejlődését segíteni. A le nem zárt gyász alatt fogant, született újszülöttel képtelen a megfelelő korai kötődést kialakítani. A kötődélmélet alapja az anya-gyermek kapcsolat természete. A korai kötődés célja, hogy veszély esetén az anyával való közelség fokozódjon és az anyai megnyugtató viselkedés kiváltódjon. Ez létfontosságú a csecsemő szempontjából, hiszen ebben az életkorban a csecsemő nem képes szabályozni saját érzelmi állapotát. A szeparáció és ebből fakadóan a szorongás különösen fenyegető érzés a csecsemő számára, amelyből szabadulni szeretne, ezért keresi az anyával való megnyugtató kapcsolatot. A szeparációs szorongás elsődleges, veleszületett szorongásfajta, nem tanult, és nem is belső konfliktusból ered (Bowlby, 1973). A szeparációs szorongás célja az anya közelségének keresése veszély, fájdalom vagy stressz esetén. A szeparációs szorongás átélése és az ehhez kapcsolódó viselkedés 6 hónap után jelenik meg, amikor ezek az érzések fokozatosan az anyára irányulnak. A szeparációs szorongás kiváltó oka, hogy külső veszély jelenik meg a csecsemő környezetében, és ez működésbe hozza a menekülés, vagy lefagyás válaszrendszerét. A csecsemő úgy tapasztalja, hogy hiányoznak a külső feltételek, amelyek a biztonsági élményt adják. Az elég jó anya biztonságos bázisként tölti be a szerepét, veszélyes, vagy ismeretlen helyzetekben jelen van és rendelkezésre áll. Ha a szeparációs szorongás szintje tartósan magas, és nincs kioldó inger, pszichopatológiai zavar léphet fel. A kisgyerekek átéli, hogy anyjától el kell szakadnia. Például kórházi bent tartózkodás során, az anya visszatérte után sokáig fennmarad az intenzív szorongás, a gyermek az

anyába csimpaszkodik, ha bármilyen jel arra mutat, hogy az anya távozni készül. Erős szorongást él át a gyermek akkor is, ha a szülők azzal a fenyegetéssel élnek, hogy magára hagyják a gyermeket, vagy azzal zsarolják, hogy nem szeretik többé. Amikor a gyerek rendszeresen átéli, hogy az anya tudattalanul elutasítja, akkor gyakran azt is láthatjuk, hogy az anya túlkényezteti a gyereket. Fokozott szeparációs szorongáshoz vezethet, ha a családban súlyos veszteség lép fel. Ilyen lehet a szülő vagy testvér halála. Ebben az esetben, ha a gyermek korábban haragudott az elvesztett személyre, akkor a halála miatt felelősnek érezheti magát, büntudata lesz, és azt gondolhatja, hogy emiatt őt már nem lehet szeretni.

Bowlby (1980) szerint a szeparációs szorongás megjelenésében összekapcsolódik a gyermek a gyásszal. Bowlby, Robertson és Rosenbluth (1952) megfigyeléseit követve később (Bowlby, 1960) megfogalmazta a bánat és a gyász periódusait: tiltakozás, harag, azután kétségbeesés, tagadás jelenik meg, mely során a gyerek az anyával való kapcsolat megszűnését éli át, de tagadja a veszteség tényét. Bowlby (1960) szerint a harmadik szakasz a kritikus, mert ez a korai élmény akadályozni fogja a későbbi érzelmi kapcsolatok megteremtésének képességét, így személyiségfejlődési zavarhoz vezet. A csecsemő, majd a kisgyermek – 6 hónapos korától 2,5 éves koráig, azaz a kötődés megszilárdulásának intervallumában – ha átmenetileg, vagy végleg elveszíti az édesanyját (ti. a kitüntetett gondozó személyt), akkor a gyász folyamatát már a felnőtt veszteség szintjén éli meg. Ha a kötődési rendszer aktiválódik, de az anya (a kötődési személy) elérhetetlen marad, a bánat és a gyász folyamata elindul. Spitz (1945) kutatásai során arra a megállapításra jutott, hogy a kötődési személy gyakori váltakozása erősíti a veszteséget, és annak esélyét, hogy a gyász patológiássá válik. Az anya–gyermek kötődés mellett meghatározó szerepe van a családi kontextusnak is, amely kiemelkedő mértékben meghatározza a gyermek személyiségfejlődését.

Bowlby (Bowlby, 1973; Hámori, 2014). kutatásai során a következőkben foglalta meg a megállapításait. „A gyermek és a szülő közötti kölcsönös bizalom és egymás iránti elismerés szabad kifejezése, a családi élet konzisztenciája határozza meg a koragyerekkori és később a serdülőkori személyiség fejlődését. Mindehhez a családi közeg nyújtja azt a biztonságos alapot, melyben a kötődési rendszer betölti szerepét. A családon belüli kommunikáció egyedisége, jellemzői meghatározóbbak a személyiség szerveződésében, mint az örökletes elemek vagy a családot ért esetleges traumák.” (Bowlby, 1973, p. 334) Bowlbynek ez a megfigyelése a kötődés transzgenerációs

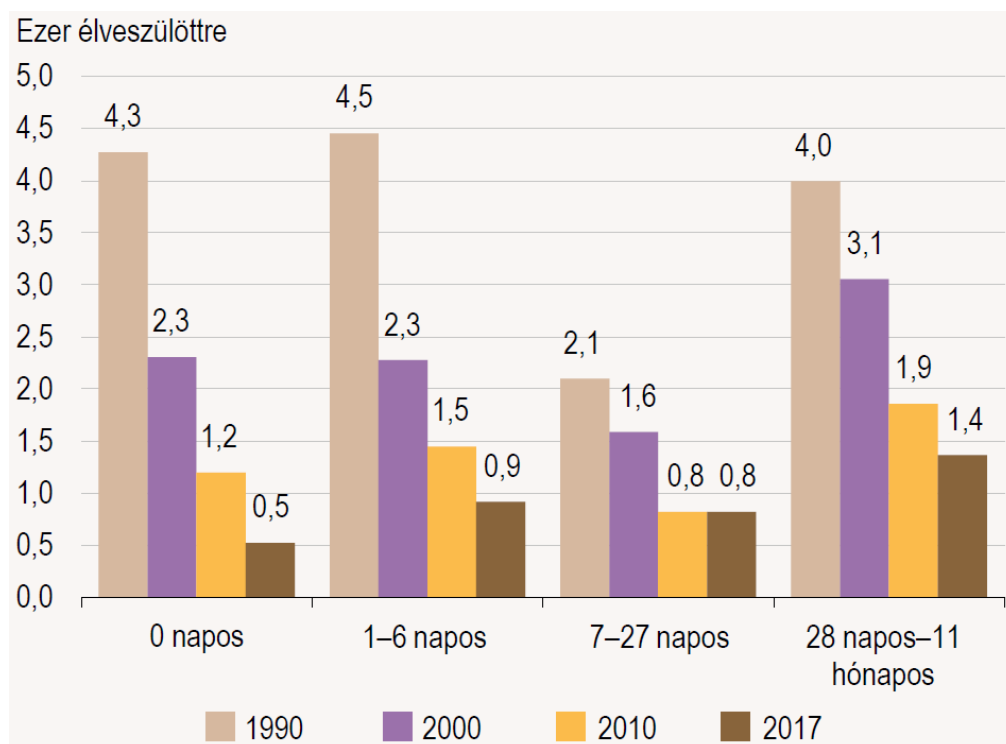
ismétlődésének elméletét vetítette előre, azzal a terápiás szemponttal együtt, hogy a gyermekek érzelmi zavarainak terápiája nem lehet eléggé célravezető, ha csupán a gyermekkel foglalkozunk (Bowlby, 1973; Hámori, 2014).

4.4 A perinatális halál fogalma

„Az orvosi gyakorlatban akkor beszélünk perinatális halálról, amikor az újszülött élve született, azonban a szülést követő 168 órán belül meghalt, illetve amikor a 24. gesztációs hét után az 500 g vagy nagyobb súlyú, a legalább 30 cm hosszúságú magzat méhen belül elhalt” (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, & Országos Gyermekkegészségügyi Intézet [SZNSZK & OGYEI], 2010, p. 15246). Magyarországon 2022-ben az összes magzati veszteség 14.141 főre tehető, amelyből a késői magzati halálozások száma 420 (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2023).

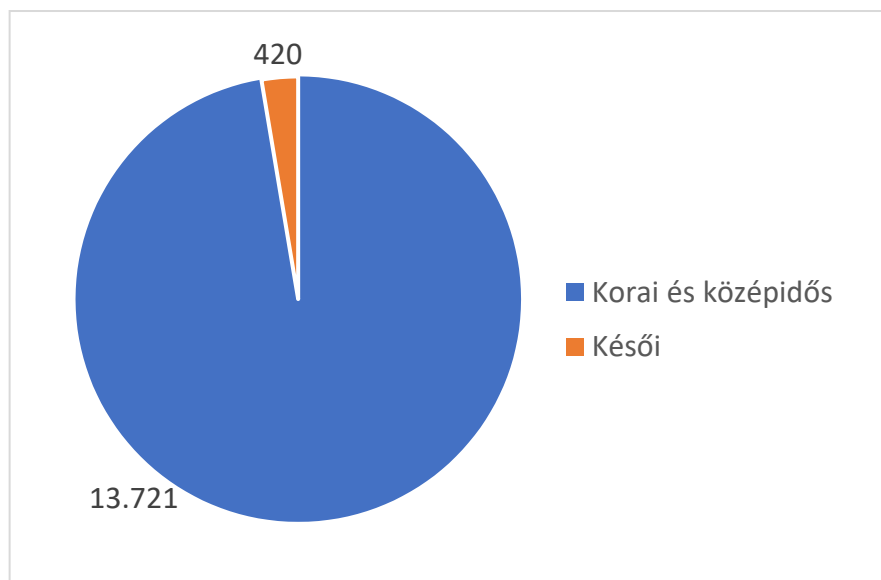
„Az elhalálozott csecsemők életkorát nem években, hanem napokban, hetekben, illetve hónapokban mérjük. Különös jelentőséggel bír a születést követően egy napon belül elhunyt (0 napos) csecsemők száma és aránya, illetve az egy héten belül elhalálozott újszülötteké (0–6 naposak). A csecsemőhalálozások nem csekély része ugyanis az élveszületést követő 24 órán belül történik, az egy héten belüli halálozások pedig időarányosan tekintve az elhunyt csecsemők túlnyomó többségét teszik ki, ezenkívül fontos szerepet játszanak a születés körüli (perinatális) halálozások alakulásában, illetve elemzésében.” (KSH, 2019, p. 2) A részletes adatokat a következő ábrák mutatják: 1. ábra, 2. ábra.

1. ábra Csecsemőhalandóság Magyarországon, az újszülött életkora szerint [fő]



Forrás: KSH, 2019, p. 2

2. ábra: Magzati halálozások száma Magyarországon, 2022-ben [fő]

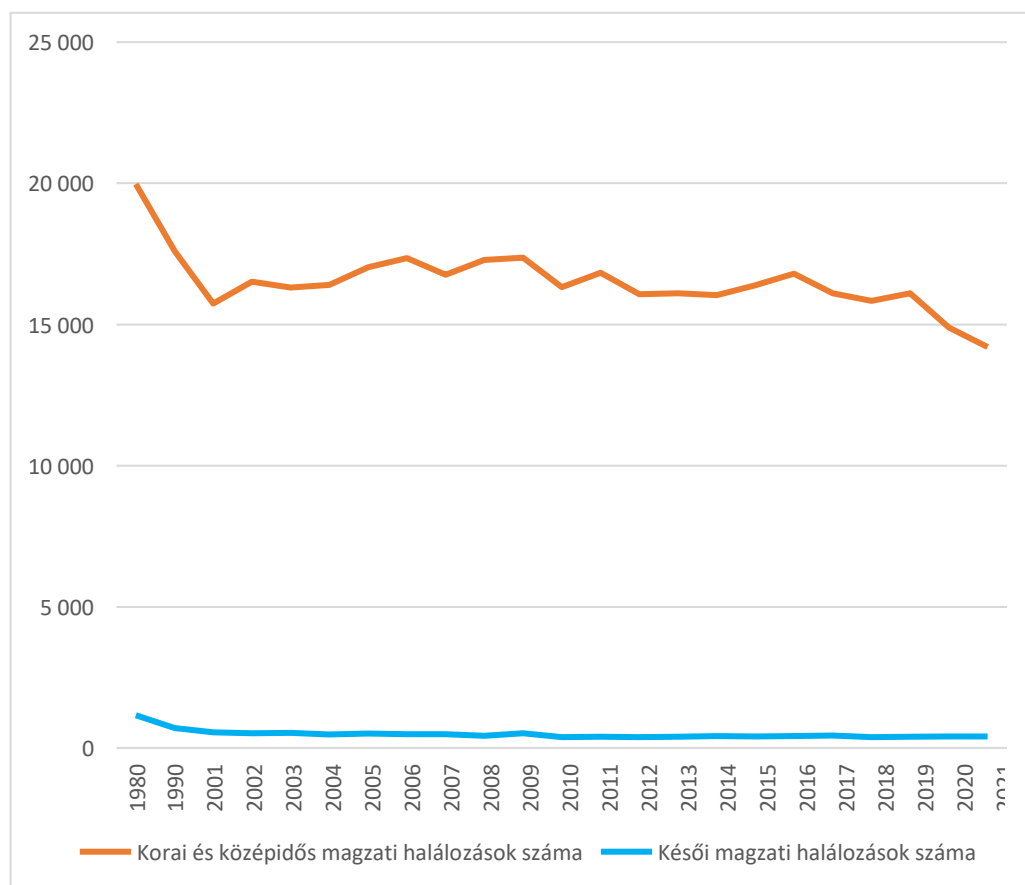


Forrás: saját szerkesztés KSH (2023) alapján

Az 1990-es évek elejétől 2017-ig jelentősen – csaknem a felére – csökkent a 24 órán belül elhalálozott újszülöttek száma, és kismértékben, de ugyancsak csökkent az egy héten belül meghaltak száma is, lásd 3. ábra. Kritikus időszaknak továbbra is az

első egy hetet tekinthetjük: az egy héten belül elveszített újszülöttek száma döntő (KSH, 2019).

3. ábra: Magzati halálozások alakulása Magyarországon, az utóbbi 40 évben [fő]



Forrás: saját szerkesztés KSH (2023) alapján

5 A gyászoló gyermek – A halál és a gyermek viszonya

A felnőttek, a szülők általában nehezen tudnak válaszolni kisebb-nagyobb gyermekük halállal, elmúlással kapcsolatos kérdéseire, ezért gyakran kikerülik ezeket a válaszokat, vagy bagatellizálják, humorral, sőt agresszióval válaszolva hátrítják el a problémát. Azonban a gyermek gyakran előbb találkozik a családon belül halálesettel, mint ahogyan fel lenne erre készülve. A közeli családtagok elvesztése olyan krízis elé állíthatja a gyermeket, amelyet az amúgy is kaotikus helyzetben még nehezebb feldolgoznia. Ehhez társulhat még a titkolózás, a temetéséről, a megemlékezésről való távoltartás, a szülők, nagyszülők mély gyásza, amelyet, ha nem megfelelő módon

közvetítenek a gyerek felé, még nagyobb bizonytalanságba sodorják, és izolálják őt gyászában. Mindez oda vezethet – kellő segítségnyújtás hiányában –, hogy a gyermek érzelmi fejlődése fixálódhat az adott szinten, gátolva őt személyiségének egészséges kiteljesedésében, későbbi társkapcsolatainak kialakításában (Devita-Raeburn, 2004; O'Leary & Gaziano, 2011).

Fontos, hogy ismerjük a gyermek veszteségre adott reakcióit, gyászfolyamatát, haláltudatának kialakulását, s ennek fényében tudjuk őt átsegíteni ezen a krízisen. A gyermek gyászának sajátosságai nagyban függenek az érettség szintjétől is. A szakemberek között sincs egységes álláspont arra nézve, hogy pontosan mikortól beszélhetünk veszteségélményről, de a halálkép kialakulását egyfajta folyamatként kell szemlélnünk, amely párhuzamosan halad a gyermek, a serdülő lelki fejlődésével (Benczúr, 2015).

Az újabb transzgenerációs kutatások nyomán feltehető, hogy már preverbális kor előtt is élnek át a gyerekek veszteségélményt, csak még nem tudják kifejezni, narratívaként megjeleníteni (Share, 1996; Paley & Alpert, 2003; Vas & Zseni, 2007).

A szakirodalom abban egységes, hogy a kisgyermekek 3 éves kor alatt nem értik még a visszafordíthatatlanság tényét. A kisgyerek halálképe is tág határok között lehet abban a tekintetben, hogy a mozdulatlanság, az elutazás, az alvás mennyire fedí le számukra e fogalmat (Piaget, 1929; 1959). Regressziós válaszok jelentkezhetnek ebben az életkorban, az evésben, az alvásban, a szobatisztaságban, a beszédben. A gyermek figyelme könnyen elterelődik, hangulata labilis, sírásból nevetésbe csap át, ami könnyen megtévesztheti a felnőtteket, azt sugallva, hogy a gyermek nem szomorú, nincs igazán tudomása a veszteségről.

A kutatások alapján egységesen az óvodáskortól beszélhetünk az elmúlás észleléséről, bár ez még a gyerek számára főleg az olyan analóg jelek segítségével értelmezhető, mint az alvás, a mozdulatlanság, az elutazás. Az erre a korra jellemző mágikus gondolkodás révén az óvodás azt képzelheti, hogy a szeretett személy „meghalt” ugyan, de máshol tovább él, például a temetőben a sírjában, és élete most már abban a közegben zajlik (Barrett & Behne, 2005; Nagy, 2015). Ebben a korban az ún. *animista* halálfelfogás a jellemző, azaz a gyermek fantáziájában a halott is öntudattal felruházott lény. A mágikus gondolkodás révén a gyermekben fokozódhat a bűntudat, azt hiheti, kívánságai, rossz gondolatai okai lehettek a halálesetnek.

Kisiskolás kortól a halálról való gondolkodásra a *perszónifikáció* érvényes, vagyis a halál személyként van jelen, csontváz, kísértet képében. Kilenc éves kor körül

a gyermeket a lét és az örökkévalóság nagy kérdései foglalkoztatják. Ha ebben a korban veszít el számára kedves személyt, intenzív lehet benne a mások felé érzett düh, harag, hiszen azt hiszi, a halál ténye bizonyos mértékben elkerülhető, befolyásolható lett volna. A gyász jelei lehetnek a szorongás, a szomorúság, a zaklatottság, a teljesítményromlás és a szociális visszahúzódás.

Serdülőkortól alakul ki a felnőttekéhez hasonló halálkép, s a gyász lefolyása is hasonlóná válik. A serdülőkor önmagában is nehéz lélektani feladatok megoldása elé állítja a tinédzsert. A normatív krízis során, a tinédzserek új megoldási stratégiákat kell kidolgozniuk s többek között olyan dilemmákra kell választ találniuk, mint a szülőktől való elszakadás, az önállóság, a saját identitás kialakítása, az élet értelmével, így a születéssel-halállal kapcsolatos kérdések. Ha ebben az érzékeny életszakaszban veszteség történik, a fiatal környezetében, a normatív krízisre rakódó akcidentális krízis negatív lélektani hatást válthat ki. A veszteség kapcsán megélt hiányt gyakran deviáns, örömszerző viselkedéssel akarják pótolni a kamaszok, így nagy a veszélye az alkohol, a drog használatának, a promiszkuitásnak. Sérülhet a serdülő reális testképe, valamint a jövőbe vetett hite (Rask et al., 2002; Melhem et al., 2004; Melhem et al., 2007). A témával foglalkozó szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy a veszteség klasszikus értelemben vett fázisai a kamaszoknál nem értelemszerűen jelentkeznek. Ebből kifolyólag külön kellene kezelni ebben a sérülékeny életkorban a gyászreakciókat és nem a gyermek és/vagy felnőttkori reakciókhoz hasonlítani (Vikár, 1984; Polcz, 1989; Polcz, 2000b; Pilling, 2003; Bitó, 2005; Dyregrov, 2008; Corr et al., 2009; Kiss & Sz. Makó, 2015; Nagy, 2015).

A szülő gyásza a gyermek parentifikációjához vezethet. „Parentifikációról beszélünk akkor, ha a szülői szerepek felcserélődnek, a családi határok torzulnak, a szülők és a családtagok közötti hierarchia megfordul, amelynek során a serdülők a fejlődés szempontjából nem megfelelő szintű felelősséget vállalnak a vér szerinti családban.” (Hooper, 2011, p. 2)

A feladatok, szerepek és felelősségek mentén a parentifikáció két típusát lehet meghatározni. Az egyik az instrumentális parentifikáció, amely során a gyermek praktikus feladatokat lát el a mindennapokban a családban, pl. házimunka, pénz beosztása stb. Az érzelmi parentifikációban élő gyermek a család, gyakran szülei, testvéreik érzelmi szükségleteit elégíti ki (Borchet et al., 2021). Böszörményi-Nagy és Spark (1973) tanulmányukban a parentifikáció etikusságát, funkcionalitását és a generációk közötti átörökítését vizsgálták. Mit nyer a felnőtt a parentifikációs

manőverrel? Ha a szülők átadják szerepüket és felelősségüket a családi rendszerben a gyerekeknek, és a serdülő ezt felvállalja, akkor a család bizonyos ideig „normálisan” tud fejlődni. Ennek a manővernek az egyedüli vesztese az a gyerek, aki a gondoskodást felvállalja. Böszörményi-Nagy és Spark (1973) felvetése szerint a parentifikáció az előző generációk hibáinak helyrehozása érdekében történik. A szülők sok esetben megkövetelik gyermeküktől azt a bánásmódot, amelyet ők nem kaptak meg gyerekkorukban. A szülőkből hiányként megélt űrt a gyerekek kénytelenek betölteni. Ez a folyamat generációról generációra öröklődhet, mintegy előre megírt forgatókönyv alapján. A serdülőkorban fennálló parentifikáció negatív hatásait nem lehet figyelmen kívül hagyni. Ilyen az alacsony önértékelés (Wells et al., 1999), kapcsolatteremtés hiánya a kortársakkal, gyenge iskolai teljesítmény, pszichológiai distressz stb. Ugyanakkor ezek a kutatási eredmények ma már nem egyértelműek: Borchet és munkatársai (2021) nem erősítették meg a parentifikáció és az iskolai teljesítményromlás közötti pozitív együttjárást. A parentifikáció ugyanakkor a legtöbb kutatás alapján gátló tényezője lehet az egészséges személyiségfejlődésnek, nem csupán a gyermekkorban, de később, a serdülőkorban is. A tinédzser nem tudja megélni lázadását, a barátokkal töltött szabadidő korlátlanságát vagy a növekvő autonómia-igényét. A serdülő, aki már „majdnem felnőtt” a család hozzáállása szerint, kevésbé kap segítséget, támogatást, ellenőrzést a szülők részéről, mint ha korábbi életévekben került volna ebbe a szerepbe.

