

*BALOGH Gyöngyi*¹:

Rákos betegek mentális és lelki kísérése

Abstract. Mental and Spiritual Accompaniment of Cancer Patients

This paper explores the mental and spiritual accompaniment of cancer patients from a theological and pastoral perspective. The author reflects on her early experiences as a hospital chaplain and the challenges of communicating hope and comfort to patients facing a life-threatening diagnosis. She reviews the current literature on the psychological, social, and spiritual aspects of cancer and how they affect patients' coping strategies, quality of life, and meaning making. She also discusses the role of the Church and its functionaries in providing support and guidance to cancer patients, as well as the potential benefits of what a theologically reflected service can offer in extension to other approaches. The paper emphasizes the importance of understanding the patients' emotional, relational, and spiritual needs and of respecting their individuality and dignity. The paper also highlights the supreme relevance of the Christian faith as a source of hope for cancer patients. The paper concludes with some practical suggestions for pastoral care and spiritual accompaniment of cancer patients.

Keywords: cancer patients, pastoral psychology, ecopsychology, mental and spiritual accompaniment, human sciences and theology, hope

¹ BBTE, Alkalmazott Teológia, I év; református kórházlelkész a Kolozsvári Onkológiai Intézetben; e-mail: gybalogh@gmail.com.



A humán tudományok és szakmák közül a teológia és az egyház a lelkész és a lelkigondozó szerepében is bekapcsolódik a daganatos betegek gyógyításába. A rákos betegek mentális és lelki kísérése témakörében való elmélyülésre a korai, meghatározó kórházlelkészi tapasztalataim indítottak, egy belső feszültség, majd igény, hogy bár teológiailag felkészült vagyok, Istenről jó és szép dolgokat tudok, aligha sikerül átadni, mivel nem ismerem az embert, főképpen a daganattal diagnosztizált embert, kríziseit, kérdéseit és speciális szükségait. Így tehát nagy a valószínűsége annak, hogy a vizsgálatra szánt ige az életet tápláló, tovább lendítő erő helyett üres frázis marad, továbbá a meg nem értettség érzését kelti a betegben, elvágva egy bizalmi kapcsolat kialakulásának az esélyét.

A személyes érdeklődésen túl a téma fontosságához hozzájárul az is, hogy bár mára nagyon sok rákbeteg meggyógyul, a rákos megbetegedések száma növekvő tendenciát mutat, tehát egy potenciálisan fenyegető veszéllyel kell számolnunk a magunk, szeretteink, tágabb környezetünk, gyülekezeti tagjaink életében is.

Az onkológiai betegek gyógyításában az orvosi munkacsoport mellé az első meghívott a klinikai szakpszichológus, aki a diagnózisközlés, a műtétek, a kezelések kiváltotta pszichés megterhelések oldását, az esetleges lelki zavarok csökkentését a pszichoterápia eszközeivel célozza meg. Az onkopszichológia a daganatos megbetegedést a beteg érzelmi világában, szociális hálójában és spirituális megéléseiben vizsgálja, mivel a betegség mindhárom síkon változást hozhat. Véleményem szerint a betegség e három vetületénél nem kell egyébre gondolnunk, mint amit a pasztorálpszichológia és a rendszerszemlélet a szenvedés értelmezésénél „kapcsolati krízisként” ír le, nevezetesen az embernek önmagával, felebarátjával és Istenével való kríziseként.

Mivel a pasztoráció funkciója és célja nem más, mint kapcsolatlétesítés és kapcsolatgondozás, az onkopszichológiai megfigyelések és eredmények nem nélkülözhető tudást kínálnak, hogy egy megtépzott emberi élethez kapcsolódni tudjunk, és kapcsolatban maradva elősegítsük a gyógyulást. Ha a szenvedés és szenvedő megértésében mintaként szolgáló Jób könyvére úgy tekintünk például, mint egy naplórészletekkel gazdagon tarkított és jegyzőkönyvbe foglalt eseteírásra, akkor az onkopszichológiai megfigyelések is lehetnek a „szenvedő Jóbok” nyilvánossá tett kollektív jegyzőkönyvei és naplórészletei. Ha kiengedjük a kezünkől ezt a tudást, féltő, hogy empatikus, érző viszonyulás helyett, csak fokozni fogjuk a betegek szenvedését.