Ha a gyerekek kényszerülnek a szülők szerepét átvállalni, akkor ez a folyamat a személyiségük részévé válhat, túlterhelődnek, személyiségük nem tud kiegyensúlyozottan kibontakozni, nem élhetik azt az életet, mely gyerekként megilleti őket, a felelősség, a gondoskodás a felnőtt családtagok szerepébe kényszeríti, meggyőződésévé válik, hogy ezt el tudja látni, ez az ő kötelessége. Ez az út azonban parentifikált identitáshoz vezet. Minél kisebb korban és minél hosszabb időintervallumban következik ez be, annál inkább rombolólag hathat a gyermek személyiségére. Számos külső tényező is közrejátszhat abban, hogy a gyerek átmenetileg, vagy akár hosszú évekre szülő szerepbe kerül: pl. egyes olyan helyzetekben, mint a szülők válása, halála, olyan betegsége, ami miatt a szülő nem képes a gondozói feladatának ellátására. A kötődési problémák a szülők életében, vagy a diszfunkcionális mintát átörökítő transzgenerációs családi forgatókönyvek szintén parentifikációhoz vezethetnek. A gyermekkortól való megfosztottság, a kortársaktól, emberi kapcsolatoktól való elzártság, az egyéni képességek megrekedése káros

hatással van a személyiség kibontakozására. A szülői szerepek betöltése egy gyermek számára még kimondatlanul is túl nagy feladat, amely szorongást, frusztrációt kelt benne. Bizonytalanná válik önmagában, szerepeiben magabiztosnak mutatkozik, ennek ellenére önértékelése alacsony. Gyakoriak és kiszámíthatatlanok az éles szerepváltások a hétköznapiak során, mikor a gyermeknek egyik pillanatban saját nagyszülője szerepét kell betöltenie, szüleiről kell gondoskodnia, máskor a gyermeki viselkedést várja el tőle környezete. A parentifikált gyerek felnőve, számos esetben a párválasztáskor olyan partnert választ, aki szintén fokozott gondoskodásra tart igényt, így csatlakozik a gyermeki alrendszerhez, és a függő kapcsolatrendszer folytatódik tovább (Byng-Hall, 2008). Hooper és munkatársai (2011) a parentifikáció pozitív faktorait is vizsgálták. Egy longitudinális vizsgálat eredményei alapján felhívják a figyelmet a hosszú távú kedvező hatásokra, amelyek elsősorban a fiatal felnőttkori érettséget, a kompetencia-határok bővülését és a rezilienciát jelentik.

A perinatális gyász során az önvádolás mellett gyakran megjelenik a parentifikáció jelensége is, amely során előre nem kiszámítható időre a gyászoló gyermek kerül a gondoskodó felnőtt szerepébe. Ez a felvállalt szerep azonban nagy áldozattal és ez a szokásosan megélt gyermekkor elvesztése. A gyerekek gyakran úgy élhetik meg a veszteség felett érzett fájdalmat, hogy az „nem jogos”, érzéseik a szülők fájdalmának árnyékában nem elismertek, nem valóságosak. A hagyományos módon nem megosztható érzések az átélt trauma miatt töredezettséget, kuszaságot idéznek elő az egyén történetében, amely a későbbi élet éveket is végigkísérheti (Hosszú & Lénárd, 2015). Ezáltal a belső történet, az önmagukról alkotott kép hiányos, folytonossága szakadozott lesz. Ez a „szétesett” élettörténet az életképtelenség érzetét keltheti a későbbi élet éveket során (Bakó & Zana, 2021).

5.1 A perinatális gyász jellemzői

A családok életében a perinatális gyász sokszor lappang észrevétlenül, mintegy búvópatakként van jelen. Az elakadt gyázmunka, illetve a család nem kongruens magatartása sok gyermeknél pszichés zavarokat okozhat, meggátolva őket egészséges személyiségfejlődésükben (Erlandsson et al., 2010; O'Leary & Gaziano, 2011). A szakemberek tapasztalatai szerint a felnőtt családtagok néma, el nem beszélt történetei óhatatlanul hatással bírnak a következő generációkra (Rober, 2002; Koltai, 2007). Így az elfojtott, eltitkolt gyász generációkon át hathat, rombolhat. A perinatális gyász több

szempontból sajátos, súlyos, nehezen feldolgozható veszteség. Nemcsak az anya gyászol, hanem az egész család, és nemcsak a babát gyászolják, hanem a vágyaikat, az elképzelt családi boldogságot, a testvérkapcsolatot és a nagyszülői szerepet is. A várandósságát veszített nő saját magába vetett hite megkérdőjeleződik. A szülők elveszítik a „mindenhatóság” érzését, a jövőbe vetett hitüket. A veszteség kapcsán gyakori, hogy az anyában a lelkiismeretfurdalás, a büntudat igen erős, ezt még mélyítheti az a kérdés is, hogy mi okozta a magzat halálát, valamint az a gyakori probléma, hogy a szülők ritkán jutnak konkrét emléktárgyhoz, amely a babához köthető lenne és segíthetné az emlékezést. A szélsőséges önvád gyökere lehet különféle pszichés problémáknak, mely megnehezíti a gyászfeldolgozást (Oikonen & Brownlee, 2002). A bizonytalanságot növeli az is, hogy a babáról általában semmi konkrét emlékkép nem marad. A szakirodalmak nem foglalnak egyértelmű állást azt illetően, hogy az anyára nézve támogató hatású-e, ha köteléket alakít ki a magzatával. Egyes kutatások a kötelék kialakításának protektív faktorait, míg mások a hátrányait hangsúlyozzák (Kersting & Wagner, 2012; Neimeyer et al., 2014). A tágabb család, rokonok, barátok, munkatársak a legtöbb esetben néma szemlélői a veszteségnek, a szülők ún. légüres térbe kerülnek, nincs kivel megosztaniuk a történeteket. Dyregrov és Matthiensen kutatásai alapján azok az édesanyák, akik perinatális veszteséget éltek át, hosszabb időn keresztül is magas szorongásszintet mutattak más tünetek mellett (Dyregrov & Matthiensen, 1991; Neimeyer, 2006).

Más szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy a nők jelentős részénél (20-35%) a mentális egészséget tartósan érintő negatív hatások jelennek meg depresszió, szorongásos zavarok, alvászavar és PTSD formájában (Oikonen & Brownlee, 2002). A veszteségre adott reakció mindig egyedi és sokszínű. Az érintettek élettörténeti előzményei, a várandóssághoz való viszonyulás és a veszteség körülményei erősen befolyásolják a feldolgozást (Varga et al., 2019).

A téma kapcsán érdemes kitérni a veszteség utáni mielőbbi gyermekvállalás veszélyeire. Szakirodalmi adatok (Kovácsné Török et al., 1994; Kovácsné Török et al., 1995; Kovácsné Török, 1996; Kovácsné Török & Szeverényi, 1996; Kovácsné Török & Szeverényi, 1999; Armstrong, 2002; Pilling, 2003; Geller et al., 2004) azt találták, hogy azoknál a pároknál, akik a baba elvesztése után egy éven belül újabb gyermeket vállaltak, 55%-ban fordult elő komplikált gyászmechanizmus. Azoknál a szülőknél, akik később vállaltak csak újabb babát, ez a rizikó 5%-os volt.

A következő gyermek vállalásában különbözőség figyelhető meg a nemek között. Az anyák gyásza intenzívebb, általában hosszabb időre van szükség a feldolgozáshoz (Leon, 2001; Brier, 2008).

A következő várandósság idején, és sikeres szülést követően is mobilizálódhatnak és felerősödhetnek a klinikai tünetek, megnehezítve ezzel az egészséges magzat-anya, illetve baba-anya kötődés kialakulását (Hughes et al., 2001; Hughes & Riches, 2003; Moore & Côté-Arsenault, 2017).

Turton és munkatársai eredményei arra utalnak, hogy az édesapák esetében is megnőhet a szorongás és a depresszió a következő várandósság alatt. Mivel befolyásolni nem tudják az események kimenetelét, gyakran a védelmező szerepét veszik fel (Turton et al., 2006).

A túl korai gyermekvállalásnak azonban még számos veszélye van, melyek egyrészt az édesanyát, édesapát, másrészt a már meglévő, illetve a jövőben megszületendő testvér(eke)t érintik, veszélyeztetve ezáltal a család egészét. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni a következő gyermek érkezésének prediktor tényezőjét sem. Az egészséges utód születése a női identitás, énkép sérülésének korrekciós lehetőségét is magába foglalja, így segítheti a korábbi gyász feldolgozását (Leon, 2001; Geller et al., 2004).

Kutatások alapján azt javasolják (Kovácsné Török et al., 1994; Kovácsné Török & Szeverényi, 1996; Pilling, 2003), hogy a következő baba megszületése pszichológiai értelemben optimálisan legkorábban a tragédia után 16-18 hónappal következzen be. Ez előtt félő, hogy a gyászfolyamat nem zárul le, az édesanya nem tud a várandósság alatt új kapcsolatot kialakítani magzatával. Az elhalt gyermek és az újonnan fogant magzat képe az anyában összemosódik. Az újszülött mintegy az előző helyetteseként jön a világra. Tovább erősítheti az összemosódást, ha az újonnan született baba az elhalt testvére születésének évfordulója körül érkezik, ha nemük azonos, illetve, ha ugyanazt a nevet adják neki a szülők.

A gyászmunka egyedi mintázatai miatt, amelyek a szülők személyiségében, élettörténeti előzményeiben, aktuális párkapcsolatuk mutatóiban, valamint a veszteségélmény sajátosságaiban rajzolódnak ki, nem lehet teljesen egységes álláspontot kialakítani a következő várandósság vállalását illetően, legyen akár időbeli vagy utódvállalásra vonatkozó korlát.

Kiemelten fontos azonban a várandósság ideje alatt a pár támogatása, mind a szülői szerepet, mind a magzattal való kapcsolatot illetően (Varga et al., 2019).

5.2 A perinatális veszteség és a család

Walsh szerint a traumatikus gyász esetében, amely egy gyermek elvesztését gyakran kíséri, nem lehet egyszer és mindenkorai gyászfeldolgozásról beszélni (Walsh, 2007). A család és az annak kötelékében lévők egyénileg más és más veszteségfeldolgozási utat járnak be. Kiemelkedően fontos, hogy a család mint rendszer mennyire engedi meg a „saját jogon való gyászolást”. Ezt befolyásolhatja a családtagok közötti érzelmi kapcsolat, a szokások, az adott életciklus sajátosságai, a különböző korú gyerekek halálképe, valamint az, hogy az adott közösség mennyire tudott „azelőtt” nyitott, flexibilis módon működni.

A veszteség családi szinten optimálisan akkor tud feloldódni, ha a tagok el tudnak jutni az új egyéni és családi identitás megtalálásához. Az ehhez való utat nagyban tudja segíteni a család szintjén történő közös jelentésadás, a közös narratíva kialakítása. Ez segít újraértelmezni a traumát és beépíteni az eseményt a családi identitásba, az egyéni életutakba (Murray et al., 2005). Ha a család el tudja fogadni a külső támogatást, képessé válhat a poszttraumás növekedésre is. A külső segítő abban a folyamatban támogathatja a család egészét és a családtagokat egyénileg, hogy a trauma értelemadása megtörténjen, beépüljön az identitásba, az egyéni életútba. Ezáltal felismerhetővé válik az új esély, az új önazonosság megtalálása, a személyiségfejlődés érettebb szintű stabilitása (Schaefer & Moos 2001; Tedeschi & Calhoun, 2004; Murray et al., 2005).

A legújabb szakirodalmak szerint (Johnsen & Afgun, 2020; Barthes & Razafimandimby-Haelewyn, 2021) a teljes család szintjén is az elhunyttal fenntartott folyamatos kötelék (continuing bond) és a veszteségre választ kereső és találó gondolkodás (meaning making) juttathatja el a hozzátartozókat a valódi gyászfeldolgozáshoz (Kiss & Sz. Makó, 2015). A folyamatos kötelék által a gyászolók érzelmi kapcsolatukat nem szakítják meg a halottal, más formában és intenzitással élik meg. Ez a kötelék szimbolikus és internalizált, de kizárja azokat a kötődési formákat, amelyek az elhunyt használati tárgyaihoz vagy hamvaihoz ragaszkodnak (Stroebe et al., 2010).

5.3 A perinatális veszteség hatása a nagyobb és a kisebb testvérekre

„A veszteség elemi félelmeket mozgósít a túlélő gyermekekben, hiszen a testvér az, akihez önmagukat leginkább hasonlítani tudják. A testvérvesztés a legközvetlenebb találkozás önmagunk halandó mivoltával (du Coudray, 2016). Ezek a néma történetek teszik a testvéreket »elfeledett gyászolókká.«” (Kempson & Murdock, 2010, p. 740) (Devita-Raeburn, 2004).

Az 1980-as évek közepén írták le azt a megfigyelést, hogy a gyermekként átélt testvérhalál gyakran okoz felnőttkorban mély depressziót, még akkor is, ha az elveszített testvér még igen kicsi volt (perinatális halál), illetve, ha ez a haláleset rejtve maradt testvére(i) előtt. A testvérek nemcsak versengenek egymással, hanem egymás partnerei a játékban, szövetségesek, barátok. Így a testvér akár inkább az elsődleges szeretett személlyé válhat, megelőzve a szülőt. A perinatális testvérhalál esetében nehezíti a feldolgozást, hogy a testvér mindvégig láthatatlan marad, kevés a megfogható tárgyi bizonyíték, vagy nincs is a testvér számára (Meyer, 2015; Kovácsné Török & Szeverényi, 1999).

Ezenkívül a haláleset két tabutémát is érint, a halálét és a szexualitását. A szülők még jobban háriának, és elfedik a titkokat, mert kicsi gyermekről van szó, aki, legalábbis szerintük, nem érthet még semmit. Ennek következtében a gyermekben nő a bizonytalanság, a félelem valami megfoghatatlantól, számára értelmezhetlentől, a szexualitástól, a reprodukciótól, ennek kockázataitól. Elveszítheti a szüleiről alkotott képet, a „mindenhatóságukba” (védelmező erejükbe) vetett bizalmat. A gyermek azt képzei, hogy szülei hibásak a történetek miatt, passzív résztvevői voltak az eseményeknek vagy éppen aktívan közreműködtek a halál bekövetkeztében. Ez a fantázia megrémítheti, növelve ezzel a haláltól, a szeparációtól való félelmét. Átalakulhat a szüleiről alkotott képe abban a vonatkozásban is, hogy most már nem ő a fontos, nem törődnek vele úgy, mint régen. A szülőket gyakran annyira lesújtja a gyász, hogy képtelenek gyermeküknek ugyanazt a törődést nyújtani, mint eddig. Azonban, ha a gyermek magyarázat nélkül marad, nem érti meg ezt a látszólagos szülői elfordulást, lazulhat a szülők felé a ragaszkodása. Az események kapcsán átrendeződik a családi rendszer is. A kicsi gyermek „újra” egyke lesz, vagy a második nem lép elő naggyá, középsővé stb. (Fanos et al., 2009; Kiss & Sz. Makó, 2015).

A gyermek a veszteséget csak folyamatában fogja fel, lassabban, mint a felnőtt, ezért sok türelemre, szeretetteljes odafordulásra van szükség, mert még sokáig

keresheti a hétköznapiak során a testvérét, önkéntelenül is felszakítva szüleiben a sebeket (Kovácsné Török & Szeverényi, 1999; Clarke et al., 2012). A testvérhalálra adott reakciók összessége függ a gyermek nemétől, életkorától, a család vallási, kulturális környezetétől, a családban előforduló előző halálesetektől. A tünetek között gyakori a depresszió, a harag, a szorongás, az agresszió, a regresszió, az önvádolás (Bakó, 1995; Kovácsné Török et al., 1995; Kovácsné Török, 1996; Kovácsné Török & Szeverényi, 1998; Kovácsné Török & Szeverényi, 1999; Hidas et al., 2002; Erlandsson et al., 2010; O'Leary & Gaziano, 2011).

A szülők részéről is felmerülnek kockázati tényezők, amelyek figyelmen kívül hagyása a már megszületett és a jövőben születendő testvérek lelki sérülését okozhatják. A szakirodalom a következő megnevezéseket használja ezekben az esetekben.

Bűnbak gyermek: A kisgyermek mágikus, egocentrikus gondolkodása révén fantáziáit mintegy megvalósulni látja. Ha nem kap magyarázatot a történekről, az a képzelete alakulhat ki, hogy testvérét az ő rivalizációja, elutasítása ölte meg. Ezt megerősítve érzi az anya önvádjában, büntudatában is. Mindez a gyermek szeparációjához vezet.

Gyilkosságról szóló gyermeki fantáziák: A gyermek szüleihez, azok mindenhatóságába vetett hite megrendül, ezt megerősítve látja szülei büntudatában, önvádlásában. Így joggal képzelet szüleit vétkesnek testvére halálában, növelve ezzel saját félelmét tőlük, illetve mindenfajta sérüléstől.

Sérülékenység kivetítése: A gyermek fél a sérülésektől, mert ez benne összemosisodik az élet sérülékenységével, azaz a halál képével. Ezt felnagyíthatja a szülők túl óvó magatartása is.

„Pót”gyermek: Ebben az esetben sokszor a szülők narcisztikus sérülésének az elhalt gyermek „újra” születése vethet csak véget. Az újszülött felnőve elfogadja a helyettes szerepet, hiszen csak így tudja szülei elismerését kivívni. A szülők tudat alatt elkövethetnek olyan mértékű túlzásokat is, hogy gyermekükben azt jutalmazták (pl. mosoly, gesztus), amit a másik gyermekükben látni véltek. A gyermek sokszor kétségbeesett jelzéseket ad, hogy ő egy másik személy, fokozottan érzékeny, ha a meghalt testvéréről beszélnek, vele hasonlítják össze (Polcz, 2000b; Badenhorst & Hughes, 2006; Kiss & Sz. Makó, 2015).

Azokban a családokban, ahol nem vállalják fel a várandósság alatt vagy a korai időszakban elvesztett magzatok, csecsemők létét a túlélő testvérek előtt, a gyerekek

azzal a tudattal kénytelenek élni, hogy a szüleiknek „életet adjanak”. Ez abban nyilvánul meg, hogy a túlélő gyerekek önkéntelenül a szülők lehasított „énrészét” formálják meg. Ez a küldetés azonban megvalósíthatatlan, hiszen a feldolgozatlan veszteség miatt a szülőknek az elveszített gyermek marad a pótolhatatlan, az eszményi gyermek. Az így felnövő gyermekek nem elveszített testvérükre emlékeztetnek, hanem ők maguk az EMLÉKEK, így azonban nem tudják saját életüket élni (Bakó & Zana, 2021; Balogh et al. 2021).

„Az egészséges személyiségfejlődés során kialakul a szelfmag, kialakulnak azok az alapstruktúrák, amelyek az identitást alkotják.” (Bakó & Zana, 2021, p. 21) Ezáltal átélhetővé válnak az egyén számára a traumatikus események is, amelyek optimális körülmények közt nem vezetnek megakadáshoz a személyiségfejlődésben. Az egészséges személyiségfejlődés során, ha történnek is mély traumák, azok feldolgozásra kerülnek, így a saját emlékek, érzések között egységes narratíva alakul ki, mely felvállalható, átadható (Balogh et al., 2021). Az emberi kapcsolatokat nagy mértékben befolyásolja a környezet nyitottsága, visszatükröző képessége, ez pedig alapfeltétele a jó személyiségfejlődésnek és a mentalizációnak (Winnicott, 1999; B. Erdős et al., 2020; Bateman & Fonagy, 2020; Bornemisza, 2021).

Ezáltal épülhet ki az ösbizalom (Erikson, 1991), amely fenntartja a reményt, és amelyhez a krízis, a trauma után vissza lehet térni, tovább lehet építeni. A trauma feldolgozása során segítséget jelentenek az egyén belső erőforrásai (pl. a korábban sikeresen megoldott válsághelyzetek, a mentalizációs készség) és a külső erőforrások, mint a szociális kapcsolatok és a toleráns, befogadó környezet.

A kora gyermekkorban a szelf még kialakulóban van, stabilitása még törékeny, kiegyensúlyozott fejlődéséhez az elég jó korai kapcsolatok, a biztosan kötődő anya-gyermek kapcsolat alapvető fontosságú (Winnicott, 1960; 1999). A korai években, a lelki fejlődés érzékeny szakaszában bekövetkező sokkoló hatások rombolólag hathatnak, beavatkozás nélkül az egészséges személyiség nem tud regenerálódni.

A jól kötődő anya-gyermek kapcsolatban a szülő minta, fontos alapértelmezési pont. A dual unio egésze olyan mentális közeget biztosít a csecsemő számára, melyben biztonságban érzi magát, és meg tudja teremteni saját magát, az én-magját. A biztos énkép tudatában tud reziliens módon viszonyulni a körülötte lévő világhoz. A jól kötődő anya-csecsemő viszony a külvilághoz való kapcsolódást megfelelő módon tudja segíteni, kontrollálni, e folyamat által a gyermek személyisége fejlődik, és az évek során biztos, önálló individuummá alakul. Ez az érzékeny fejlődés akkor tud

létrejönni, ha adva van egy olyan lélektani tér, amely ugyan közös a gyermek és az anya számára, de mindketten szabadon mozoghatnak benne. Ez tudja megteremteni az anya és a kisgyermek „mi-élményét”. Ez az élmény konstans, de ugyanakkor lehetővé teszi az egyéni fejlődést (Bion, 1962; Fonagy & Target, 2005; Bakó & Zana, 2021). A traumatizált családokban élő személyekben, a túlélőkben rendszerint nem tud kialakulni ez az ép énrész. A megrázkódtatás hatásaként a szelfmag részei lélektanilag lehasadnak, és emlékként hordozni fogják a traumát. A részeire szakadt szelf-rész azonban nem képes önállóan létezni, a személy nem rendelkezik egészséges énrésszel, ezért helyettesíteni akarja. Ebben az esetben egy gyermek születésével az anya a gyerek önazonosságát sajátjaként értelmezi és „használja”. A traumatizálódott családi légkör olyan atmoszférát hoz létre, amelyben a feldolgozatlan emlékek nem tudnak feldolgozottá válni sem a gondozó, sem a gyermek részére. Ezen körülmények között az anya képtelen az ún. konténerfunkciójával élni, így tovább nehezíti a csecsemő felé irányuló hétköznapi ingerek értelmezését, feldolgozását. A csecsemő magányos lesz, nyugtalanná válik, a külvilág veszedelmes lesz számára a sok emészthetetlen élmény következtében (Rinaldi, 2022). Ez a jelenség bonyolódik tovább azzal, hogy az anya sajnálatos módon a csecsemőt használja saját feldolgozatlan élményeinek gyűjtőhelyeként. Ez az összetett folyamat megakadályozza, hogy a kisgyermek megtanulja az érzelemszabályozást és az önnyugtatósi képességet. A kicsi gyermek a feldolgozatlan, számára megterhelő ingereket, élményeket a külvilágba vagy egy lezárt belső térbe űzi. Az így működő, sérült családokban a még feldolgozatlan, fenyegető élmények, emlékek adják az alaphangulatot, amely nem a reális világot jeleníti meg. A gyermek számára azonban ez a fenyegetettség válik alapértelmezetté. A családi atmoszféra által éli meg a feldolgozatlan trauma élményeit, amelyhez neki tulajdonképpen semmi köze, nem érti, miért él fenyegetettségben, csak ennek jelenvalóságát érzi. A gyerekeknek az a szerepe, hogy megjelenítse a szülő számára a boldogságot, a reményt, értelmet adjon a szülő életének. Ebben a kapcsolatban azonban a csecsemőnek nincs esélye az egészséges szelf kialakítására, hiszen az anya nem képes őt individuumként kezelni. Megteremtődik a „mi atmoszféra”, amelyre jellemző lesz, a kölcsönös érzelmegélés és ezen keresztül a torz élmény fennmaradása. Ebből az érzelmi fogságból azonban nincs kilépés. Az édesanya fenyegetve érzi magát a gyerek, önállósodása láttán, mert megsemmisülve látja a „megtalált” szelf-részét. A felnövekvő gyerek számára a „mi atmoszféra” biztonságot, folyamatosságot ad, de ez tulajdonképpen illúzió. Kénytelen benne hinni, hiszen saját

fejlődő én-integritás nélkül életképtelen lenne. A súlyos, feldolgozatlan emlékekkel élő családokban napvilágot látó csecsemőnél mégis kifejlődhet az önálló egészséges szelf, ha a gondozó szerepét egy biztos kötődésre alkalmas személy veszi át. Figyelembe kell venni, hogy a párhuzamos jelenlét miatt ezek a szelf-részek meglehetősen törékenyek (Bornemisza, 2021).

A perinatális vagy későbbi veszteségélmény következtében a gyermek és a szülő is sérült énrésszel él. A feldolgozatlan és felhalmozódott emlékek konzerválják és egyben életben tartják az elvesztett testvért. Ezáltal kap az élethez való jogot az itt maradt testvér is. Csak így tudja a család megélni és narratívaként elmondani a traumát, amelyet eddig titok fedett. Ez a vészterhes légkör azonban fennmarad generációkon át, hiszen ebben tudnak kapcsolódni egymáshoz a családtagok, a felnövekvő nemzedékek (Bakó & Zana, 2021).

A legifjabb generáció tagjai összefüggő élettörténet hiányában hallgatást, néma vagy szakadozott narratívákat őriznek. A „fantomtraumák” eltemetett események függelékei, amelyek nem saját, szuverén történetek, hanem a korábbi generációk által megélt, de fel nem dolgozott eseményekből származnak. A „fantomok” olyan lehasított „én-részekből” bukkannak elő, melyek lényege számtalan nemzedék óta feltáratlan, felvállalhatatlan (Bakó & Zana, 2021).

5.4 Spirituális orientáció és coping

A perinatális veszteség olyan egzisztenciális válsághoz vezethet, amelynek egyik lehetséges megoldása a spirituális orientáció kialakulása. Nem csupán a veszteség, de ez a coping is átadódhat a generációk között. Cook a MEDLINE és a PsychINFO adatbázisát áttekintve arra figyelt fel, hogy a spiritualitás fogalma, eltérő jelentéstartalmakkal ugyan, de jelentősen növekvő szerepet kap a szakirodalomban (Cook, 2004). Összesen 265, 1981 és 2001 között megjelent tanulmány nyomán alkotta meg összegző definícióját, megkönnyítve a tartalomelemző munkát:

„A spiritualitás az emberi tapasztalat egy különleges, potenciálisan kreatív és univerzális dimenziója, ami mint élmény, egyszerre része a személyes tudatosságnak és a közösségek, csoportok életének, hagyományainak. A tapasztalat szintjén megjelenhet úgy, mint egy bensőséges, személyes kérdés, vagy úgy is, mint kapcsolat egy nagyobb, a szelfen túli, transzcendens létezővel. Olyan tapasztalás, ami alapvetően

fontos, és aminek az élet értelméhez, az élet igazságához, az értékrendhez van köze.”
(Cook, 2004, p. 548)

Az ekképpen definiált spiritualitás rokon Antonovsky híressé vált koherenciaérzék fogalmával, amelynek három fő alkotóeleme a jelentésteliség (meaningfulness), a kezelhetőség (manageability) és az értelmesség/értelmezhetőség (comprehensibility) (Antonovsky, 1987). A hazai szerzők közül elsősorban Kopp Mária és Skrabski Árpád foglalkoztak ezzel a témával, empirikus vizsgálatukban egyértelmű összefüggés mutatkozott a hit és a testi-lelki egészség között (Kopp et al., 2004).

6 Kutatói kérdések

A szakirodalom áttekintését követően fogalmaztam meg kutatói kérdéseimet, amelyek a perinatális gyász testvérekre gyakorolt hatásai közül az alábbiakat vizsgálják:

- Hogyan élték meg a válaszadók a perinatális veszteséget? Mit tudnak az eseményekről, hogyan idézik fel ezeket, miképpen éreztek akkor, és miképpen éreznek ma a veszteséggel kapcsolatosan? Melyek a perinatális gyász sajátosságai a testvérek esetében?
- Milyen módon mutatkoznak meg a vizsgált mintában azok a kulcsfontosságú magyarázó elvek, amelyekről a szakirodalmi áttekintésben szó esett?
- Vannak-e különbségek a férfiak és a nők gyásza között?

A fenti kérdések vizsgálatával egyfelől lehetővé válik a hasonló helyzetben lévő „elfeledett” gyászolók segítése, másfelől az eredmények elősegíthetik a korai intervenció tervezését és bevezetését.

7 Átfogó módszertani keret

Az egészségtudomány területén korábban szokatlannak számított a kvalitatív kutatói megközelítés vagy az integrált módszertani megközelítés (mixed methods research). Ennek egyik oka a pozitivista hagyomány, amelynek jegyében az orvostudományok területén végzett kutatások során az általánosíthatóságot és a lineáris oksági viszonyok azonosítását tűzték ki célul. Az egészségtudomány egyes

területein, így az jelen dolgozat által elemzett területen is, kiemelkedő szerepe van a „megélt tapasztalat” (lived experience) kutatásának, így a kvalitatív módszerek alkalmazásának (Beames et al., 2021). A kvalitatív kutatások célja a még ismeretlen, mélyebb összefüggések feltárása. Ez az értelmező módszer nem-valószínűségi, célzott mintavétel alkalmazását és a kutatás folyamatának nagyon pontos dokumentálását, a kutatás folyamatának átláthatóvá tételét kívánja meg (Teddlie & Yu, 2007; Palinkas et al., 2015; B. Erdős & Vojtek, 2018).

A kvalitatív módszerek elterjedésével szükségessé vált a módszerek minőségi kritériumainak meghatározása. Egészségtudományi területen a különböző protokollok és irányelvek összegzését Tong, Sansbury és Craig (2007) végezték el. Összesen 22 dokumentum 76 elemének felhasználásával alakították ki a COREQ listát (Consolidated criteria for reporting qualitative research). A protokoll első kérdéscsoportja a kutatói felkészültségre és reflexivitásra, a második a kutatási tervre, a harmadik az elemzés módjaira és az eredmények bemutatására vonatkozik.

A kevert módszertant alkalmazó kutatások esetében korai aggályként fogalmazódott meg, hogy a kvalitatív-értelmező, interpretatív-kritikai és a kvantitatív, statisztikai elemzéseket célzó, numerikus eredményeket produkáló pozitivisták megközelítései az eltérő paradigmák miatt nem kombinálhatók. Ez az álláspont mára túlhaladottnak tekinthető (Király et al., 2014; Fiorini et al., 2016).

A tartalomelemzés esetében a kevert módszertan alkalmazása természetes, és a legtöbb esetben elengedhetetlen.

„Míthogy a narratív pszichológiai tartalomelemzés is pszichológiai tartalomelemzés, értelemszerűen ebben is létezik külön kvalitatív és kvantitatív elemzés mód. A narratív pszichológiai tartalomelemzés ugyanis nem csupán a kvalitatív→kvantitatív irányú tendenciát engedi (és követeli) meg, hanem azt is, hogy az egyszer már definiált és kvantifikált kvalitatív kódokból/változókból újabb kvalitatív kódokat/változókat alakítsunk ki, melyek azután megint csak kvantifikálhatók – azaz a folyamat egyazon szövegtörzson belül több ciklusban ismétlődhet.” (Ehmann, 2004, p. 351)

A három alapvető irány, a tematikus elemzés, a szógyakoriság-elemzés, és a kontextuselemzés célszerű, a kutatás céljához alkalmazkodó kombinációja érvényesebb eredményeket ad.

A kvalitatív vizsgálatok során az érvényességet és a megbízhatóságot erősítő megközelítés a trianguláció (Sántha, 2017).

8 A kutatás folyamata

8.1 Módszerek

Az első vizsgálat során az első kutatói kérdésre az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) módszer segítségével kerestük a válaszokat, ahol a megélt tapasztalat (lived experience) és az ehhez kapcsolódó jelentéskeresés-jelentésadás vizsgálatát tűztük ki célul. Az IPA ma már széles körben alkalmazott kvalitatív kutatási módszer, elsősorban a pszichológia területén. A módszer az adott tapasztalat részletes kibontására és annak megértésére törekszik, szem előtt tartva a vizsgált személy értelmezését (Kassai et al., 2017; Kassai, 2020).

A második vizsgálatban a szakirodalmi ismeretekre és a szövegre egyaránt támaszkodva, a deduktív és induktív irányokat ötvözve, egy hagyományos szógyakoriség-elemzéssel próbáltuk meg azonosítani a nemek közötti különbségeket. Ezt a kvantitatív elemzést egy további kvalitatív lépéssel is kiegészítettük. Mindkét kutatás eredményeit publikáltuk (Bornemisza et al., 2022; Bornemisza et al., 2023), a társszerzők hozzájárultak az eredmények dolgozatomban történő felhasználásához.

8.2 Minta

A kutatásban szereplő összes válaszadó vagy közvetlenül tapasztalta meg a testvér elvesztését, vagy közvetett tapasztalatai voltak a veszteségnek a családja életére gyakorolt hatásáról. A résztvevők különböző fórumokon közzétett felhívásokra jelentkeztek, illetve egy előző kutatásomban (2006) részt vett családok tagjai közül választottam ki őket. A pandémiás helyzet és néhány kulturális hagyomány megnehezítette az adatgyűjtést. A „holtakról jól vagy semmit” attitűd és az érzelmek elfojtása mint általános kulturális elvárás az egyik oka, hogy néha nagyon rövid interjúk születtek. A testvérek a család szintjén működő elfojtás miatt nem is mindig tudtak összefüggő történetet elmondani a veszteségről. Összesen 50 személlyel tudtam kapcsolatba lépni, közülük azonban 20 fő nem felelt meg a kutatás kritériumainak. A teljes mintát 30 résztvevő alkotta, 16 nő és 14 férfi, 22 és 63 éves korcsoportban ($M = 34,00$; $SD = 11,01$). A 30 interjúalany szociodemográfiai adatait az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: Az interjúk összefoglaló adatai

	Kód	Életkor [év]	Iskolai végzettség	Interjú hossza [perc]	Elveszett testvér
1	FSB	41	egyetem	40	negyven órát élt
2	FÖE	31	egyetem	13	egy hétig élt
3	FPB	30	egyetem	12	halva született
4	FCA	23	szakközépiskola	20	halva született
5	FÖN	27	egyetem	14	egy hétig élt
6	FQM	47	egyetem	15	öt napig élt
7	FUM	53	egyetem	14	halva született
8	FPT	35	egyetem	31	halva született
9	FJC	27	szakközépiskola	6	halva született
10	FLM	27	egyetem	6	halva született
11	FSE	33	egyetem	2	halva született
12	FSF	28	egyetem	5	halva született
13	FTYU	28	egyetem	8	halva született
14	FYR	38	egyetem	3	csak néhány órát élt
15	NKE	23	egyetem	45	negyven órát élt
16	NCSZ	28	egyetem	15	halva született
17	NCK	47	egyetem	12	halva született
18	NSK	34	egyetem	28	halva született
19	NTL	30	egyetem	20	halva született
20	NSG	26	egyetem	28	halva született
21	NMN	63	egyetem	15	halva született
22	NCzL	50	egyetem	38	halva született
23	NKZ	42	egyetem	45	halva született
24	NBB	25	egyetem	25	három napig élt
25	NMW	54	szakközépiskola	23	halva született
26	NLG	38	egyetem	12	halva született
27	NGB	23	egyetem	8	halva született
28	NSK	25	gimnázium	6	halva született
29	NSZ	22	egyetem	7	halva született
30	NTY	22	szakközépiskola	9	halva született

Forrás: saját szerkesztés

Az interjúalanyok közül heten, illetve ketten testvérek, akik vér szerinti családjukban együtt nőttek fel.

A kutatás etikai jóváhagyását a Szociális Kutatásetikai Bizottság (Pécsi Tudományegyetem, Magyarország) adta ki 2/2019. számon. A vizsgálatban részt vevő személyek a kutatás megkezdése előtt írásbeli és szóbeli tájékoztatást kaptak, és írásos hozzájárulást adtak. Tájékoztattam a kutatásban részt vevő személyeket, hogy személyes, félig strukturált interjút készítek velük, amelynek hanganyagát rögzítem, a vizsgálatban való részvétel önkéntes és bármikor megszakítható, ekkor a hanganyag nem kerül feldolgozásra. Az interjú és annak feldolgozása alatt a teljes titoktartást biztosítom, az elemzésre kerülő anyag azonosításra alkalmas adatokat nem tartalmaz. A beszélgetések alkalmával lehetőséget adtam a segítő beszélgetésre, a veszteség kapcsán felmerült traumák, kérdések megbeszélésére, segítve ezzel az interjúalanyok további haladását a veszteség feldolgozásában.

8.3 Interjúk

Félig strukturált interjúkat készítettem az interjúalanyok otthonában, 2019 októbere és 2020 decembere között. Az interjúk rögzítése az alanyok beleegyezésével, mobiltelefonnal történt. A hanganyag ezután szó szerinti átírássá került. Ez nemcsak a kvalitatív kutatások megbízhatóságának egyik elsődleges kritériuma (Szokolszky, 2004), de a tervezett elemzések szempontjából is elengedhetetlen lépés.

Azért tartottam fontosnak, hogy az alanyok otthonában készítsem az interjúkat, mert így tudtam megteremteni azt az elfogadó légkört, azaz a „feltárulkozási teret” (disclosive space), amelyet az IPA módszer fontosnak tart (Rácz et al., 2016). Ezt az eljárást alkalmaztam korábbi kutatásaim során is. A válaszadókat arra kértem, hogy a beszélgetések alkalmával, ha szeretnének, mutassanak néhány emléket (fényképeket, rajzokat stb.), amely a testvérük halálával kapcsolatos. Első lépésként arra kértem az interjúalanyokat, hogy beszéljenek testvérük elvesztéséről, ahogyan Funk és munkatársai (2018) kutatásában is történt, és így szabadon tudták megfogalmazni élményeiket. Kérdést csak abban az esetben tettem fel, ha a személy nem érintett olyan fontos témákat, amelyekre a kutatás kapcsán még mindenképpen szerettem volna választ kapni. Ezek a területek a következő kérdéseket foglalták magukba: a szülők érzelmei a gyász kapcsán, a veszteség hatása a túlélő testvér életére, a transzgenerációs hatások és a lehetséges megküzdési stratégiák. Nyitott voltam akármilyen új témára a

beszélgetés során, amely kapcsolatban volt a perinatális veszteséggel. Minden interjúalany hozzájárult a hangfelvétel készítéséhez, a hanganyag szó szerinti átírásához, az anonimizált adatok felhasználásához és az eredmények közzétételéhez.

9 Az első vizsgálat

9.1 Az interpretatív fenomenológiai analízis

Az első vizsgálat célja a következő kérdések megválaszolása: Hogyan élték meg a válaszadók a perinatális veszteséget? Mit tudnak az eseményekről, hogyan idézik fel ezeket, miképpen éreztek akkor, és miképpen éreznek ma a veszteséggel kapcsolatosan? Melyek a perinatális gyász sajátosságai a testvérek esetében?

Tekintettel a témára, a kérdések jellegére, a kutatás ezen részében az interpretatív fenomenológiai analízis módszerét alkalmaztuk. Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) egy kvalitatív pszichológiai módszer, amelyet először 1996-ban alkalmaztak és jelentettek meg (Smith, 1996; Eatough & Smith, 2017; Rácz et al., 2016; Kassai, 2020).

Az IPA egyre elterjedtebb, népszerű kvalitatív kutatási módszer, elsősorban a pszichológia területén, bár az utóbbi évtizedben egyre gyakrabban alkalmazzák a piackutatásban is. Ez a módszer hasonlítható a narratív pszichológia módszeréhez. A narratíva megalkotása során az egyén a gondolatait értelmezi, és egy általa kialakított módon elbeszéli, ezáltal önmaga számára a saját belső valóságát tárja fel, így nemcsak a történekről mesél, hanem arról is, hogy ezeket miként tapasztalta. A kutatás fókuszában az „újra elbeszélte történet” áll, amelynek segítségével az élet meghatározó (akár traumatizáló) eseményei új értelmezést kaphatnak, és az egyén számára a mindennapok élhetőbbé, könnyebbé válnak. A vizsgálat során először kutatói kérdések megfogalmazására kerül sor, ezek nyitott kérdések, a narratíva folyamatát tartják szem előtt, és az egyedi kontextusra fókuszálnak. A mintaválasztás során célzottan választunk mintát, amely során azt tapasztalhatjuk, hogy a vizsgálatban részt vevők beszámolóikon keresztül egy adott jelenségre – az általunk kutatni szándékozott jelenségre – mutatnak rá. A módszer leggyakrabban kis elemszámot (3-6 fő) és homogén mintát tételez fel, hiszen a narratíva mélyelemzése magas esetszámnál nem lenne kivitelezhető, ugyanakkor ez az esetszám már alkalmas lehet a központi témák és az esetleges különbségek feltárására. Az adatgyűjtés során mély, strukturálatlan

vagy félig strukturált interjút veszünk fel annak érdekében, hogy az adott témáról a lehető legtöbb és legmélyebb adathoz jussunk (Brocki & Wearden, 2006; Eatough & Smith, 2017).

Az interjúk átiratát többszöri átolvasás után széljegyzetekkel látjuk el, melyek a témák, majd a fő témák meghatározását segítik. Az eredmények táblázatok segítségével kerülnek bemutatásra. A táblázatokban helyet kapnak a fő témákhoz és a kibontakozó témákhoz kapcsolódó interjúrészletek, valamint a kutatók által felfedezett összefüggések és értelmezések. Az önkényes vagy elfogult értelmezések elkerülése érdekében és a kutatói trianguláció jegyében kívánatos, hogy a kutatómunkát és az értelmezést több szakember együttesen végezze (Kassai et al., 2017; Funk et al., 2018).

Az adatgyűjtés és -elemzés során az IPA gyakorlatát követtük, kivéve egy javaslatot, a résztvevők az interjú hanganyag átírásának elolvasására vonatkozóan: ebben Finlay (2020) tanácsát fogadtuk meg, és nem mutattuk meg a válaszadóknak az átiratokat, mert a traumával kapcsolatos narratívák még töredezetebbek, mint az átlagos beszélgetések átiratai (Ehmann, 2002; Neimeyer, 2000), és a válaszadók számára a tapasztalatok szerint zavaró a nyelvileg „hibás” saját szövegük olvasása.

A 2. táblázat mutatja be a kutatásnak ebbe a fázisába bevont interjúalanyok adatait, és néhány más releváns információt a veszteségről. Néhány interjú túl rövid volt, mivel a válaszadóknak joguk volt bármikor visszavonulni, vagy röviden elmondani történetüket, és nem mélységeiben feltárni az élményeket. Több interjúalany csak keveset tudott túl a veszteségről. Összesen 20 interjú volt alkalmas IPA-elemzésre, ez az elemszám magas, de még kezelhető. (Megjegyzés: az eredeti elemszám négy volt, de a publikációt a megcélzott lap azzal a feltétellel fogadta el, hogy megnöveljük az interjúk számát).

2. táblázat: Az IPA-elemzésre kiválasztott 20 interjú adatai (Az azonosító előtt F - férfi; N - nő)

	Kód	Életkor [év]	Iskolai végzettség	Interjú hossza [perc]	Elveszett testvér
1	FSB	41	egyetem	40	negyven órát élt
2	FÖE	31	egyetem	13	egy hétig élt
3	FPB	30	egyetem	12	halva született
4	FCA	23	szakközépiskola	20	halva született
5	FÖN	27	egyetem	14	egy hétig élt
6	FQM	47	egyetem	15	öt napig élt
7	FUM	53	egyetem	14	halva született
8	FPT	35	egyetem	31	halva született
9	NKE	23	egyetem	45	negyven órát élt
10	NCSZ	28	egyetem	15	halva született
11	NCK	47	egyetem	12	halva született
12	NSK	34	egyetem	28	halva született
13	NTL	30	egyetem	20	halva született
14	NSG	26	egyetem	28	halva született
15	NMN	63	egyetem	15	halva született
16	NCzL	50	egyetem	38	halva született
17	NKZ	42	egyetem	45	halva született
18	NBB	25	egyetem	25	három napig élt
19	NMW	54	szakközépiskola	23	halva született
20	NLG	38	egyetem	12	halva született

Forrás: saját szerkesztés

9.2 AZ IPA-elemzés menete

A vizsgálatban 8 férfi és 12 női válaszadó vett részt, életkoruk 23 és 63 év között volt ($M = 37,35$; $SD = 11,73$). Az interjúk átlagos hossza $M = 23,28$ perc ($SD = 11,32$), a férfiak kevesebbet beszéltek ($M = 19,85$; $SD = 10,22$), a nők bővebben fejtették ki élményeiket ($M = 25,55$; $SD = 11,86$).

Az interjúk hanganyagának átírása után többször átolvastam a kinyomtatott szövegeket, kutatói kommentárokat fűztem hozzájuk, végül azonosítottam a felmerülő témákat. Ezek után témavezetőm segítségével folytattam az elemzést, aki első lépésben szintén többször átolvasta és tőlem függetlenül dolgozva kommentálta a

szövegeket, és határozta meg a felmerülő témákat. Ezt követte az első elemzési körök eredményeinek megbeszélése, majd ennek alapján a lehetséges mestertémák azonosítása. Különös hangsúlyt fektettünk a visszaemlékezők értelmezéseire, és a lehető legnagyobb mértékben elkerültük a „nyilvánvaló” klinikai értelmezéseket az IPA kettős hermeneutikája (Eatough & Smith, 2017; Kassai, 2020) mentén haladva. Ismételten áttekintettük a felmerülő témákat, majd több olyan főtémát (mestertémát) határoztunk meg, amelyek központi szerepet játszottak a résztvevők jelentésalkotási folyamataiban. Az utolsó lépésben az eredményeinket összevetettük a korábbi kutatási eredményekkel. Úgy tűnik, nincs konszenzus az IPA-projektekkel végzett kvalitatív adatelemzésre szolgáló szoftvermegoldás használatával kapcsolatban (Copteros et al., 2017; Kassai, 2020). Követtük a Copteros és munkatársai (2017) által alkalmazott eljárást, és először papír és toll módszert alkalmaztunk. A következő, fent ismertetett hermeneutikai ciklusban visszatértünk a manuálisan tett megjegyzésekhez és a kibontakozó fő témákhoz, ezeket az ATLAS.ti 8 for Windows szoftver segítségével tettük követhetőbbé – ebben az esetben a szoftver az adatok könnyebb kezelését segítette elő. A szoftver segítségével továbbá eredményeink integrált, vizualizált értelmezését, fogalmi hálózatát építettük fel.

9.3 Az IPA-elemzés eredménye

Az interjúrészetek itt nem csupán illusztrációk, hanem feltárják a szövegeken belüli tematikus kapcsolatokat, transzparenssé teszik az elemzést. A narratívában megjelenő zűrzavar és káosz tükrözi a traumatikus élmények intenzitását és integrációjának hiányát. Egy múltbeli eseménnyel kapcsolatos beszélgetés során a jelen időben bekövetkező gyakori változásokat úgy értelmezhetjük, mint az élmény újraélését és a korrekatív emocionális élmény narratív pozíciójának megteremtését (Neimeyer, 2001; Ehmann, 2002; B. Erdős, 2006). Az IPA módszerével meghatározott fő témák bemutatására az alábbiakban kerül sor.

Spiritualitás

Minden elbeszélés tartalmazott valamilyen spirituális orientációt, amely az Istenbe vetett vallásos hitként, transzcendens tapasztalatként és a történetek értelmének kereséseként nyilvánult meg a válaszolók életében. Az elveszett testvér mint lélek vagy angyal, más dimenzióban tovább létezik:

FSB: „és abból a prédikációból az maradt meg, hogy nem az számít, hogy tényleg, hogy él, vagy nem él, hanem ő ugyanúgy van, és létezik, ... és hogy ... hogy akik itt maradtunk, az a feladatunk, hogy amit kaptunk küldetést, azt betöltsük.”

FCA: „ő is él, csak nem itt, velünk a földön, hanem fentről így ... figyel minket, vagy inkább vigyáz ránk, mint üdvözült ... hát úgymond szent. Nem kanonizált szent, tehát nem ... nem mondjuk ki róla, hogy szent, de, hogy a mennyországba' van, és ... és ... és tudja, hogy ő hozzánk tartozik, és mi tartozunk hozzá.”

NKE: „és megkérdezte, hogy hiszek-e Istenben. És én erre ... tisztán emlékszem (...), hogy én azt válaszoltam neki, hogy hiszek, de utálok.”

Bizonyos esetekben az idősebb testvér választja a baba nevét. Ezt a felelős cselekedetet („nomen est omen”) gyakran jellemzik bizonyos spirituális vonások, például a nevet egy természeti jelenség, vagy egy álom tárja fel:

NKE: „...kérdezték tőlem anyáék a nappaliban, hogy mi legyen a húgomnak a neve.

Én meg kint álltam az erkélyen ... nem is biztos, hogy az erkélyen, lehet, hogy csak az ablak előtt, de talán az erkélyen és nyár volt és sütött a nap és mondtam, hogy úgy simogat a napsugár. És ők kérdezték, hogy Napsugár? Igen, legyen Napsugár, ezt igazából, tulajdonképpen én adtam neki ezt a nevet.”

FSB: „Akkor még nem volt anyukám várandós, és azt álmodtam, hogy ... ööö hogy születik egy testvérünk, aki aztán eltűnik. És csak annyit t... maradt meg az álmomból, amit így ébrenlétben is ... vissza tudtam emlékezni rá, hogy kisfiú volt. És Péternek hívták. ööö ... És amikor így eltűnt, akkor ... akkor meg nem volt bennem az a nagy szomorúság, tehát hogy ... hogy ... hogy ezt nem tudtam akkor, hogy mi történt, hogy ... egyszerűen ezt egy álomnak véltem. És akkor teltek-múltak a hónapok, na és jött egy 92 ... év eleje, kora tavasz, amikor anyukám mondta, hogy valamit szeretne mondani. (...) teltek, múltak a napok, akkor mi legyen a neve. És annyira lánynevekre készültek, hogy a fiút azt elintézték azzal, hogy István. És mondtam, hogy nem István, Péter.”

Az álmokat hagyományosan a másik világgal való kapcsolatnak tekintik, és eszközként szolgálnak az elveszett testvér megismerésére, aki a másik világban ragadt:

NKE: „Láttam már álomban, hogy milyen lenne... Ugye el tudtam képzelni, hogy hosszú, barna haja van, mint az öcsémnek, csak neki hullámos göndör, sötétbarna szemekkel s hát ... ja.”

Egy víziószerű jelenet hasonló funkcióval bír, mint az álmok. A két következő történet azt mutatja be, hogyan kerekít az életben maradt testvér egy romantikus történetet, és miképpen próbál távolságot teremteni a megterhelő élménytől. A történetmesélő nem tartja racionálisnak a történetet; a mai magyar kultúrában a jelenés nem tekinthető „normálisnak”. Nyíltan, a felszínen alkalmazkodik a köznapi realitáshoz, de egy másik, spirituális szinten úgy tűnik, hogy hisz az élmény valóságában, és arra használja, hogy valamiképpen kapcsolatot teremtsen testvérel, és megbirkózzon a veszteséggel:

FPT: „hogy édesanyám tolt egy... babakocsiban, és hát (...) a kint játékosztálynak a kirakata előtt ahogy eltolt, vagy nézegettem, és akkor ott megláttam egy kis hát akkoriban még nem plüss volt, hanem ilyen kis rongy kutyát, és felnevettem, és odamutattam, és azt mondtam, hogy Geegő, Geeegő, és valahogy én ebből utána ebből egy ilyen romantikus történetet kikerekítettem, hogy valahogy talán én a bátyámat láthattam meg, (...) egy kisgyereket láthattam, az én saját bátyámat...”

A megszületett gyermek mint személy

Az elveszett testvér személyként tartozik a családhoz, a kötődés a haláleset után is fennáll.

Az orvosi műhiba gyanúja több interjúban is jelen van. Az élő testvérben az a határozott vágy él, hogy azonosítsák azt a személyt, aki felelős a veszteségért, ez az eltörölhetetlen családi kötelékek kifejeződésének egyik módja. Az orvosi személyzet és a közeli rokonok perspektívája nagyon távol van egymástól. FSB számára a kisöccse családtag volt, míg a kórházi személyzet nem személyként kezelte őt – FSB véleménye szerint mechanikus és embertelen módon.

FSB: „és aztán azt mondtam apukámnak ... ki akartam zökkenni ... hogy én látni akarom a babát. Tehát, hogy engem nem érdekel, hogy most ... mit mondanak, látni akarom. Apukám meg is tette, hogy ezt így megkérte, hogy láthassuk, de nem engedték. Nem engedték, (...) és én nagyon, nagyon, nagyon mérges voltam, és nem tudtam mire vélni, hogy miért történhetett ... meg olyan, hogy megszületik egy gyerek, azt tudják róla, hogy nincs esélye az életre, beteszik egy inkubátorba, és se az anyukája, se az apukája, se a testvérei nem láthatják, még akkor sem, mikor ... amikor ... ők kérik, kifejezetten kérik, miért jobb az, hogy egy ilyen gyerek önmagában szenved, miért nem ... ha meg kell halnia, akkor most nem mindegy, hogy szerető karok közt hal meg.”

NCzL pedig, megosztva anyja élénk emlékeit a rideg orvosi kezeléstről, egy olyan jelenetet mesél el, amellyel különösen nehéz szembenézni:

NCzL: „Ezt később édesanyám többször ’vérfagyasztóan’ mesélte el. Hogyan dobták születés után egy vödörbe, és ő hallotta hogyan koppan.”

Az elveszített testvér idealizálása a patológiás gyász jele, és a perinatális halállal kapcsolatos alapvető fenyegetések észlelésével szembeni, ugyanakkor diszfunkcionálisnak tűnő önvédelem:

NKE: „Bár anyukámat nem igazán érdekelte a feljelentés meg a per, mert ez neki nem jelentett semmit, mert ettől ő nem kapta vissza a gyereket, nem is nem is tudott erre gondolni, évekig nem is tudott erre gondolni...ö...

Nekem viszont szükségem lenne rá, hogy tudjam, hogy mi történt és ő ö igen és egyébként én akarom, hogy...hogy megbűnhődjön valaki azért, amit tett, mert ... megnyomorította az életünket (...) Igen (*a meghalt hűg*) gyönyörű volt, tökéletes. Itt a picit vágás a fején. (*mutatja a fotón*) Annyi, nem ... nem lehetett baja, mindent összehazudtak abban, abban a boncjegyzőkönyvben, hogy beteg volt, de nem, hát nem, nem lehetett.”

A gyermekrajzok nagyon sokat mondhatnak el erről a kötelékről, és az ehhez kapcsolódó érzelmekről. Az interjúalanyok közül ketten is visszaemlékeztek ezekre a gyermekkorban készített rajzokra.

FCA: „És egy olyan fát rajzoltam, aminek három ága volt, akkor már megvoltam én és a középső, hát most középső, akkor legkisebbik öcsém (...) az egyik ága le volt vágva, majdnem a tövénél, és így őö arra emlékszem, hogy így ... így le volt kezelve, öööö hmmm ... betonnal, azt hiszem, betonnal szokták lekezelni a ... aaa városban a ... ezeket a fákat, amiknek levágják az ágát.”

A vágott felület hasonlít egy nagyon szomorú babaarcra, sötét, fekete szemekkel és lefelé görbülő szájjal (5. ábra, lásd 15.2 melléklet).

Az interjúalany elmagyarázza, hogy a városokban betont használnak a fák védelmére az ágak levágása után. Ehelyett a betont a járda alá benőtt fa gyökereinek fedésére használják – és sírkő gyanánt is. A gyökerek gyakran feltörik ezt a lefedett részt, ami szimbolizálhatja a tökéletlen temetkezési rituálét és annak hatását a túlélők életében. Az interjúalany kisiskolás fiúként a temetés hiánya miatti mély aggodalmát ábrázolta a képén.

A fantom testvér jelenléte a komplikált gyász jele. Ezekben az esetekben az elveszett testvérhez való szülői kötődés megmarad, tartós és mély hatást gyakorol a túlélő testvér életére (Hughes et al., 2001; Davidoff, 2012).

NKE: „Voltunk vásárolni anyával (elbicsaklik a hangja) ketten elmentünk egy csajos estre, ilyen csajos délutánra (sír, zsebkendőt vesz elő) az Á.-ba (bevásárlóközpont). És hát jó volt, de olyan ...furcsa volt (sóhaj) nem szoktunk ilyet gyakran. És rá egy hétre beszélünk ... szóba jött a húgom és mondta, hogy neki végig hiányérzete volt és tudja, hogy neki ott két lánnyal kellett volna sétálni és vásárolnia (elcsuklik a hangja) és már én is tudtam, hogy mi volt ott annyira furcsa és... igen, így van, úgy kellene...”

Másik interjúalany is fantáziál arról, milyen lenne az élet az elvesztett testvérral.

FÖE: „hogy ő most 20 éves fiú lenne, és mi gördeszkáztunk, bicikliztünk, akkor és ő is,”

NMN: „És mikor ilyen zűrös volt otthon a helyzet, serdültem meg lázadtam akkor mindig az volt bennem, hogy ha meg lenne az öcsém. Nem is úgy mondtam őt, testvérem, hanem mindig úgy jött, hogy az öcsém. Azt hiszem így közelebbnek érződik, vagy én így élem meg. Azt, hogy nem a testvéremnek mondtam vagy az a gyerek, hanem, hogy az öcsém. Azt feltételezem, hogy ez ilyen közelebbi érzelmi kötődést feltételez nálam.”

Felelősség, bűntudat

A következő beszámolóban FPT rámutat a szülők, a család felelősségére a magzatokat illetően. Ez egy kellemetlen téma, és a beszélő vegyes érzéseit ismétlések és távolságtartó általánosítások fejezik ki („bárki”; „dolog”; „te”; „pszichénk”). Miközben el akarja kerülni, hogy az anyját hibáztassa, hangsúlyozza a családi konfliktusok lehetséges szerepét a perinatális veszteség kapcsán. Ez nagyon fájdalmas módja annak, hogy visszanyerjük az irányítást az ellenőrizhetetlen események felett. Ezt a logikát követve azonban a legtöbbet hozza ki apja áldozatából, aki alkoholistaként FPT születésekor felhagyott az ivászáttal a családjáért:

FPT: „Azt is el tudom képzelni, hogy ... hogy a a a ... a a ... a legelső ... ööö ... magzat ... hát ő talán pontosan ennek a pszichés nyomásnak a hatására ment el, bár nem tudom megmondani, hogy miért ... pontosan. ööö ... és és hát a a a Gergő is ki tudja, hogy ... énszerintem nincsenek véletlen dolgok. Nincsenek véletlen dolgok, szerintem ööö ... most nem azt mondom, de hát nem lehet azt eldönteni, hogy

valakinek nyakára tekeredik a ... a köldökszínór, vagy sem, de ... de azt hiszem, hogy a pszichénk néha nagyon furcsa dolgokat tud művelni. És ... és ezt most értjük jól, tehát nem édesanyámat akarom okolni, mer ... mer hát énszerintem senkibe nincs ilyen szándék, öö hogy ... hogy a szülő anyát ... ö ... tegye felelőssé ... a... a ... balkimenetelű szülésért, tehát lehet, hogy hogy maga a gyerek kapott, Gergő kapott esetleg olyan impulzusokat, hogy ő nem akar itt lenni. De ne ... de nem tudom, ez most annyira furcsa, mer olyan dolgokról beszélünk, amik már nagyon képlékenyek.”

NCzL egy hasonló kérdést egyszerűbben vet fel:

NCzL: „Sokáig nehezteltem, haragudtam anyukámra, hogy 'nem vigyázott magára' és nem óvta a jobban a kis magzatokat.”

Az a gondolat, hogy az elveszett testvér egy másik világban létezik, és néha kapcsolódik ehhez a világhoz, de nem zavarja az itt élőket, valószínűleg vigasz forrása. Érdeemes megjegyezni, hogy a pozitív tartalmat negatívan írják le, ami a beszélő korábbi negatív elvárásaira és ambivalenciájára utal (Colston, 1999).

A kapcsolat folytonossága

Az a gondolat, hogy az elveszett testvér egy másik világban létezik, és néha kapcsolódik ehhez a világhoz, de nem zavarja az itt élőket, valószínűleg vigasz forrása. Érdeemes megjegyezni, hogy a pozitív tartalmat negatívan írják le, ami a beszélő korábbi negatív elvárásaira és ambivalenciájára utal (Colston, 1999).

FPT: „(...) Ha valahogy jellemeznem kéne ezt a kapcsolatot, talán olyan lehet, hogy ... hogy ... hogy ő valahogy néha így ... így megjelenik, de igazából nem avatkozik bele a világba, csak minthogyha úgy megnézne, hogy jaaj, hát akkor itt vagytok, jól van, nem érzem azt, hogy benne harag lenne, már hogy ha a Gergőre gondolok, nem érzem különösképpen, hogy itt fájdalom lenne”

NCzL esetében ezek az előbbi szövegben rejtettebben megnyilvánuló negatív jelentések nyíltan kifejezésre jutnak.

NCzL: „mert azt hittem haragszanak rám, hogy én maradtam életbe és nem ők.”

Szülői gyász és az érzelmek

A szülői gyász mély hatással van a túlélő gyermekekre. Bizonytalanok, vagy fenyegetve érzik magukat a szülők érzelmei miatt. Az elfojtott érzelmek és az emlékek gyakori felidézése különösen károsan hathatnak. Ha a szülők eltitkolják igazi

érzelmeiket, akkor a gyerekek azt gondolhatják, hogy a kicsi magzat, gyermek élete nem számít; vagy az érzelmek kimutatása helytelen. Ha a szülőknél a mély gyász állapota tartósan fennáll, akkor érzelmileg elérhetetlenné válnak a túlélő gyermekek számára.

NKE: „... amikor eltemettük ... akkor én utána a nagyszülőknél voltam jó egy évig, hol az egyiknél, hol a másikonál. Aki nem rám vigyázott, az anyára vigyázott. Mert ő, ő nem akart felkelni az ágyból, kivéve, amikor a temetőbe ment, mert vagy ott töltötte az egész napját, vagy otthon fekvé az ágyban. Aztán a nagyszüleimmel éltem körülbelül egy évig, az egyikkel vagy a másikkal. Azok, akik nem törődtek velem, törődtek az anyámmal. Egyáltalán nem akart felkelni az ágyból, és addig, amíg otthon volt, addig ... addig mindig volt valaki vele és próbáltak vele lenni, mert neki komoly öngyilkos gondolatai voltak. Ő úgy gondolta, hogy, hogy nekem itt van apa, ő marad velem, ő meg megy a másik gyereke után, hogy ő vele is legyen valaki... Úgyhogy... gyakorlatilag ő ha tehetné, akkor végül is ő engem itt hagyott volna ... és ... igen apával (...) (Egy fotóról beszélve, amit meg is mutat) de a legtöbb képen ugyanaz az üres tekintetem van, mint anyának ... és igazából és igazából a fájdalmam nem az enyém, hanem amit a szüleim átéltek. Az ő fájdalmuk az enyém valójában.”

Az elfojtás gyakori reakció:

NCK: „anyuék sem hát ők (...) nem is emlegette sosem néven, úgy emlegette, hogy a kislány. Lehet, hogy azért is mert ez neki fájdalmas lett volna.”

Amikor a család megoszthatja a fájdalmat, és a családtagok elfogadják saját és egymás érzéseit, akkor felépülhetnek a veszteségből, és ismét képesek értékelni az élet új ajándékait:

FSB: „vettünk már zsebpénzünkből cipőket, kis plüss órát, meg ilyesmit, az tényleg mindent beleöltünk, és ezeket mind el kellett tüntetni. Hát, hogy apukám jött, és mondta, hogy pakoljuk el, hogy mire anya hazajön, ezek ne legyenek itt. ... És hát elpakoltuk, felvittük a padlásra ... ezek nehéz napok voltak ...amikor anyukám aztán hazajött, ... akkor így a nappalinkban így körbe ültünk és hát nagyon nagyon sírtunk. (...) Hát, most ... ezt ... ez igazából akkor látszik, amikor az unokákkal olyan felhőtlenül játszanak... És olyan nagy örömet okoz nekik. Szerintem nekik is volt egy nagy teher, hogy bátyám is későn házasodott, én is, és hát már azon voltak, hogy nem lesz unokájuk.”

A trauma változtató ereje, külső reakciók

A perinatális halál traumája családi kontextusba ágyazottan jelentkezik, és minden eset egyedi. A családban átélt korábbi traumatikus élmények és az, ahogyan a családok reagáltak ezekre az eseményekre, szorosan kapcsolódnak a túlélő testvérek perinatális halálhoz kapcsolódó emlékeihez. Mindez narratívájukban is megjelenik. Bár a visszaemlékezők által említett traumatikus események és körülmények, mint például az államszocialista korszak idején Magyarországon történt igazságtalan bebörtönzések, a mélyszegénység, a családi konfliktusok és a szülői szerhasználat nem tűnnek közvetlen összefüggésben lévőnek a testvér halálával, azonban szorosan kapcsolódnak a megkérdezettek jelentéstulajdonítási folyamataihoz:

FSB: „85 az egy nehéz év volt a családukban, mert apukámnak abban az évben, (...), de bőven a húgom születése előtt történhetett, amikor egyik napról a másikra így eltűnt otthonról. Én nem tudtam, hogy hova. Utólag már összeállt a történet, meg így ... így anyukám, apukám elmondásából most már tudom, hogy mi történt, én akkor gyerekként csak azt éltem meg, hogy apukámat eltüntették, és senki nem tudta megmondani, hogy hova. (...) és hát egy nagy fokú lopás történt a területen, és ezt apukám jelentette a főnökének, és ... egy fél elvetett mondatból apukám azt mondta, hogy ezt nem kellett volna tenni, ezt mondta a főnöke, mire föl aztán az lett, hogy nem mehetett haza, hanem elvitték. És hát itt fővádlott ebben a perben, ami abszolúte alaptalan volt. Anyukám nem tudta megmondani, hogy hol van, mi történt vele. Semmilyen hírt nem kapott. csak azt tudtam, hogy valami nagyon nagy baj van, és ... én rettegettem attól, hogy nevelőotthonba kerülök, merthogy abban az évben született a testvérem, a húgom, anyukám akkor éppen nem dolgozott emiatt, ... és ebben a helyzetben született a ... a... a húgom, akinek én nagyon örültem, merthogy a családban ez volt az örömforrás (...) tehát mindnyájan még viszonylag kicsik voltunk, főleg a húgom, de hogy egyöntetűen előálltunk a szülők elé, és mondtuk, hogy tök jó lenne még testvér. És ez ... hogy ... persze, a szüleinkről tudtuk, hogy nagyon szeretik a gyerekeket, de hogy mi ezt gyerekek is mondtuk, hogy szeretnék és bennem nyilván tudattalanul, de ott volt, hogy ... hogy én egy felhőtlen, boldog időszakot szeretnék, azután a sok év után, amit így ... így lelkileg nekem nagyon nehéz volt megélni.”

A családi traumatikus élmény külső hitelesítése nagyrészt hiányzott, és a perinatális halált gyakran kínos, érzéketlen, sőt sértő módon kommentálták a kívülállók:

FSB: „...szeptemberben, az osztályfőnök kérdezte, hogy mi van a tesómmal, megszületett-e már. És én akkor le voltam forrázva, és annyit mondtam csak, hogy meghalt. És aztán nagy csönd volt, ő nem kérdezett, én nem válaszoltam, (...) és hát azt mondta, ami engem teljesen padlóra vitt, hogy jó, hogy meghalt, mert nem tudtátok volna fölnevelni.”

A családi szerepek változása

A perinatális veszteség drámaian megváltoztatja a családi szerepeket és az identitás-törekvéseket. A túlélő gyermekek nem találják meg a helyüket ebben a megváltozott környezetben. A parentifikáció – amikor a gyermek megpróbál gondoskodni a szüleiről és a testvérekről – meglehetősen gyakori ezekben a családokban. Az új testvéri szerepekkel kapcsolatos remények és törekvések elvesztését tovább bonyolítják a saját életükkel, egészségi állapotukkal és végül a saját szülőségükkel kapcsolatos aggodalmak. Ezeknek a gyerekeknek a válságélményt a „Nem tudtam, hol a helyem” gondolata adja meg. Bizonyos esetekben a szülők az elhunyt csecsemőt egy másik gyermek születésével szeretnék helyettesíteni:

NKE: „A koporsónak a két oldalán ültek a ravatalozóban székeken. Az egyik oldalon az egyik nagymamám, a másik oldalon a másik és... apáék csak ott álltak a koporsó mellett, és én egyik nagyszülőtől mentem a másikig, mert nem tudtam, hogy nekem most hol a helyem, és én mit csináljak (sóhaj) aztán, aztán persze odamentem anyáékhoz.”

FSB: „Anyukám mondta, hogy segítek neki csomagolni, mert nem volt fölkészülve, hogy így legyen, és akkor együtt beszéltük meg, hogy WC-papírtól kezdve fogkefe, pizsama, meg minden, és hogy az volt az első dolgom, arra kért, hogy hívjam fel apukámat, hogy jöjjön haza. És ... hát ... én gyerek voltam, ööö ... ugye akkor még vezetékes telefon világ volt, (Meg kellett ismételnie a hívást) ... aztán apám nagyon gyorsan jött, elvitte anyámat, én pedig otthon maradtam a húgommal, és azt mondtam neki: 'Igen, meg fog születni, de nézd, még nem kellene örülni', vagyis biztosan nem kezeltem a helyzetet nagyon jól ... De meg akartam mondani neki, hogy ne legyen boldog... Szóval ezt mondtam neki: 'Csak ne légy boldog, ne légy boldog!'”

NSK: „Ha így ráutal valaki a családba, akkor az én nevemen hívja őt, merthogy így ezt kapta volna, de ez így nem teljesen van tisztázva, hogy ők most végül is adták neki ezt a nevet hivatalosan, vagy csak akarták, vagy én nem is tudom, hogy ilyenkor anyakönyveztetik-e a babákat, vagy nem. Úgyhogy ez abszolút egy ilyen szerepzavar,

és az biztos, hogy a szüleimben is az volt, mert elég hamar kaptam egy becenevet, és onnantól kezdve igazából mindenki így hívott. Szóval ebből is azt gondolom, hogy talán nekik is ez ilyen konfliktust okozott magukban, hogy akkor most engem hogy hívnak ezen a néven, amikor erről a másik jut az eszükbe.”

Az anya komplikált gyászának hosszú távú hatása (amely az alábbi esetben öngyilkossági gondolataiban nyilvánult meg) a túlélő testvér számára az egzisztenciális kétség, a saját létezés értékének tagadása, elidegenedés a valóságtól és a megakadt, örök trauma. Tudja, hogy nem kellene úgy éreznie, ahogyan érez, de ez a racionális tudás nem segít neki megbirkózni az érzelmi problémával:

NKE: „...tényleg túl korán jöttem, ráért volna ez még, és és akkor lett volna úgy rendben ez az egész dolog, hogyha ő az első, és akkor nem is lett volna semmi baj... nem, nem hibáztatom magam... nyilván nem tehetek róla és ők sem tehetnek róla. Csak, csak úgy érzem ..., hogy ez úgy lett volna jó (...) Nem, nincsen egyébként büntudatom, mert én élek ő meg nem ..., de ... jobban örülnék, hogy ha inkább ő élne, mert szerintem annyival jobb lenne ... (...). Ez... ez most már olyan, mint... egy történet, ami mindig is volt és mindig is lesz és és nagyon sokszor, amikor így belegondolok ebbe az egészbe... rettenetesen megdöbbsz, hogy ez a történet, amit én elmondok, elmesélek... ez tényleg az én életem... Megdöbbsz, hogy ez valóban az én életem, és ez valóban az én családommal történt, és ez az én testvéremmel történt.”

A komplikált gyászfolyamat egyik megnyilvánulása lehet az elfojtott vagy maszkolt gyász. Ebben az esetben a gyászoló a veszteséghez társuló tüneteket hordozza, de ezek megnyilvánulása számára érthetetlen. Nem tudja a negatív hangulati ingadozásait a veszteségélményhez időben és térben kötni. Mivel rejtve marad előtte állapotának kiindulópontja, gyászát feldolgozni sem tudja.

Ez a jelenség gyakran megmutatkozik a visszaemlékezésekben is, hol a szülő, hol a túlélő testvér viszonylatában.

NBB: „igen akkor volt később egy temetés. Egy táborban voltam és oda jöttek értem anyáék és onnan mentünk el a szűk családi szertartásra. És akkor, akkor mondták el tulajdonképpen, hogy ez történt és, hogy volt egy tesómk, aki meghalt a kórházban kisbabaként. (...) volt egy ilyen dinamikája a családnak, hogy én, mint legidősebb gyerek voltam és akkor tudtam, hogy fog születni egy kis testvérem és neki nagyon örülünk és anyáék bementek a kórházba és ugye ami a következő amit én láttam, hogy, hogy anyáék sírnak és... tehát mégse, nincs megszületett testvér. A következő ilyen alkalommal lehet, hogy hatott, hogy, hogy fogadtam az öcsémet.”

NCSZ: „Nem, nem ez full tabu volt. Szerintem ezekből arra következtetek, hogy anyukám ezt föl se tudta rendesen dolgozni, elgyászolni vagy valamilyen folyamat. A hátteret nem tudom, nagyon fiatal volt, talán szégyellte, nem tudom (...). Én nagyon szurkoltam amikor a húgomat várta és volt ez a nagy fiú várás és mindenből kettőt varrt és vett, már attól féltem, hogy babakocsiból is kettőt vesz. Én akkor szurkoltam, hogy lány legyen. Már 8 évesen is éreztem ezt. (...) Azóta így találtam illetve kerestem azt a pót...testvért és megfogalmazódott bennem, hogy olyan jó lenne egy báty vagy egy idősebb fiútestvér, aki megvéd.”

NCzL: „Mikor ezt a nővérem elmesélte, annyira szégyelltem magam, hogy velem ennyi baj volt és beleélve a nővérem szerepébe magam, hogy mit érezhetett és utána én mekkora csalódást okoztam a családnak (*ti. hogy lánynak született egy meghalt fiú után*). Azt éreztem betolakodó vagyok. Életbe maradtam magzatként. Nem lettem fiú – ezt a születésemkor egyébként meg se merték mondani az apámnak – és nem haltam meg a koraszülött osztályon, valamint nem hoztam helyre a szüleim házasságát ahogy ezt az anyukám remélte (...) nem szerettem rájuk gondolni, mert azt hittem haragszanak rám, hogy én maradtam életbe és nem ők. Mondjuk ez sincs rendbe bennem, mert még most is azt érzem jobb lett volna, ha ők maradnak életben, mint én.”

Az utolsó két interjú jól rávilágít arra, hogy az óhajtott nemű gyermek elvesztése milyen elfojtott veszteséget tart fent az anyában, és ennek több évtizeden át tartó romboló hatása hogyan nyilvánul meg a később született, ellentétes nemű gyermekekben.

Az alábbi, 3. táblázat foglalja össze a főbb kutatói kommenteket (zárójelben), a kutatás kibontakozó témáit és a konklúzióként megjelenő fő témákat.

3. táblázat: Az interjúk során kibontakozó témák és fő témák

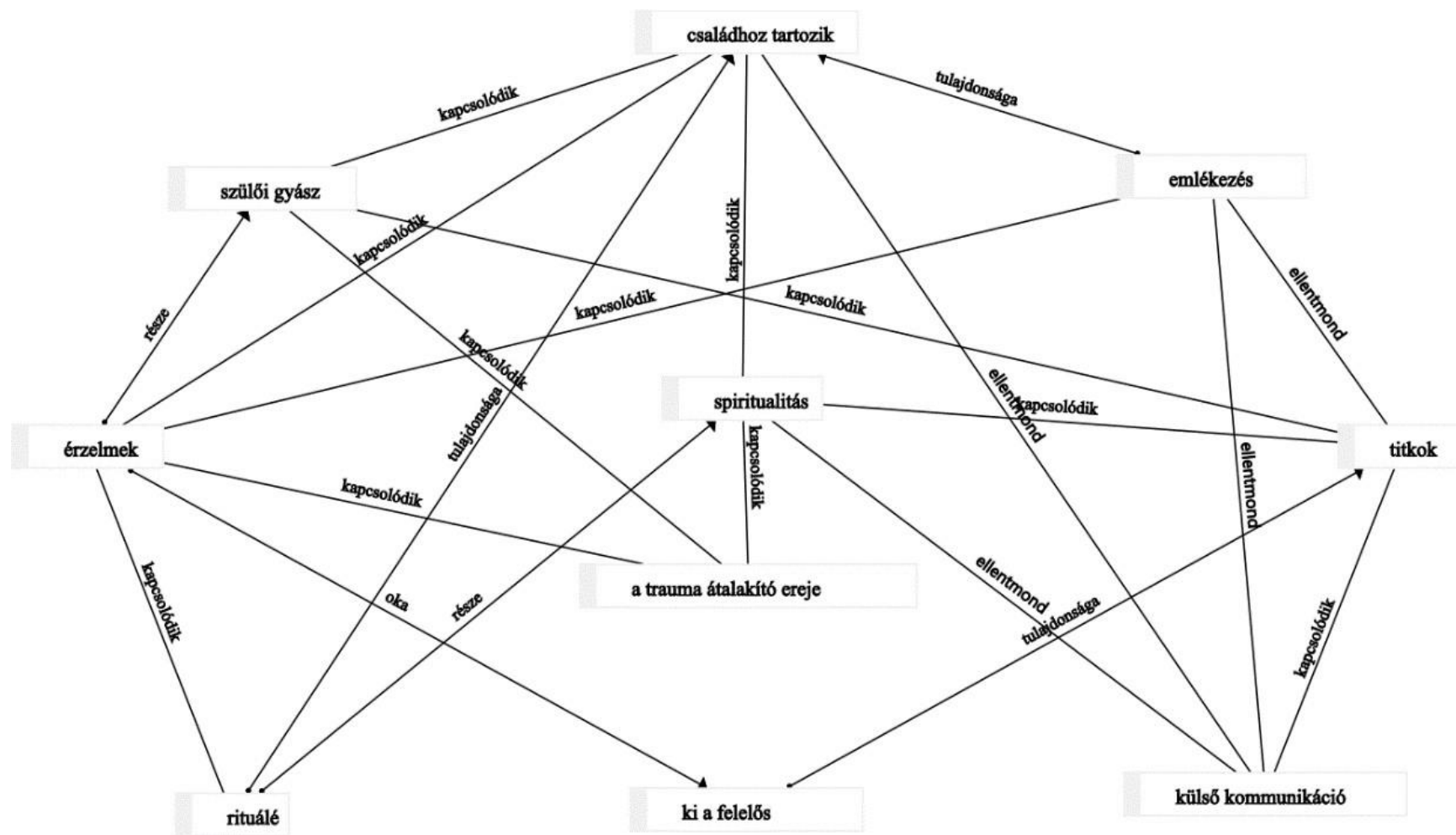
Kibontakozó témák (zárójelben megjegyzések)	Fő témák
Örök élet a túlvilágon (örangyal-élet, „mintha”-szent; megváltás; lélek, aki csak figyel, de nem avatkozik bele)	Spiritualitás
Kapcsolat az evilággal (álmokban, rajzokon és természeti jelenségeken keresztül kapott jelek; képzelet; jövendölések, pl. az elhunyt testvér névadásakor vagy a testvér elvesztésével kapcsolatban; természetfeletti élmények mint kinyilatkoztatások)	
Az egyén személyes életküldetése (a veszteség pótlása; az elveszett testvér sorsa)	
Istenhez való viszony	
Az elveszett kisbaba meglátása (személy, családtag, van neve, emlékezni kell rá / „re-membered”)	Folyamatos kötelék
Rituálék iránti igény (temetési és egyéb búcsúztatási rituálék)	
Saját áldozat (pl. kedvenc játék odaajándékozása az elveszett testvérnek)	
Titkok és elfojtás (a szülők saját érzelmeihez kapcsolódva, saját felsejlő tudás)	Szülői gyász és gyászmunka
A szülők szomorúsága (sötét időszak a család életében)	
Távolságtartás, objektivitás („ez így volt és kész”)	
Külső kommunikáció (a kórházban, az iskolában stb. – a csecsemő mások szemében nem személy; egyedül hal meg, anélkül, hogy valaha is megtapasztalhatta volna a család szeretetét)	Külső reakciók
Titkok (a barátokkal és ismerősökkel való kommunikáció során; az egészségügyi személyzet részéről a halál okát illetően)	
Parentifikáció (a szülők gyászához és néha más traumákhoz kapcsolódó korai teher)	A trauma átalakító ereje
Születési sorrend („hol az én helyem?”)	
Az identitás-törekvések változásai	

Más traumák sorozata a családban (titkok; a testvér elvesztése által aktivált, vagy ahhoz kapcsolódó traumák)	
A mondatszerkezetben és a nyelvtanban tükröződő sajátos időbeli viszonyok, töredezettség	
Vegyes érzések és attitűdök (szomorú, dühös, meghatódott, büntudatos, az élet megbecsülése)	Érzelme
Összemosott határok (saját érzelmek – szülők érzelmei)	
Az egészségügyi személyzet hibáztatása (feltételezett műhiba, információhiány, a gyász mechanikus kezelése; feltételezett bűncselekmény)	Ki a felelős?
Magzati élmények (családi konfliktusok)	
A rend felbomlik (neki magának nem kellett volna megszületnie, hogy a nővére élhessen; fiúnak/lánynak születni)	

Forrás: Bornemisza et al., 2022.

Az alábbi, 4. ábra vizuálisan is megjeleníti az interjúalanyok jelentésalkotási folyamatainak legfontosabb eredményeit.

4. ábra: Jelentéshálózat



Forrás: Bornemisza et al., 2022

10 Integrált módszer szerinti (kvantitatív-kvalitatív) tartalomelemzés. A nemek közötti lehetséges különbségek vizsgálata.

A harmadik kérdés megválaszolására (Vannak-e különbségek a férfiak és a nők gyásza között?) egy másik elemzési módot választottam (Bornemisza et al., 2023)

10.1 Minta és módszer

Ennél az elemzésnél az 1. táblázatban szereplő összes, 30 interjú vizsgálatára sor került. Első lépésként az ATLAS.ti 8.00 tartalomelemzést segítő számítógépes programmal egy szógyakoriság-listát készítettünk, amely a 30 interjú összes szavát tartalmazza. A 0,1%-os előfordulási arányt meghaladó szavakat úgy rendeztük, hogy az így kialakuló kategóriák a narratívák főbb tartalmait jól jellemezzék. A listát olyan keresési kifejezésekkel egészítettük ki, amelyek relevánsnak bizonyultak az előző IPA-tanulmányban, mint például a születéssel, a névadással és a halállal kapcsolatos szavak. (Így lényegében már ennél a kutatásnál is volt egy megelőző kvalitatív mozzanat.) Az összesen 35.646 szóból (ami az interjúk teljes terjedelme volt), így végül 17.146-ot (48%) soroltunk be valamilyen kategóriába. A kategóriák megalkotása mindig kvalitatív, értelmezői lépés, így ezen a ponton ismét témavezetőmmel közösen dolgoztunk.

A keresési könyvtárat a 4. táblázat tartalmazza.

4. táblázat: Keresési könyvtár

Kategória	Keresési kifejezés
ki	ki kivel kivel
mi	mi miről mivel
anya	anyu anya anyukám édesany* anyá*
apa	apukám édesap* apu* apa apá*
csak	csak
E/3	ő neki ról róla vele
első	első
én	én
éves	éves
feltételes	talán volna lenne lehet lehetett ha
gyerek	gyerek*
határozatlan	vala*
időpont	aztán akkor amikor utána mikor után
időtartam	már még mindig
igen	igen
jó	jól jó
jött	jött
kapcsolatos	és
két	két
kicsi	kis kicsi*
közelmutató	ezt erről erre ezek
lesz	lesz
magyarázó	tehát mert hogy azért úgyhogy hogyha
magam	magam* rám nekem bennem engem velem
meghalt	meghalt halott élt életben
minősítő	ilyen nagyon úgy annyira milyen így ennyire olyan mint
mondta	mondta
múltlét	történt volt lett voltak
nagy	nagy
negatív	nem sem se ne seho* semmi* soha* nincs*
név	név neve*

ott	ott
ők	velük ők őket nekik
önreflektív jelen	tudom emlékszem szerintem tudok gondolom vagyok
önreflektív múlt	mondtam voltam tudtam gondoltam
sok	sok
szükséges	kellett kell szükséges kellene muszáj
szülés	szület* baba babá* szülött* szülés* kórház*
távolmutató	azt arról arra
testvér	testvér*
töltelékszó	igazából ugye valahogy persze mondjuk egyébként szóval biztos nyilván hát
választó	de hanem inkább vagy
van	van

Forrás: Bornemisza et al., 2023

A statisztikai elemzéshez az IBM SPSS Statistics 26.0 programot használtuk. Eredményeinket a két csoport adatainak összehasonlításából nyertük. Ehhez az egyszempontos varianciaanalízist választottuk, és az ennek megfelelő hatásméret vizsgálatot (részleges eta-négyzet: $\eta^2 = SS_{\text{hatás}}/SS_{\text{összes}}$). A hatásméret értelmezésére Cohen (1988) iránymutatását használtuk: kis hatásméret 0,01-ig, közepes hatásméret 0,06-ig, nagy hatásméret 0,14-ig.

A lehetséges nemi különbségek elemzéséhez egyensúlyba kellett hoznunk a nemi arányokat, ezért Boxplot diagramot használtuk annak megállapítására, hogy vannak-e kiugró értékek az életkor mentén, így kiszűrésre került két női résztvevő. Végül N = 14 nő adatait használtuk fel (M = 31,07; SD = 9,58) és N = 14 férfi (M = 33,43; SD = 8,58) hogy a kvantitatív elemzésnél a legpontosabb eredményeket nyerhessük.

10.2 A kvantitatív elemzés eredményei

Nemek közötti szignifikáns különbség három kódnál jelentkezett. Az első a „név” ($F(1,26) = 6.637$; $p = .02$; $p < .05$), nagy hatásmérettel ($\eta^2 = .20$), a nők gyakrabban utalnak elveszett testvérük nevére, mint a férfiak ($M_{\text{nő}} = 2.28$ és $M_{\text{férfi}} = 0.71$). Ezenkívül az „ők” kód használata lényegesen gyakoribb a női csoportban

($F(1,26) = 5.404$; $p = .03$; $p < .05$; $M_{nő} = 5.36$; $M_{férfi} = 1.78$), $\eta^2 = .17$ hatásmérettel (nagy hatás). Különbséget látunk a „születés” kód mentén ($F(1,26) = 5.013$; $p = .03$; $p < .05$), $\eta^2 = .16$ hatásmérettel (nagy hatás), szintén a nők használták gyakrabban ezt a kódot is ($M_{nő} = 14.43$; $M_{férfi} = 7.00$).

A többi kód mentén nem azonosítottunk nemek szerinti különbségeket, lásd 5. táblázat.

5. táblázat: Nemek közötti különbségek az egyes kódok mentén

	$M_{férfi}$	$M_{nő}$	F	df	Sig.	Hatásméret (η^2)
(aki)	2.9286	2.7143	.040	1,26	.84 (n.s.)	–
(ami)	4.0000	3.8571	.005	1,26	.94 (n.s.)	–
(anya)	5.7857	8.2143	.615	1,26	.44 (n.s.)	–
(apa)	4.9286	3.0714	.347	1,26	.56 (n.s.)	–
(csak)	4.5714	5.6429	.220	1,26	.64 (n.s.)	–
(E/3)	13.5000	21.5000	1.357	1,26	.25 (n.s.)	–
(első)	1.5000	1.2143	.152	1,26	.70 (n.s.)	–
(én)	12.0714	13.5000	.057	1,26	.81 (n.s.)	–
(éves)	1.2857h	2.2857	1.520	1,26	.23 (n.s.)	–
(feltételes)	16.3571	19.0714	.277	1,26	.60 (n.s.)	–
(gyerek)	3.3571	4.5714	.454	1,26	.51 (n.s.)	–
(határozatlan)	5.9286	7.0000	.159	1,26	.69 (n.s.)	–
(időpont)	28.9286	30.2143	.012	1,26	.91 (n.s.)	–
(időtartam)	16.1429	17.3571	.062	1,26	.80 (n.s.)	–
(igen)	5.2143	4.4286	.113	1,26	.74 (n.s.)	–
(jó)	3.4286	3.7857	.038	1,26	.85 (n.s.)	–
(jött)	1.8571	1.0714	.666	1,26	.42 (n.s.)	–
(kapcsolatos)	33.8571	38.3571	.058	1,26	.81 (n.s.)	–
(két)	.9286	1.6429	1.404	1,26	.25 (n.s.)	–
(kicsi)	2.2143	2.2143	.000	1,26	1.00 (n.s.)	–
(közelmutató)	10.2143	13.5000	.477	1,26	.50 (n.s.)	–
(lesz)	1.0714	1.1429	.009	1,26	.93 (n.s.)	–
(magyarázó)	73.3571	85.0000	.150	1,26	.70 (n.s.)	–
(engem)	6.0000	7.7857	.423	1,26	.52 (n.s.)	–

(meghalt)	2.0000	2.5714	.368	1,26	.55 (n.s.)	–
(minősítő)	26.5714	22.9286	.234	1,26	.63 (n.s.)	–
(mondta)	1.4286	2.1429	.373	1,26	.55 (n.s.)	–
(múltlét)	26.0714	24.7857	.016	1,26	.90 (n.s.)	–
(nagy)	2.2143	1.5714	.210	1,26	.65 (n.s.)	–
(negatív)	39.3571	49.0714	.444	1,26	.51 (n.s.)	–
(név)	.7143	2.2857	6.637	1,26	.02*	.20
(ott)	5.0000	4.8571	.003	1,26	.96 (n.s.)	–
(T/3)	1.7857	5.3571	5.404	1,26	.03*	.17
(önreflektív jelen)	15.7143	21.7857	1.108	1,26	.30 (n.s.)	–
(önreflektív múlt)	6.5000	6.0000	.019	1,26	.89 (n.s.)	–
(sok)	1.3571	.9286	.538	1,26	.47 (n.s.)	–
(szükséges)	1.8571	3.2857	1.506	1,26	.23 (n.s.)	–
(szülés)	7.0000	14.4286	5.013	1,26	.03*	.16
(távolmutató)	9.7857	11.3571	.161	1,26	.69 (n.s.)	–
(testvér)	2.9286	4.5000	1.400	1,26	.25 (n.s.)	–
(töltelékszó)	26.7857	28.8571	.042	1,26	.84 (n.s.)	–
(választó)	26.3571	25.4286	.013	1,26	.91 (n.s.)	–
(van)	7.2857	9.6429	.596	1,26	.45 (n.s.)	–

Sig. *p<.05, **p<.01

Forrás: Bornemisza et al., 2023

Az integrált módszertan szerinti elemzés következő lépéseként egy kvantitatív-kvalitatív szekvenciát követve (Teddlie & Yu, 2007) megvizsgáltuk azoknak a kódoknak a kontextusát, ahol szignifikáns különbségek mutatkoztak.

10.3 A kvalitatív komponens: a „név” és a „születés” kontextuselemzése

Az elhunyt testvér elnevezése olyan esemény, amely igazolja a testvér személyként való létezését. Ez fontos a túlélő testvérek számára, mivel megvédi őket attól az irracionális fenyegetéstől, hogy egy gyermek egyszerűen eltűnhet a család életéből. Ez a téma gyakoribb a nők körében, akik ugyanakkor kevésbé beszélnek róla

konkrétan, míg a férfiak kifejezetten neveket említenek. A 30 interjúból 12 női válaszadó vetette fel ezt a témát, ez összesen 36 különálló idézetet eredményezett, de csak öt keresztnév előfordulását lehetett azonosítani. A férfiak esetében csupán öt férfi beszélt nevekről összesen 15 idézetben, de ezekben a szövegekben 13 konkrét nevet említettek. Az alábbi példákban ugyanattól a válaszadótól származó idézetekben a kihagyott részleteket a hagyománynak megfelelően a (...) jelöli.

Idézetek a névadásról és a nevekről a női narratívákban:

NBB: „Nem...Hát valahogy biztos, hogy lett anyakönyvezve és ö... mondjuk most hirtelen a második neve nem is jut eszembe, merthogy neki ...nálunk mindenkinek két neve van, két keresztnéve.”

NCK: „Azt tudom, hogy ő is M. lett volna (ti. az interjúalany neve) Tehát gyakorlatilag azt a azt a nevet örököltem...”

NKZ: „De akkor ugye beugrott, hogy nekem, hogy, hogy én az András nevet elutasítottam ez miatt, hogy valahogy ez így rosszul veszi ki magát.”

NSK: „amiatt is (sóhaj) nehezített az én szerepem ebben a kérdésben, mert hogy azt a nevet kaptam, amit ez a baba kapott, vagy kapott volna. Ez ilyen tisztázatlan. Ha így ráutal valaki a családba, akkor az én nevemen hívja őt, merthogy így ezt kapta volna, de ez így nem teljesen van tisztázva, hogy ők most végül is adták neki ezt a nevet hivatalosan, vagy csak akarták, vagy én nem is tudom, hogy ilyenkor anyakönyveztetik-e a babákat, vagy nem. Úgyhogy ez abszolút egy ilyen szerepzavar, és az biztos, hogy a szüleimben is az volt, mert elég hamar kaptam egy becenevet, és onnantól kezdve igazából mindenki így hívott.”

Idézetek a névadásról és a nevekről a férfi narratívákban:

FSB: „... terméskövekből csináltunk körbe egy négyzetet, középre meg egy kősziklát tettünk. És nem is írtunk rá nevet, merthogy ő Péter.”

FQM: „Ő volt egyébként L.-ka, azért az én második nevem is L. Ezt apáék is mindig elmondták, hogyha szóba került, hogy miért van két nevem, de más sírról nem tudok. (...) Igen, a L.-t használom, de hogy legyen még egy név, azért adták a G-t. A nevemmel úgy foglalkozom, mint valami különlegesség, hogy G. is vagyok, hogy két nevem van, milyen jó nekem.”

Nem meglepő, hogy a születés olyan téma, amelyet a nők lényegesen gyakrabban említenek. Ez a téma az összes női narratívában (16) és a legtöbb férfi narratívában (12) szerepelt. Az összesen 210 említésből azonban csak 67 volt a férfiak szövegeiben, és közülük egy, FSB nagyon gyakran (24 alkalommal) vetette fel a témát. 13 éves fiúként segítenie kellett anyjának a kórházi tartózkodásra előkészülni a fenyegető koraszülés miatt, és közreműködni a sürgős kórházba szállításban.

Az alábbi idézetek tükrözik a legjellemzőbb tartalmakat:

NCK: „Gyakorlatilag el lett temetve, bár felajánlották, hogy nem kell eltemetni a halva született gyereket simán (sóhaj) elintéznék a kórházban, nem kell eltemetni, de apu ragaszkodott azt hiszem hozzá, hogy eltemessék. (...) Halva született, már egy ideje halott volt. Tehát gyakorlatilag azért indult be a szülés, mert már anyu is meghalt volna (...) Engem kellőképpen el is kényeztettek, mert hát ott éltünk a nagyszüleimmel, a dédszüleim is ott éltek. Ott voltam egyedül gyerek kb. egy évig, mert aztán az öcsém is megszületett, tehát nyilvánvaló, hogy az a... hát biztos, hogy az egész családot sokkolta, de erről sose beszéltünk, (...) Biztos, hogy ez fájdalom volt, amikor megszülettem utána nyilván kellőképpen rám vetették magukat, amit érzek is, merthogy eléggé el lettem kényeztetve akkor.”

NKE: „És anya addig persze aludt, a húgomat berakták egy inkubátorba, mert még egy picit lilult, és volt egy kis karcolás itt a halántékán a homlokánál (mutatja) ezt a császármetszéskor őt véletlenül megvágták egy kicsit, tehát semmi baja nem volt, azt hiszem 9-es vagy 10-es Apgarral született, úgyhogy tökéletes, tökéletes volt. (...)”

És hát ugye nyilván ő még napokig bent volt a kórházban és látta, hogy a mellette lévő anyukák az újszülött babáikat szoptatják és szeretik és ő... már nem... (...), és próbált mindenkit kérdezgetni a szülésznőt mondják el mi történt az ő lányával. És senki nem foglalkozott vele, nem válaszoltak neki, egészen addig, amíg el nem kezdett torkaszakadtából ordítani a szülésközvetlen közepén, hogy mi történt az ő gyerekével, valaki azonnal mondja meg.”

NLG: „nem egy ilyen műtét történik, hanem meg kellett szülnie és nem mutatták meg neki azt a kisbabát, hanem elvitték... Nem is tudta anyu elgyászolni, sőt valószínűleg apuval ezt nem is beszéltek soha át. (...) És mondta anyu, hogy régen ők még hangkazettára fel lehetett venni és ő hetekig hallgatta a babájának a szívverését és akkor meg kellett szülnie egy halva születés ... egy halott kisbabát. Hogy ő ki is dobta azt a kazettát és soha többet ... mert zakatol a fejében ez a baba szívhang. (...) Én

ugyan nem vesztettem el soha babát, de az a fájdalom szerintem feldolgozhatatlan vagy ez mindig egy üresség lesz, vagy egy meg nem született baba emléke lesz az emberben. Szerintem mindig meghal vele egy részed ő ... anyaként.”

NMN: „Akkor ez engem már gyerekként megrázott..., hogy hogy nem is nagyon tudtam semmit a szülésről, tudtam, hogy ez egy fájdalmas dolog és hogy mi lesz akkor majd ha nekem is kell szülni és ilyen kín... kínokat kell átélni. Nekem így magáról az embergyerek születéséről az első élményem, hogy a testvéremet az anyukám a kínok kínjával hozta világra.”

NTY: „Úgyhogy szegényt meg összerakták az élő babát szült anyukákkal. Úgyhogy az neki utána nagy trauma volt.”

FSB: „Akkor még nem volt anyukám várandós, és azt álmodtam, hogy ... ööö hogy születik egy testvérünk, aki aztán eltűnik. (...) Tehát hogy nem ... nem adtam át az információt, hogy mi van, és akkor összepakoltunk, már tényleg beraktam a bőröndjét anyukámnak, anyukám moccanni sem tudott, ... ööö ... hát én nem tudtam, hogy ez egy szülési fájdalom egyébként, deee ... tehát hogy képtelen volt csomagolni ... nekem az volt a megszokott, ő pakol, ő csomagol, de hogy ... ööö ... dehát ugye ... a húgom meg ujjongott örömeiben, mert ő meg ... ugrált, és ... bepakoltam, na akkor nem jött még meg apukám, akkor ... akkor ... mondta anyukám, hogy szóljak rá még egyszer, és akkor ... akkor már annyi eszem volt, hogy mondtam »apa, gyere haza, baj van«. (...) Utólag tudtam meg, nyilván nem ... kötötték az orromra a teljes történetet, hogy mi történt, a szülészorvosa anyukámnak az szabadságon volt, egy rezidens volt, aki elindította a szülést, nem volt befordulva, ennek ellenére természetes úton elindították ... ööö ... apukám szerint majdnem anyukám is belehalt a történetbe, és utólag álltak rá egy ilyen császármetszéses történetre, és ööö ... hát hogyan, hogyan se, sérüléseket szenvedett, vagy előtte már volt valami, ez mai napig számomra ez nem derült ki.”

FCK: „Vártuk a húgunkat, de ha jól emlékszem, így a születés előtt 2 órával derült ki, hogy meghalt, és hát így mély nyomot igaziból így nem hagyott, én nem tudom ... én tökre el tudtam fogadni, hogy ez egy ... ez egy természetes dolog, hogy ilyen van. Annyira nem rázott meg, hogy így hamar ... ja, annyira nem kellett, nem kellett túltenni magamat rajta, mert nem érintett olyan mélyen, vagy nem emlékszem rá igaziból.”

FPB: „Az első, tehát, ha megszületett volna, Vincének hívták volna. Tehát a szüleim hívták így, ez lett volna a neve.”

11 Megvitatás

A továbbiakban mindkét elemzés, az IPA és az integrált módszertan szerinti tartalomelemzés főbb eredményeit itt összegezzük, és egyben utalunk a szakirodalmi összefoglalóban is megjelenő kapcsolódási pontokra.

Az általunk elemzett történetek évtizedekkel ezelőtti veszteségekről szólnak. A perinatális veszteség a családban a további életet átalakító élmény a túlélő testvérek számára. Ez tükröződött a történetek tartalmaiban, valamint a narratívák töredezettségében. Az elemzésünkben azonosított fő témák nagymértékben hasonlítanak más forrásokban található fő témákra (Fanos et al., 2009; Kempson & Murdock, 2010; Meyer, 2015; Funk et al., 2018), mint például az erős spirituális orientáció (őrangyal, égi túlvilág, jelenlét érzékelése) és a folyamatos kötelék (continuing bond, Meyer, 2015) megteremtésére tett törekvések. Ebben a kötelékben a testvér tovább él. A szövegekre jellemző volt a családi kapcsolatok átalakulása, valamint a vágyott szerepek és identitások változása is. Neimeyer és munkatársai (2006) korábbi megállapítása: az erős, folyamatos kötelék csak akkor vezet túlzott szorongáshoz, „ha a túlélő nem volt képes megérteni a veszteséget személyes, gyakorlati, egzisztenciális vagy spirituális értelemben” (Neimeyer, 2006, p. 715). Mintánkban a jelentésalkotásra való törekvés a narratívák központi eleme, és e törekvés gyakran sikeres egzisztenciális-spirituális, vagy akár személyes értelemben, de kevésbé gyakorlati értelemben. A halál oka – a lehetséges genetikai kockázatokkal, személyes felelőségekkel és jogi felelősséggel kapcsolatos gyakorlati kérdések – általában nem voltak egyértelműek a gyászoló testvérek számára. Ez az államszocializmus információkezelési technikáinak, illetve az egészségügy akkori etikai, jogi szabályozási hiányosságainak, valamint az orvos-beteg kapcsolatban elvárható támogató és hiteles kommunikáció hiányának eredménye lehet, ahol az információ kontrollja a társadalmi ellenőrzés általános, minden közegre kiterjedő formája volt.

Meg kell jegyeznünk, hogy még ha a gyászoló testvérek el is ismerik az elveszett testvért személyként és családtagként, akkor sincs idejük arra, hogy a valós életben – vagy akár csak a képzeletükben is – megfelelő kötődést alakítsanak ki. Ez tovább

fokozhatja a fennálló zavarokat (Meyer, 2015). Meyer különbséget tesz a folytonos (continuing) és szimbolikusan felépített, konstruált (constructed) kötelékek között, amelyek gyakran egyediek és privátak maradnak. Ugyanakkor a gyászoló testvérek aktív erőfeszítéseket tesznek annak érdekében, hogy közös családi valósággá alakítsák őket. Az ilyen típusú közös családi valóság megteremtéséhez a halott csecsemőnek nevet kell adni, látni kell, el kell temetni, majd az élményeket újra meg újra meg kell osztani. A korábbi elképzelésekkel ellentétben a folyamatos kötelék pozitív szerepet játszhat a gyászfolyamatban (Neimeyer et al., 2014). A kötelék létfontosságúnak tűnik a túlélő testvérek számára. Számukra a kötelék annak bizonyítéka, hogy a gyermek nem tűnik el egyszerűen a családból, mintha soha nem is létezett volna. A szülők számára, akiknek különböző gondjaik vannak a saját gyászukkal, szülői identitásukkal és generativitásukkal kapcsolatban, a konstruált kötelék nem biztos, hogy megnyugtató. A szakirodalmi adatok ellentmondásosak. Egyes szerzők úgy látják, hogy fontos a kötelék kialakítása, míg mások azzal érvelnek, hogy ez a tartós depresszió és szorongás lehetséges forrása (Kersting & Wagner, 2012).

Neimeyer és munkatársai (2014) szerint a gyász nem elsősorban intrapszichikus, hanem interperszonális folyamat, társadalmilag kialakított válasz a környezeti eseményekre. Számos tanulmány „elfelejtett gyászolóknak” nevezi a gyászoló testvéreket (Kempson & Murdock, 2010, p. 740). A halál és a gyász természetes élmények az életben, és a természetes emberi tapasztalatok patológiássá tétele több kárt okozhat, mint hasznot. Kempson és Murdock (2010) úgy találták, hogy a gyászoló testvérek felé történő kommunikáció nem reagál egyedi igényeikre, és megpróbálja elkülöníteni őket a saját gyászélményüktől. „A gyász elismerése hiányzik, amikor egy testvér meghal. (...) minél kevesebb a megerősítés, annál kétértelműbb a veszteség, annál inkább megreked a gyász” (Devita-Raeburn, 2004, p. 31). E kutatásban a testvérek narratíváiban ezek a jelenségek szembetűnőek voltak, gyakran azonosíthatunk disszonanciát a visszaemlékezők racionális, kulturálisan megerősített értelmezései és a mögöttes érzelmek, a fájdalom, zavartság, önvád és neheztelés között.

A kevert módszertan szerinti legtöbb eredményünk megerősítette az IPA-elemzés (Bornemisza et al., 2022) főbb megállapításait, mivel ebben a mintában sem volt jelentős a nemek közötti különbség. Eredményeink nagyon hasonlóak ahhoz, amit Stelzer és munkatársai (2019) találtak a gyász narratíváinak vizsgálatakor: több hasonlóság fedezhető fel, mint a férfi és női gyászoló személyek közötti különbség.

Úgy tűnik, hogy a traumával kapcsolatos szövegek szerveződése egységes jellemzőkkel rendelkezik: a gyász közös útja tükröződik a funkciósavak hasonló előfordulásaiban. Ez a megállapítás a válság élményvilágának fenomenológiájával magyarázható: az identitás átalakulásának kaotikus pillanataiban a személy állapota vagy helyzete dominál a stabil társadalmi szerepek és személyiségjegyek felett (B. Erdős & Jávora, 2021). Ahogy Stelzer és munkatársai (2019) megjegyezték: „A nemek közötti különbségek nagy valószínűséggel olyan kontextusokban fordulnak elő, ahol a nemi szerepek különösen kiemelkedőek.” (Stelzer et al., 2019, p. 7) A veszteség megtapasztalása és ennek megosztása nem alkot ilyen kontextust. Ami a funkciósavak gyakoriságát illeti, ez alól az általános szabály alól csak egy kivétel van: a kiterjedt közösségi hálózatra való hivatkozás (az „ők” kód tartalmi) lényegesen gyakoribb a nők körében, akik általában egy kiterjedtebb közösségi hálózatra számíthatnak támogatásért, mint a férfiak esetében (Kneavel, 2021). Ezek a tartalmak azonban – a beszélő nemétől függetlenül – többnyire a családra, a személy erős kapcsolataira vonatkoznak („ők” mint a szülők, a többi testvér, vagy néhány esetben az orvosi személyzet). Válsághelyzetekben a granovetteri értelemben vett gyenge kapcsolatok elveszítik jelentőségüket, és az emberek a megtapasztalt beszűkülés miatt közeli kapcsolataikra összpontosítanak (B. Erdős & Jávora, 2021).

Két tartalomszó előfordulása és kontextusai között jellegzetes és szembevető különbségeket azonosíthatunk. Az elhunyt testvér névadása olyan cselekmény, amely igazolja a testvér személyként létezését. Ez fontos a túlélő testvérek számára, mivel erősíti a gyermek létezésének valóságosságát és jelentőségét. A téma gyakoribb a nők körében, akik ugyanakkor kevésbé konkrétan beszélnek róla, míg a férfiaknál a konkrét név említése rávilágít az instrumentális viszonyulásra.

Nem meglepő, hogy jelentős különbségek adódtak a születés folyamatához kapcsolódó kifejezések használatában. A férfiak számára ez az élmény nyilvánvalóan távolibb, ritkábban hivatkoztak rá, inkább a lehetséges okokra és a körülményekre összpontosítottak. A nők azonosulása az anyával sokkal erősebb volt, és néhány kivételtől eltekintve inkább az érzelmeikre összpontosítottak. FSB (férfi interjúalany) azonban mélyen bevonódott ebbe a folyamatba, amikor tinédzser volt, és ez magyarázza a narratíva érzelmeik központú elemeit. A nők gyakran utaltak szüleikre, főleg édesanyjuk érzékelt vagy elképzelt mentális állapotára, arra, hogy „a saját testük kudarcot vallott” (Kersting & Wagner, 2012, p. 190), a szülés és az azt követő gyász

súlyos és alig múltó érzelmi terheire. Legtöbbjük az eseményt a saját, tapasztalt vagy anticipált szülésükhöz kapcsolta.

Összefoglalva, mindkét elemzés megerősítette, hogy az érzelmi tapasztalat mélysége nem különbözik a nőknél és a férfiaknál – de az érzelmek kifejezésének módja némileg eltérő.

Ezek a visszaemlékezések olyan, több évtizeddel ezelőtti magyarországi halálesetekről szólnak, amikor a perinatális veszteség társadalmi tabu volt, olyan történet, amelyet csak a közvetlen családon belül, vagy még ott sem lehetett megosztani. Kutatásaink megerősítették a perinatális veszteség miatti testvérgyász hosszú távú hatásait a túlélő testvérek életére. A korai, lehetőleg az egész családot érintő beavatkozás megvédheti a túlélő testvéreket ezektől a hatásoktól, az olyanoktól, mint amilyen például a családi szerepek és dinamika diszfunkcionális változásai, illetve a családtagok mentális egészségének esetleges károsodása.

12 A kutatás korlátai

Néhány interjú rövidege a dolgozat egyik fő korlátja. Az elemzés kvantitatív komponense nagyobb mintán markánsabb eredményeket hozhatott volna, azonban a mintaszámot egy ilyen speciális kérdés esetében nagyon nehéz növelni. Az emberek gyakran vonakodnak megosztani a perinatális veszteséggel kapcsolatos élményeiket olyan személlyel, akit nem ismernek.

13 Javaslatok

Neimeyer, Klass és Dennis (2014) a személyes és családi folyamatok mellett a közösségi és kulturális erőforrások fontosságát emelte ki a gyászfolyamat kezelése során. A közvélemény felfogásában és attitűdjeiben, valamint a perinatális gyászra adott szakmai válaszokban bekövetkezett változások elősegítik a tapasztalatok érvényesítését és egy széles, támogató hálózat létrehozását. Szükség lenne széles körben elérhető perinatális gyásztanácsadásra, terápiára perinatális veszteséget átélt családok számára a poszttraumás növekedés, az élet értékei újrafelfedezésének előmozdítása érdekében (Kempson & Murdock, 2010).

Az ilyen beavatkozások segíthetik a testvéreket abban, hogy megbirkózzanak a szüléssel kapcsolatos tartós és gyakran előforduló szorongásaikkal, hogy saját döntésük szerint, ne pedig az elfojtott, illegális gyász (Doka, 1999) diktálta korlátokkal élhessék felnőtt életüket. Továbbá korai beavatkozásra van szükség, hogy megvédjük a túlélő testvéreket, valamint a még meg sem született testvéreket is a születéssel kapcsolatos aggodalmaiktól.

A narratívákban említett iatrogén hatások közül sok – mint a betegek jogainak megsértése és a velük szemben rendkívül közömbös, hivatalos szakzsargon vagy akár sértő kommunikáció – kevésbé valószínű, de előfordulhat a mai magyar kórházi környezetben. 2010-ben progresszív, kortárs elveken alapuló, a perinatális veszteségre vonatkozó szakmai iránymutatásokat vezettek be. Ezek az iránymutatások, amelyeket 2015-ben meg kellett volna újítani (ez azonban elmaradt), arra irányulnak, hogy megvédjék a családot a perinatális veszteség potenciális hosszú távú romboló hatásaitól. A 2010. évi iránymutatások még mindig hatályban vannak. A törekvések megvalósítása, az irányelvek átültetése a gyakorlatba nagymértékben függ az adott intézmény szervezeti kultúrájától. A változás részeként minden kórházban létre kellett volna hozni a gyászszobákat, de ez eddig széles körben nem történt meg. Továbbá a gyászoló családokat még mindig csak mellékesen tájékoztatják a magzat temetéséhez való jogokról.

Magyarországon német és francia mintára 1915-ben egyedülálló egészségügyi és szociális hálózatot hoztak létre az anya- és csecsemővédelem területén. A 100 éves védőnői szolgálat ma már a hungarikumok közé tartozik, és prioritásként látja el ma is a nő-, anya- és csecsemővédelmet (Kahlichné Simon, 2015). A védőnő személyre szabottan gondozza a családokat. A gondozás során olyan egyéni, személyes kapcsolat alakul ki a védőnő és a családtagok között, mely során egészségügyi, szociális, mentálhigiénés tanácsok átadására és támogatásra is lehetőség nyílik. A védőnő a 26/2014 (IV.8.) EMMI rendelet alapján gondozza a várandósokat (26/2014. EMMI rendelet) és az 1992. évi LXXIX. a magzati élet védelméről szóló törvényben foglaltak szerint „a fogantatással induló magzati élet tiszteletét és védelmét fokozottan szem előtt tartva végzi munkáját a várandósok körében” (1992. évi LXXIX. törvény). A 49/2004 (V.21.) ESzCsM rendelet alapján „gondozza és látogatja a családokat, többek között kiemelt figyelmet fordít és otthonában keresi fel a gyermekágyas anyát a (szülészeti) intézetből való hazajövele után 48 órán belül (...), majd az első 6 hétben legalább hetente látogatja” (49/2004. ESzCsM rendelet).

A családokkal kialakított szoros és bizalmas kapcsolat – amelyet részben a családok otthonában végez – segíti a védőnőt, hogy mentális segítséget is tudjon nyújtani az édesanyának, tágabb értelemben a családnak. A család életében történő korai veszteségek tanúi munkájuknál fogva, leggyakrabban a védőnők. Bár a halál tényét a hatályos törvények szerint csak orvos közölheti (Monostori et al., 2018), mégis a védőnő számtalan esetben kerülhet olyan helyzetbe, hogy a rossz hír fogadására – ha burkoltan is – fel kell készítenie a családot. Az édesanyával, a családdal folytatott segítő beszélgetések lehetőséget adnak a veszteség realizálására, a gyász munka elindulására. A védőnő – mint a korai észlelő rendszer egyik személye – köteles jelezni a háziorvos, a házi gyermekorvos, a Család és Gyermejköléti Szolgálat felé a krízisbe került család helyzetét, támogatást nyerve ezzel a család számára. Perinatális veszteség esetére a kórházi és a területi védőnők, akik először találkoznak a perinatális veszteséggel a családok életében, nem kapnak speciális képzést a veszteség kezelésére, a családok támogatására. Jelenleg, ha úgy ítéli meg az egészségügyi szakdolgozó, akkor szaksegítség felé irányíthatja a veszteséget átélt családot. Magyarországon még a nagyobb városokban is kevés a szabadon elérhető, mentális segítséget nyújtó szakember, akik az Egészségfejlesztési Irodákban vagy a Család- és Gyermejköléti Szolgálaton keresztül kereshetők fel. A kisebb vidéki településeken élők azonban helyben kizárólag a védőnő segítségére számíthatnak (Zsák et al., 2015).

A jogszabályok átalakulása viszonylag gyors, de a kommunikációs minták és az egészségügyi intézmények szervezeti kultúrája lassan változik. A változások az új iránymutatások és rendeletek végrehajtásának nyomán követésével érhetők el. A legfrissebb kutatási eredményekre támaszkodva be lehetne vezetni a család perinatális veszteségéről és annak a gyászoló testvérekre gyakorolt lehetséges hatásáról szóló képzési programokat. Az ilyen programok segíthetnek a kórházi személyzetnek és a területi védőnőknek abban, hogy átfogóbb és mélyebb képet szerezzenek ennek a teljes családot érintő válsághelyzetnek az egyediségéről és alapvető életformáló erejéről. Az okleveles védőnő MSc képzés keretein belül a kórházi és területi szakvédőnők képzési programjába már bekerült a veszteség, a perinatális gyász bővebb tudásanyagának elméleti és gyakorlati szintű oktatása, az ELTE pedig 2007 óta indít perinatális szaktanácsadói képzést. „A szakirányú továbbképzés célja a már diplomával rendelkező, a születés körül tevékenykedő (...) szakemberek számára igényes, magas szintű, tudományosan megalapozott perinatális oktatást nyújtani.” (Eötvös Lóránd

Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar [ELTE-PPK], 2021) A képzés keretében a hallgatók ismereteket szereznek a perinatális gyász folyamatáról is.

13.1 A gyermek gyászának segítése

Az elválást még a legkisebb gyermeknek is fel kell dolgoznia, s ebben az őt körülvevő szűkebb vagy tágabb családnak kell segítenie. A gyermek lassabban, fokozatosabban fogja fel a veszteséget, mint a felnőttek, de a hiány érzése mindvégig ott motoszkál benne. Magatartása megváltozhat, provokatívvá, szemtelenné, dacossá válhat, felhívva magára környezete figyelmét. Fontos, hogy ezt a viselkedést ne fegyelmezővel akarjuk megfékezni, hanem engedjük „kifutni, kiélni” a gyermeket, hogy megkönnyebbülhessen. Segítsük őt, hogy ki tudja fejezni gyászát játékában, rajzban, a nagyobb gyermekekkel beszélgessünk sokat, hogy ők is ki tudják fejezni, meg tudják fogalmazni gondolataikat, a tudatosulás szintjére hozhassák a halál körüli történéseket.

Nagy felelőssége van a gyermeket körülvevő családnak abban, hogyan kezelik magát a gyászt, mit közvetítenek a kicsi felé (Ferber, 2020). A családban történt haláleset megrémítheti a gyermeket, különösen akkor, ha a családtagok ambivalens magatartását tapasztalja maga körül. Ha a felnőttek kétségbeesnek, összetörnek, sírnak, de a gyerekekre mosolyognak, előtte takargatják, titkolják a fájdalmat, szomorúságot, a kisgyermeket ez megzavarja, feszültté teszi. A titok, a feszültség légkörében idegenné válik számára a felnőtt, nem tud bízni benne, holott nagy szüksége lenne most a melegségre, az őszinte elfogadásra, a bizalommal teli légkörre, mely lehetővé teszi a felnőttel való kapcsolatában az indulatok, érzelmek szabad áramlását. Az őszinteség, a veszteség felett érzett fájdalom megosztása segíti a gyermeket is, hogy sérülések nélkül haladjon át ezen a krízisen (Vikár, 1984; Polcz, 1989; 2000b; Pilling, 2003; Bitó, 2005; Simkó, 2009; Nagy, 2015).

Wolfelt hét utat jelöl meg a családok számára, amelyen végighaladva segíteni tudják a gyermekek veszteség-feldolgozó pszichológiai folyamatait. Alapvető gondolata, hogy a gyermek nem tud dönteni arról, hogy gyászol-e vagy sem, viszont a felnőtt határozhat arról, hogy segíti őt ezen az úton (Wolfelt, 1983, idézi Benczúr, 2015, p. 19). A hét „szabály” szerinte a következő:

1. Őszintén beszélni és nyíltan használni a halál, haldoklás, meghalt szavakat.

2. Elfogadni és szabadon megengedni, hogy a gyermek megélje az érzéseit és biztosítani őt arról, hogy bátran fejezze ki azokat, legyen az bánat, düh, büntudat vagy akár felszabadultság.

3. Ebben az időszakban gyakran találkozhatunk a gyermek viselkedésében regresszív vagy destruktív jelekkel. Ezek hozzátartoznak a gyász folyamatához, jelenlétük elfogadható.

4. Beszélünk kell a gyermekekkel a veszteség megnyilvánuló jeleiről a különböző életszakaszokban, hogy megértsék a szülők, nagyszülők, közeli családtagok viselkedését. Ne érezzenek félelmet, csalódottságot az ő viselkedésük láttán.

5. Óvnunk kell a gyermeket a parentifikációtól, a szülőknek tudatosítaniuk kell, hogy a gyermek is gyászol a maga módján, életkori sajátosságainak megfelelően.

6. Segítsük a családot, adjanak lehetőséget a gyermeknek is, hogy részt vehessen a búcsúzáson és egyéni módon is kifejezhesse a hozzátartozó felé érzett kötődését (pl.: rajz, virág formájában) ezzel elősegíthetjük a családi összetartozást és csökkenthetjük a gyermeknél az ismeretlentől való félelmet és a nem reális fantáziálást.

7. Professzionális segítségre akkor lehet szükség, ha a gyermek viselkedése tartósan és durván destruktívvá válik pl. megjelenik a lopás, verekedés, állatok elleni erőszak, emberekkel szembeni tartós agresszív viselkedés, teljes szociális izoláció, szerhasználat, vagy szuicid utalás.

14 Köszönetnyilvánítás

Kiemelt köszönettel tartozom azoknak az interjúalanyoknak, akik hozzám fordultak segítségért, illetve megosztották velem veszteségélményeiket. A velük folytatott segítő beszélgetések révén szerezhettem tapasztalatokat a perinatális gyász témakörében.

Szeretném kifejezni hálás köszönetemet témavezetőmnek, Dr. habil B. Erdős Márta docens asszonynak nagylelkű szakmai és emberi támogatásáért.

Külön köszönetemet szeretném kifejezni Dr. Jávor Rebeka adjunktus asszonynak, a PTE BTK Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék korábbi oktatójának a kutatási eredmények statisztikai feldolgozásában nyújtott segítségével.

Köszönöm a PTE ETK Egészségtudományi Alapozó, Szülésznői és Védőnői Intézet Tanszék vezetőjének, Karamánné Dr. habil Pakai Annamária docens asszonynak, valamint a PTE ETK Kaposvári Képzési Központ vezetőjének Dr. Stromájer-Rácz Tímea adjunktus asszonynak a doktori disszertációm megírásához nyújtott támogatásukat.

Köszönöm Szabó Katalinnak, a PTE ETK KKK könyvtárosának fáradhatatlan segítségét.

Köszönöm Odor Andrea országos vezető védőnőnek az évek alatt nyújtott emberi és szakmai segítségét, példamutatását.

Köszönöm Ferenczné Novográdecz Márta volt Baranya megyei vezető védőnőnek az évek során nyújtott biztatását, példamutatását.

Hálával tartozom ezenkívül családomnak, férjemnek, Dr. Bornemisza Imrének, aki hosszú évek óta támogatja és áldozatos munkájával segíti tanulmányaimat, munkámat.

Köszönöm gyermekeimnek, különösen kis Mihálynak, hogy általuk édesanyaként részese lehettem a perinatális gyász megélésének és a testvérgyász kísérésének.

15 Mellékletek

15.1 A normál gyász szakaszai

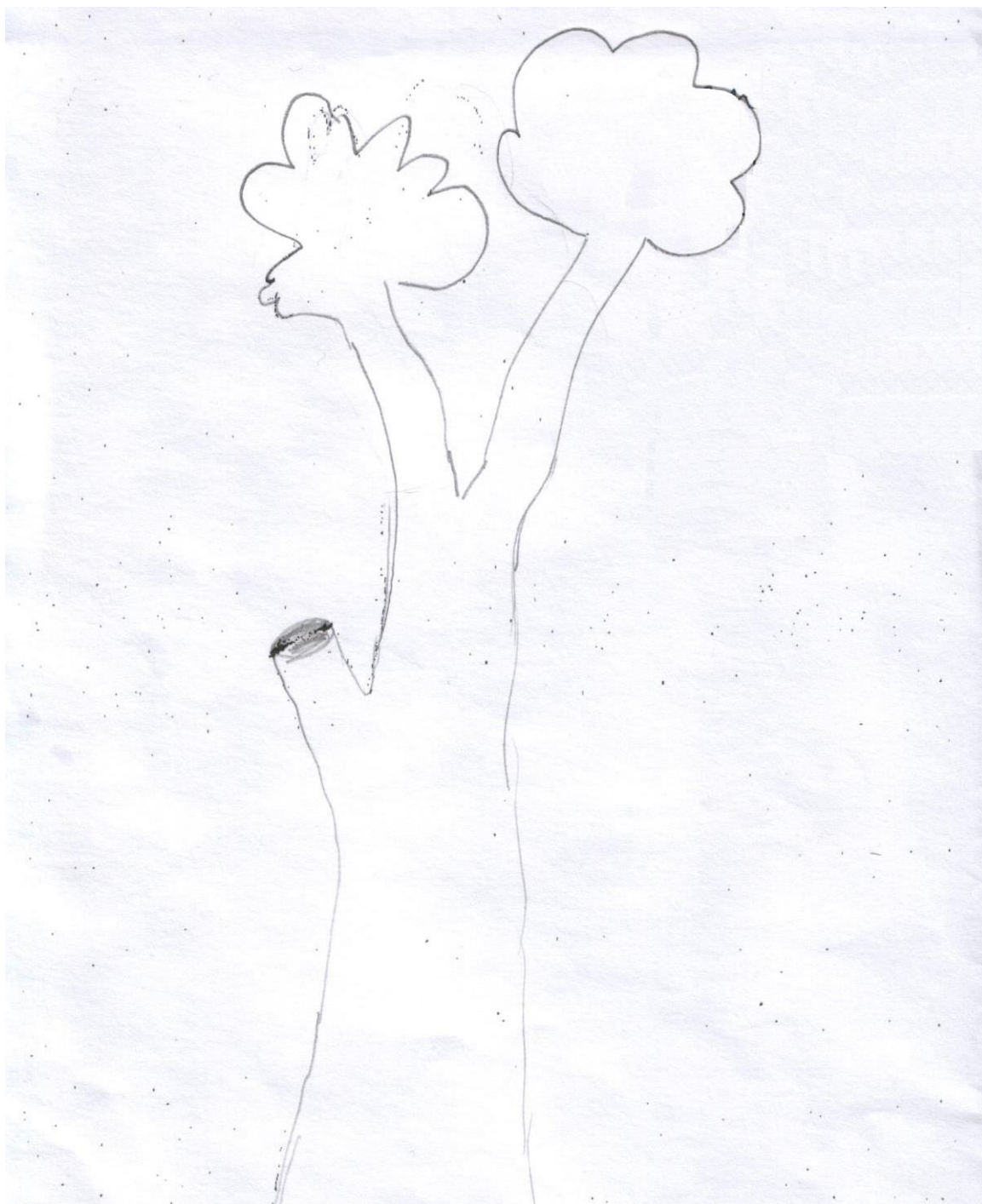
6. táblázat: A normál gyász szakaszai

Engel (1964)	Averill (1968)	Spiegel (1981)	Parkes (1994)	Kast (2000)	Kübler-Ross (1988)	Martocchio (1985)	Horowitz (1993)	Lindemann (1998)	Polcz Alaine (2001)
lesújtottság és hitetlenség	sokk	sokk	dermedtség és tompultság	elzárkózás a tudomásulvétel előtt	elutasítás	lesújtottság és hitetlenség	sokk	testi distressz-érzések	szembesülés a halállal és a veszteséggel
		kontrollált szakasz			düh	tiltakozás és elvágódás	elutasítás	a halottal való képzeletbeli foglalkozás	összeszedettség
tudatosítás	a tárgyvesztés tudatosítása	regresszió	sóvárgás és vágyakozás	az érzelmek feltörése	alkudozás	gyötrődés, összeomlás, kétségbeesés	elárasztás	önvádlás	sóvárgás, keresés
			szétesettség és kétségbeesés	a keresés, megtalálás és az elválás stádiuma	depresszió	a gyásszal való azonosulás	átdolgozás	düh, ellenségesség másokkal szemben	talajvesztettség (szétesés, regresszió, káosz állapota)
újra-szerveződés és helytállás	felépülés	adaptáció	újraszerveződés és visszatérés	új viszony saját magunkkal és a világgal	belenyugvás	újraszerveződés és helytállás	lezárás	társ-kapcsolatok kerülése	számadás, számbavétel, a kapcsolat átdolgozása (mit adtam, mit kaptam, mit jelentett az életemben, életében)
									útkeresés, adaptáció, alkalmazkodás az új életformához.

Forrás: Pilling, 2012

15.2 Nyolcéves kisfiú rajza

5. ábra: Nyolcéves kisfiú rajza: „Beteg fa.
Az egyik ágát le kellett vágni, a két másik egészséges.”



Forrás: Bornemisza et al., 2022

Irodalomjegyzék

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey–Bass.
- Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339–345. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00339.x>
- B. Erdős, M. (2006). *A nyelvben élő kapcsolat. Egy öngyilkosság-megelőző sürgősségi telefonszolgálat beszélgetéseinek vizsgálata*. Typotex.
- B. Erdős, M., & Jávor, R. (2021). Entrapment and escape: Exploring the relationship between suicide and emigration in a post-communist country. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1636–1643. <https://doi.org/10.1177/00207640211047617>
- B. Erdős, M., Kárpáti, T., Rozgonyi, R., & Jávor, R. (2020). Az identitás alakulása mentalizációalapú terápia folyamán. Mentalizációalapú terápia eredmény- és folyamatértékelése kettős diagnózisú pácienseknél az identitásstruktúra analízise segítségével. Pilot-vizsgálat. *Alkalmazott Pszichológia*, 20(2), 7–35. <https://doi.org/10.17627/alkpszich.2020.2.7>
- B. Erdős, M., & Vojtek, É. (2018). *Értékelő kutatásról, programértékelésről szociális szakemberek számára*. Pécsi Tudományegyetem.
- B. Erdős, M., Vojtek, É., & Borda, V. (2021). Valami új, valami régi: az új pszichoaktív szerhasználat problémája, kapcsolathálózati megközelítésben. In Fábrián G., & Hegyesi G. (Eds.), *A szociális munka elmélete és gyakorlata. Tudományos gondolkodás és kutatás a szociális munkában. I.* (Vol. 7, pp. 299–329). MTA.
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2006). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249–259. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
- Bakó, T. (1995). Gyászban foganva. *Thalassa*, 6(1–2), 179–202.
- Bakó, T., & Zana, K. (2021). *A transzgenerációs trauma és terápiája*. Medicina.
- Balázs, L. (1999). *Szeretet fogott el a gyermek iránt. A születés szokásvilága Csíkszentdomokoson*. Pallas-Akadémia.

- Balázs, L. (2015). *Sorsfordulások rítusai a székely-magyaroknál. Menj ki én lelkem a testből* (Vol. 3). Pallas-Akadémia.
- Balogh, K., Bárdos, K., Békési, T., Hardy, J., Koltai, M., Korbuly, Á., & Tóth, B. (2021). *Transzgenerációs történetek: Örökül kapott traumák és feldolgozásuk*. HVG.
- Barrett, H. C., & Behne, T. (2005). Children's understanding of death as the cessation of agency: a test using sleep versus death. *Cognition*, 96(2), 93–108. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2004.05.004>
- Barthes, A., & Razafimandimby-Haelewyn, A. (2021). Prolonged grief disorder in the postpartum: An editorial. *International Journal of Mental Health*, 50(4), 290–292. <https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1997135>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2020). *A mentalizáció alapú terápia kézikönyve*. Oriold és Társai.
- Beames, J. R., Kikas, K., O'Grady-Lee, M., Gale, N., Werner-Seidler, A., Boydell, K. M., & Hudson, J. L. (2021). A New Normal: Integrating Lived Experience Into Scientific Data Syntheses. *Frontiers in psychiatry*, 12, 763005. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.763005>
- Benczúr, L. (2015). A gyász lélektana. In Kiss E. Cs., & Sz. Makó H. (Eds.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 11–38). Pro Pannonia.
- Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2013.00030.x>
- Bitó, L. (2005). *Boldogabb élet – jó halál. Eutélia – Eutanázia*. Athenaeum.
- Bodovics, É. (2011). Gyermekelet és gyermekhalál a paraszti társadalomban. *Zempléni Múzsza*, 1, 5–19. http://real-j.mtak.hu/22997/1/zempleni_muzsa_2011_11_1_.pdf (2023.10.01.)
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157, 311–314. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.05.013>
- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder in section II of DSM-5: A commentary. *European Journal of*

<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1771008>

Boldizsár, I. (2010). *Meseterápia*. Magvető.

Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 342–351. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.2.342>

Borchet, J., Lewandowska-Walter, A., Połomski, P., Peplin'ska, A., & Hooper, L. M. (2021). The Relations Among Types of Parentification, School Achievement, and Quality of Life in Early Adolescence: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychology, 12*, 635171. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635171>

Bornemisza, Á. (2005). *A perinatális veszteség hatása a családban élő nagyobb és kisebb gyermekekre*. [Szakdolgozat, Pécsi Tudományegyetem ETK, Védőnő szak MSc].

Bornemisza, Á. (2021). Trauma és identitás kérdései perinatális testvérvesztést átéltek narratíváiban. *Szociális Szemle, 14(2)*, 14–20. <https://doi.org/10.15170/SocRev.2021.14.02.02>

Bornemisza, Á., & B. Erdős, M. (2021). A testvérvesztés jelenségvilága a Hét holló című mesében. In Nemes L., & Hegedűs K. (Eds.), *Halál az irodalomban* (pp. 24–33). Kharón Thanatológiai Szemle, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. <https://kharon.hu/docu/halal-az-irodalomban/HalalAzIrodalomban.pdf> (2023.10.01.)

Bornemisza, Á. Y., Jávör, R., & B. Erdős, M. (2022). Sibling grief over perinatal loss – a retrospective qualitative study. *Journal of Loss and Trauma, 27(6)*, 530–546. <https://doi.org/10.1080/15325024.2021.2007650>

Bornemisza, Á. Y., Jávör, R., & B. Erdős, M. (2023) Exploring gender differences in adult siblings' recollections on perinatal loss. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, Online ahead of print. <https://doi.org/10.1177/00302228221131369>

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Harper & Row.

Bowlby, J. (1960). Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 15(1)*, 9–52. <https://doi.org/10.1080/00797308.1960.11822566>

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Attachment* (Vol. 1). Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss, sadness and depression* (Vol. 3). Basic Books.
- Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A Two-Year-Old Goes to Hospital. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7(1), 82–94. <https://doi.org/10.1080/00797308.1952.11823154>
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451–64. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health*, 21(1), 87–108. <https://doi.org/10.1080/14768320500230185>
- Buda, B. (1997). A halál és a haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1(1), 1–10. https://www.kharon.hu/docu/1997-tel_buda-halal.pdf (2023.10.01.)
- Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Neuhaus, R., Fauchère, J. C., Bucher, H. U., & Sensky, T. (2007). Grief and post-traumatic growth in parents 2-6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 106–114. <https://doi.org/10.1159/000097969>
- Byng-Hall, J. (2008). The Significance of Children Fulfilling Parental Roles: Implications for Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 147–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00423.x>
- Chung, C., & Pennebaker, J. (2007). The psychological functions of function words. In K. Fiedler (Ed.), *Social communication* (pp. 343–359). Psychology Press.
- Clarke, M. C., Tanskanen, A., Huttunen, M. O., & Cannon, M. (2012). Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder. *Schizophrenia Research*, 143(2–3), 363–366. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.024>
- Cohen, J. E. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

- Colston, H. L. (1999). “Not good” is “bad” but “not bad” is not “good”: An analysis of three accounts of negation asymmetry. *Discourse Processes*, 28(3), 237–256. <https://doi.org/10.1080/01638539909545083>
- Cook, C. C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539–551. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x>
- Copteros, A., Karkou, V., & Palmer, T. (2017). Cultural adaptations of dance and movement psychotherapy experiences: From a UK higher education context to a transdisciplinary water resource management practice. In V. Karkou, S. Oliver, & S. Lycouris (Eds.), *The Oxford handbook of dance and wellbeing* (pp. 681–698). Oxford University Press.
- Corr, C., Nabe, C., & Corr, D. (2009). *Death and Dying, Life and Living*. Wadsworth.
- Cseri, P. (Ed.). (2002). *Segítségnyújtás a végeken*. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület.
- Davidoff, L. (2012). *Thicker than water*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1086/666711>
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (2005). Veszteségélmény, jelentéstulajdonítás és előnykovácsolás. A jelentés két megközelítése. In Kulcsár Z. (Ed.), *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (pp. 149–176). Trefort.
- Devita-Raeburn, E. (2004). *The empty room: Surviving the loss of a brother or sister at any age*. Scribner.
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J., & Verhofstadt-Denčve, L. (2008). Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 386–395. <https://doi.org/10.1002/cpp.590>
- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37–39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- du Coudray, C. B. (2016). Childhood Death in Modernity: Fairy Tales, Psychoanalysis, and the Neglected Significance of Siblings. In K. Barclay, K. Reynolds, & C. Rawnsley (Eds.), *Death, Emotion and Childhood in Premodern Europe (Palgrave Studies in the History of Childhood)* (1st ed, pp. 229–244). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-57199-1_12

- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children: A Handbook for Adults*. Athaeneum Press.
- Dyregrov, A., & Matthiensen, S. B. (1991). Parental grief following the death of an infant – a follow-up over one year. *Scandinavian Journal of Psychology*, 32(3), 193–207. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1991.tb00869.x>
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis. In C. Willig, & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (pp. 179–194). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781526405555.n12>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A posttraumás stressz-betegség kognitív modellje. *Pszichiátria Hungarica*, 15(3), 249–275.
- Ehmann, B. (2002). *A szöveg mélyén. A pszichológiai tartalomelemzés*. Új Mandátum.
- Ehmann, B. (2004). Tartalomelemzési módszerek a szubjektív időélmény vizsgálatára laikus beszélők szövegeiben. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59(3), 345–361. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.59.2004.3.4>
- Elias, N. (2000). *A haldoklók magányossága*. Helikon.
- Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar (2021). *Perinatális szaktanácsadó*. ELTE. <https://ppk.elte.hu/szakiranyu/perinatalis-szaktanacsado> (2022.05.25.)
- Erikson, E. H. (1991). Az életciklus. Az identitás epigenezise. In *A fiatal Luther és más írások* (pp. 437–496). Gondolat.
- Erlandsson, K., Avelin, P., Säflund, K., Wredling, R., & Rådestad, I. (2010). Siblings' farewell to a stillborn sister or brother and parents' support to their older children: A questionnaire study from the parents' perspective. *Journal of Child Health Care*, 14(2), 151–160. <https://doi.org/10.1177/1367493509355621>
- Fanos, J. H., Little, G. A., & Edwards, W. H. (2009). Candles in the snow: ritual and memory for siblings of infants who died in the intensive care nursery. *Journal of Pediatrics*, 154(6), 849–853. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.11.053>
- Ferber, E. (2020). Az előgyász – fogalma, jellemző élethelyzetei és a segítség lehetőségei. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 24(4), 1–20. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. https://kharon.hu/docu/2020-4_ferber-elogyasz.pdf (2023.10.01.)

- Finlay, L. (2020). Ethical research? Examining knotty, moment-to-moment challenges throughout the research process. In S. Bager-Charleson, & A. McBeath (Eds.), *Enjoying research in counselling and psychotherapy. Qualitative, quantitative, and mixed methods research* (pp. 115–136). Palgrave Macmillan. http://doi.org/10.1007/978-3-030-55127-8_7
- Fiorini, L., Griffiths, A., & Houdmont, J. (2016). Mixed methods research in the health sciences: a review. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(2), 37–45. <https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/70669/1/8.%20MJHSVol3Issue2Dec2016.pdf> (2023.09.30.)
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care* (pp. 563–584). American Psychological Association Press. <https://doi.org/10.1037/10436-024>
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Gondolat.
- Freud, S. (2003). Gyász és melankólia. In *Válogatás az életműből* (pp. 453–469). Európa.
- Funk, A. M., Jenkins, S., Astroth, K. S., Braswell, G., & Kerber, C. (2018). A Narrative Analysis of Sibling Grief. *Journal of Loss and Trauma*, 23(1), 1–14. <http://doi.org/10.1080/15325024.2017.1396281>
- Geller, P. A., Kerns, D., Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 35–45. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00042-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00042-4)
- Grosz, S. (2013). *The Examined Life: How We Lose and Find Ourselves*. Vintage.
- Hallesby, O. (2007). *Személyiségtípusok*. Harmat.
- Hámori, E. (2014). *Kötődésemélet régen és ma. Konceptiók, kutatás, módszerek és klinikai vonatkozások Bowlbytól napjainkig*. PPKE.
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022) The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>

- Hidas, G., Raffai, J., & Vollner, J. (2002). *Lelki köldökzsinór*. Helikon.
- Hooper, L. M. (2011). Parentification. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 965–971). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_169
- Hooper, L. M., Doehler, K., Wallace, S. A., & Hannah, N. J. (2011). The Parentification inventory: development, validation, and cross-validation. *American Journal of Family Therapy*, 39(3), 226–241. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.531652>
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.904>
- Hosszú, D., & Lénárd, K. (2015). Gyermeüket elveszített családok gyásza – egy lehetőség a poszttraumás növekedésre. In Kiss E. Cs., & Sz. Makó H. (Eds.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 58–77). Pro Pannonia.
- Hughes, P., & Riches, S. (2003). Psychological aspect of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 15(2), 107–111. <https://doi.org/10.1097/00001703-200304000-00004>
- Hughes, P., Turton, P. P., Hopper, E., McGauley, G., & Fonagy, P. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 791–801. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00776>
- Johnsen, I., & Afgun, K. (2020). Complicated grief and post-traumatic growth in traumatically bereaved siblings and close friends. *Journal of Loss and Trauma*, 26(3), 246–259. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1762972>
- Kahlichné Simon, M. (2015). *A védőnői hivatás története*. Medicina.
- Kassai, S. (2020). *Using interpretative phenomenological analysis to assess recovery processes*. L'Harmattan.
- Kassai, S., Pintér, J. N., & Rácz, J. (2017). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) módszertana és gyakorlati alkalmazása. *Vezetéstudomány – Budapest Management Review*, 48(4), 28–35. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2017.04.05>
- Kast, V. (2002). *A gyász*. Park.

- Kempson, D., & Murdock, V. (2010). Memory keepers: A narrative study on siblings never known. *Death Studies*, 34(8), 738–756. <https://doi.org/10.1080/07481181003765402>
- Kersting, A. (2005). Trauern Frauen anders als Männer? Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverhalten nach dem Verlust eines Kindes. *Psychotherapeut*, 2, 129–132. <http://doi.org/10.1007/s00278-005-0418-1>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187–194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Király, G., Dén-Nagy, I., Géring, Zs., & Nagy, B. (2014). Kevert módszertani megközelítések. Elméleti és módszertani alapok. *Kultúra és Közösség*, 5(2), 95–104. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1895/1/09.pdf> (2021.10.09.)
- Kiss, E. C., & Sz. Makó, H. (Eds.). (2015). *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia.
- Kiss, V. (2022). *Hegmesék – A császármetszésen innen és túl*. Magánkiadás, Alföldi Nyomda.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. (Eds.). (1996). *Continuing Bonds: New Understandings of Grief (Death Education, Aging and Health Care)*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315800790>
- Kneavel, M. (2021). Relationship between gender, stress, and quality of social support. *Psychological Reports*, 124(4), 1481–1501. <https://doi.org/10.1177/0033294120939844>
- Koltai, M. (2007). A tékozló fiú. In Péley B., & Révész G. (Eds.), *Autonomia és identitás* (pp. 88–94). Pro Pannonia Kiadó.
- Kopp, M., Székely, A., & Skrabski, Á. (2004). Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5(2), 103–125. <https://doi.org/10.1556/Mental.5.2004.2.1>
- Kovácsné Török, Zs. (1996). Hol van a Kisherceg: a csillagokban vagy a szívünkben? Perinatális halált követő késleltetett, gátolt gyász pszichoterápiás feldolgozása. *Pszichoterápia*, 5(6), 393–397.

- Kovácsné Török, Z., & Szeverényi, P. (1996). A gyász pszichológiai vonatkozásai II. Perinatális gyász. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 52(1–3), 67–79.
- Kovácsné Török, Z., & Szeverényi, P. (1998). A vetélés és a szülés körüli gyermekelvesztés a pszichológus szemével. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2(1), 33–39. <https://epa.oszk.hu/02000/02002/00002/pdf/1998-tavaszkovacsne-veteles.pdf> (2023.10.01.)
- Kovácsné Török, Z., & Szeverényi, P. (1999). A gyász pszichológiai vonatkozásai III. A gyermek és a halál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(2), 135–145.
- Kovácsné Török, Z., Szeverényi, P., & Forgács, A. (1994). Perinatális gyászreakció. *Orvosi Hetilap*, 135(34), 1863–1867.
- Kovácsné Török, Z., Szeverényi, P., & Hetey, A. (1995). A gyász pszichológiai vonatkozásai I. A gyász folyamata: a normál és a patológiás gyászmechanizmus. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35(3–4), 243–249.
- Központi Statisztikai Hivatal (2019). *Statisztikai tükör. Csecsemőhalálozás*. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/csecsemohalalozas.pdf> (2022.08.14.)
- Központi Statisztikai Hivatal (2023). *Magzati veszteségek száma és aránya*. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0013.html (2023.10.01.)
- Kunt, E. (1987). *Az utolsó átváltozás*. Gondolat.
- Kübler-Ross, E. (1988). *A halál és a hozzá vezető út*. Gondolat.
- Leon, I. G. (2001). Perinatal Loss. In N. L. Stotland, & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological Aspect of Women's Health Care* (pp. 141–173). American Psychiatric Association Publishing.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637–662. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002>
- Limpár, I. (2009). Társadalmunk halálhoz való viszonya. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 13(1), 1–8.
- Lindemann, E. (1998). Az akut gyász tünettana és kezelése, *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2(4), 13–26.

- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. D. (2007). *An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief*, 297, 716–723. <https://doi.org/10.1001/jama.297.7.716>
- Maercker, A. & Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 167–176. <https://doi.org/10.31887%2FDCNS.2012.14.2%2Famaercker>
- McCreight, B. S. (2004). A Grief Ignored: Narratives of Pregnancy Loss from a Male Perspective. *Sociology of Health and Illness*, 26, 326–350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>
- McNally, M. J. (2000). *Ojibwe Singers: Hymns, Grief, and a Native Culture in Motion*. Oxford University Press.
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1411–1416. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1411>
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 493–499. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062a9>
- Meyer, M. C. (2015). *Sibling legacy: Stories about and bonds constructed with siblings who were never known* [Doctoral dissertation, University of Cincinnati]. OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center. https://etd.ohiolink.edu/acprod/odb_etd/etd/r/1501/10?clear=10&p10_accession_number=ucin1427981949
- Monostori, D., Dombi, E., & Zelena, A. (2018). Hibás kommunikációs panelek perinatalis veszteség esetén. *Orvosi Hetilap*, 25, 1033–1036. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31006>
- Moore, S. E, & Côté-Arsenault, D. (2017). Navigating an Uncertain Journey of Pregnancy After Perinatal Loss. *Illness, Crisis & Loss*, 26(1), 58–74. <https://doi.org/10.1177/1054137317740802>
- Mucsi, G. (2015). *A halálkép jellegzetességei hospice ellátásban dolgozó szociális munkások és az önkéntes tevékenységet végzők körében*. [Doktori disszertáció, Pécsi

- Murray, C. I., Toth, K., & Clinkinbeard, S. S. (2005). Death, Dying, and Grief in Families. In P. C. McKenry, & S. J. Price (Eds.), *Families & change* (pp. 75–102). Sage publications.
- Muszbek, K. (2002). Haldokló betegek pszichoszociális ellátása. In Hegedűs K. (Ed.), *A palliatív ellátás alapjai* (pp. 99–103). SOTE.
- Nagy, M. I. (2015). *A gyermek és a halál*. Pont.
- Neimeyer, R. A. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self. In R. A. Neimeyer, & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 207–242). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-009>
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association Press.
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, 30(8), 715–738. <https://doi.org/10.1080/07481180600848322>
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). Mourning, meaning, and memory: Individual, communal, and cultural narration of grief. In A. Batthyany, & P. Russo-Netzer (Eds.), *Meaning in positive and existential psychology* (pp. 325–346). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0308-5_19
- Nemes, L., & Hegedűs, K. (2021). *Halál az irodalomban*. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. <https://kharon.hu/docu/halal-az-irodalomban/HalalAzIrodalomban.pdf> (2023.10.01.)
- Nussbaum, A. M. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Társai.
- O'Leary, J., & Gaziano, C. (2011). Sibling grief after perinatal loss. *Journal of perinatal psychology and health*, 25(3), 173–193. <https://momenough.com/wp-content/uploads/2012/01/Sibling-Grief-after-perinatal-loss.pdf> (2023.10.01.)

- O'Lary, J., & Thorwick, C. (2005). Fathers Perspectives During Pregnancy, Postperinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(1), 78–86. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00017.x>
- Oikonen, J., & Brownlee, K. (2002). Family Therapy Following Perinatal Bereavement. *Family Therapy*, 29, 125–140.
- Ortutai, G. (Ed.). (1977). Átmeneti rítusok. In *Magyar Néprajzi Lexikon*. Akadémiai Kiadó. <http://mek.oszk.hu/02100/02115/html/1-420.html> (2021.08.14.)
- Paley, J., & Alpert, J. (2003). Memory of infant trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 329. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.2.329>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007%2Fs10488-013-0528-y>
- Parkes, C. M, Laungani, P., & Young, B. (1997). *Death and bereavement across cultures*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203435199>
- Péley, B. (2004): Bevezető a VI. fejezethez. In D. W. Winnicott, *A kapcsolatban bontakozó lélek* (pp. 216–221). Új Mandátum.
- Pennebaker, J., Booth, R., Boyd, R. L., & Francis, M. E. (2015). *Linguistic inquiry and word count: LIWC2015*. Pennebaker Conglomerates.
- Petruzzi, J. (2019). *The Different Forms and Reactions of Grief and Bereavement*. King's College.
- Piaget, J. (1929). *The child's conception of the world*. Routledge and Kegan Paul.
- Piaget, J. (1959). *The language and thought of the child*. Routledge and Kegan Paul.
- Pikó, B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó.
- Pilling, J. (2012). *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*. [Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem]. Semmelweis Repozitórium. <http://repo.lib.semmelweis.hu/handle/123456789/106>
- Pilling, J. (Ed.). (2003). *Gyász*. Medicina.
- Polcz, A. (1989). *A halál iskolája*. Magvető.

- Polcz, A. (2000a). *Gyászban lenni*. Pont.
- Polcz, A. (2000b). *Meghalok én is? A halál és a gyermek*. Pont.
- Polcz, A. (2001). Segítenek a rítusok. In Angyal E., & Polcz A. (Eds.), *Letakart tükör* (pp. 117–141). Helikon.
- Polcz, A. (2005). *Együtt az eltávozottal*. Jelenkor.
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613–637). American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2005). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 52, 9–19. <https://doi.org/10.2190/ANKH-BB2H-D52N-X99Y>
- Prigerson, H., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, K., Newsom, J., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1484–1486. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.11.1484>
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Radnóti, M. (1940). *Ikrek hava. Válogatott versek*. Almanach. <https://mek.oszk.hu/13700/13752/13752.htm> (2021.08.14.)
- Rask, K., Kaunonen, M., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Adolescent coping with grief after the death of a loved one. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 137–142. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00354.x>

- Rácz, J., Kassai, S., & Pintér, J. N. (2016). Interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(2), 313–336. <https://doi.org/10.1556/0016.2016.71.2.4>
- Réthelyi, J. (Ed.). (2020). *Pszichiátriai jegyzet orvostanhallgatóknak*. Oriold és Társai.
- Rinaldi, R. (2022). Comparing Bion's Container–Contained Relationship with Aspects of Containment in the Collective Unconscious. *British Journal of Psychotherapy*, 39(1), 158–169. <https://doi.org/10.1111/bjp.12798>
- Rodgers, L. S. (2004). Meaning of bereavement among older african-american widows. *Geriatric Nursing*, 25(1), 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2003.11.012>
- Rober, P. (2002): Some hypotheses about hesitations and their nonverbal expression in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 24(2), 187–204. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00211>
- Sántha, K. (2017). A trianguláció-típológiák és a Maxqda kapcsolata a kvalitatív vizsgálatban. *Vezetéstudomány – Budapest Management Review*, 48(12), 33–40. <https://doi.org/10.14267/veztud.2017.12.04>
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (2001). Bereavement experiences and personal growth. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 145–167). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-006>
- Scheier, M. F., & Carver Ch. S. (2006). *Személyiségpszichológia*. Osiris.
- Share, L. (1996). Dreams and the reconstruction of infant trauma. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 8(3), 295–316. https://www.mattes.de/buecher/praeinatale_psychologie/PP_PDF/PP_08_3_Share.pdf (2023.01.01.)
- Shear, M. K, Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M. F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103–117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>

- Simkó, C. (2009). Hogyan segítsünk gyermekünknek elfogadni az elfogadhatatlant? Tájékoztató pedagógusoknak és szülőknek a gyászoló gyermek segítéséhez. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 13(4), 1–40. https://epa.oszk.hu/02000/02002/00034/pdf/2009-4_simko-hogyan.pdf (2023.10.01.)
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Frank, E., Melhem, N. M., & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002>
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11, 261–271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53–74. <https://doi.org/10.1080/00797308.1945.11823126>
- Stelzer, E-M., Atkinson, C., O’Connor, M-F., & Croft, A. (2019). Gender differences in grief narrative construction: a myth or reality? *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1688130. <https://doi.org/10.1080/2F20008198.2019.1688130>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale description. *Death Studies*, 23, 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 259–268. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.007>
- Stroebe, M., & Stroebe, W. (1991). Does “grief work” work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 479–482. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.3.479>
- Szépe, O., & Ferdinandy, N. (2010). Intimitás és nyilvánosság. A gyász- és halál témájú blogok néhány sajátosságáról. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 14(1), 47–58. https://kharon.hu/docu/2010-1_szepe-intimitas.pdf (2023.10.01.)
- Szokolszky, Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában. Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Osiris. <https://mek.oszk.hu/04800/04897/04897.pdf> (2023.10.01.)

- Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, & Országos Gyermekegészségügyi Intézet (2010). A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során. *Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny melléklete*, 13(104), 15246–15258. <https://vedonok-foruma.webnode.hu/szakmai-eloirasok/szakmai-iranyelv/> (2021.08.14.)
- Taku, K., Tedeschi, R. G., & Cann, A. (2015). Relationships of Posttraumatic Growth and Stress Responses in Bereaved Young Adults. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 56–71. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.824306>
- Teddle, C., & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77–100. <https://doi.org/10.1177/1558689806292430>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. W. (2004). Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In Kulcsár Z. (Ed.), *Teher alatt. Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (pp. 37–67). Trefort.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tóth-Varga, V., & Dull, A. (2019). A térhasználat jellegzetességei a pszichoanalitikus szemléletű csecsemőmegfigyelési jegyzőkönyvekben. A holding és handling funkciók megjelenése a szociofizikai környezetben. *Alkalmazott Pszichológia*, 19(3), 7–31. <https://doi.org/10.17627/AlkPszich.2019.3.7>
- Turner, V. (2002). *A rituális folyamat*. Osiris.
- Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S., & White, S. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 188, 165–172. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.165>
- Tyrrell, P., Harberger, S., Schoo, C., & Siddiqui, W. (2023). Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Van Gennep, A. (2004). *The Rites of Passage*. Psychology Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226027180.001.0001>

- Vas, J., & Zseni, A. (2007). Transzgenerációs traumák (TGT) újraélése pszichoterápiás kontextusban. Értelmezési lehetőségek négy eset kapcsán. *Psychiatria Hungarica*, 22(3), 222–237.
- Varga, K., Andrek, A., & Molnár, J. E. (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina.
- Vikár, G. (1984). A gyermek és a gyász. In *Gyógyítás és öngyógyítás* (pp. 101–127). Magvető.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207–227. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x>
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy*, 27, 63–71. <https://doi.org/10.1080/019261899262104>
- Winnicott, W. D. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D. W. (1999). *Játzás és valóság*. Animula.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- Wislockiné Dörfler, F. (1893). A gyermek a magyar néphitben. *Ethnographia*, 4(7–9), 208–224.
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Ayers, T. S. (2008). Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 58(2), 107–128. <https://doi.org/10.2190/OM.58.2.b>
- Wolfelt, A. (1983). *Helping children cope with grief*. Taylor and Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203767771>
- Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer Publishing Company.

- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349–357. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.349>
- Zisook, S. (1995). Death, Dying and Bereavement. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (6th ed., pp. 1713–1729). Williams and Wilkins.
- Zsák, É., Kovácsné Török, Z., & Hegedűs K. (2015). A perinatalis veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 156(29), 1174–1178. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30199>

Hivatkozott jogszabályok

26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm> (2023.01.16.)

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv> (2023.01.16.)

49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0400049.esc> (2023.01.16.)

7. sz. melléklet

**DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT
EREDETISÉGÉRŐL**

Alulírott

név: **Bornemisza Ágnes Yvette**

születési név: **Czirják Ágnes Yvette**

anyja neve: **Balej Magdolna**

születési hely, idő: **Pécs, 1969.08.14.**

A perinatális gyász hatása a családban élő testvérekre

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a

PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola

PR-1 Egészségtudomány határterületei Doktori Programjához

(E-82 Felépülés a perinatális veszteségből - gyásztámogatás témacsoportjához)

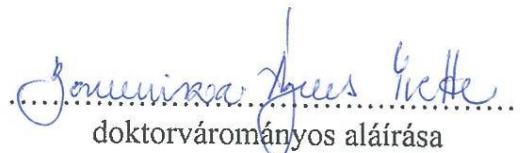
Témavezető(k) neve: **Dr. habil B. Erdős Márta PhD**


Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Továbbá nyilatkozom, hogy hozzájárulok a doktori értekezésem DOI azonosító igényléséhez.

Dátum: 2023.12.04.


.....
doktorvárományos aláírása


.....
témavezető aláírása

.....
társtémavezető aláírása