Az alábbiakban, mentálhigiénés szemléletű témafeldolgozásom során a daganatos betegek életében bekövetkező pszichikai, szociális és spirituális síkon történő lehetséges kihívásokat kívánom ismertetni a rendelkezésre álló kortárs szakirodalom alapján.

1. Pszichikai vetületek

Stephanie Mathews Simonton szerint az az ember, aki saját életében vagy a környezetében élők életében a rákkal szembesül, élete legnagyobb krízisét, egy „érzelmi atomrobbanást” élhet át.² Tari Annamária úgy értelmezi az onkológiai osztályra való bekerülést, mint „egy egészséges világból egy másikba való átkerülést, ahol komoly veszélyek vannak, és nem biztosított a visszaút.”³

A krízis a diagnózis közlésének a pillanatában kezdődik el. A halál szinonimájaként ismert „rák” a betegből erőteljes sokkot vált ki, aminek hatására az információ intellektuális feldolgozása elakad, ezért többször is visszakérdezhet a hallottakra, akár félre is értelmezheti azokat. Az intellektuális feldolgozás aszinkronban van az érzelmi feldolgozással, ez utóbbihoz több idő és energia szükséges, és a szerepe főképp abban lenne, hogy a beteg alkalmazkodni tudjon a betegségéhez és partnerré tudjon válni a kezeléseknél. Bálint azt állítja, ha a beteg ezt a lélektani munkát elhanyagolja vagy megpróbálja átugorni, visszaköszönhet szorongásos álmokban, izolációhoz vezető titkolózásban, megnyilvánulhat túlevésben vagy a testet megterhelő extrém diéták és sportok kipróbálásában.⁴

A betegséghez, az aktuális állapothoz való alkalmazkodásban nagy szerepe van a beteg alapszemélyiségének, érettségének, önértékelésének és az operált szerv, az elvesztett funkció pszichológiai jelentőségének az adott személy érzelmeiben.⁵ Másrészt a daganat természete is – jó- vagy rosszindulatú – befolyásolja ezt az érzelmi viszonyulást.⁶ Riskó

² SIMONTON, Mathews Stephanie (1991): *A gyógyító család*. Budapest, Egészségforrás Kiadó. 11.

³ TARI Annamária (2008): *Sejtem... A daganatos betegségek pszichológiája*. Budapest, Európa Kiadó. 14.

⁴ BÁLINT Ágnes (2018): Kalapba zárt lányok. Biblioterápia az onkológiai betegek támogatásában, In: *Embertárs*. 16. 4. 334.

⁵ RISKÓ Ágnes (1999): *A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest, Animula Kiadó. 23.

⁶ TARI (2008), 14.

bemutatja, hogy miképpen fonódik össze a beteg és a félelem a diagnózis pillanatától kezdődően. A többségük félelemmel reagál, hiszen először találkozik egy komoly betegséggel, először szembesül saját múlandóságával és tehetetlenségével, hogy környezetében nem sikerül mindent kontroll alatt tartani. Legtöbben először vannak kórházban, ami erős szeparációs szorongást és regressziót okozhat.

Ha a beteg ezeken a kezdeti félelmeken túljutott, akkor a betegségfolyamattól kezd el félni. Félnek a műtétektől, az esetleges csonkítástól, a testükben és testképükben bekövetkező változástól. A félelem szinte állandóan jelen van, mintegy gerjeszti önmagát, és egy ördögi kört idéz elő.⁷ Richard Reoch szerint, ha a testi fájdalom nem is nagy, a félelem és a feszültség hatására a fájdalom intenzívvé válhat.⁸

Egy magyarországi, súlyos daganatos betegek között végzett felmérés szerint a betegek attól féltek, hogy hazamehetnek-e még, hazaviszi-e őket a család, mi lesz velük, ha hazamennek. Továbbá jelen van a félelem a külső és fizikai leromlástól, az anyagi és szociális kiszolgáltatottságtól, a másik betegtől, az egyedüllétől, a szenvedéstől, a fájdalomtól, az állapotuk rosszabbodásától és a haláltól.⁹

A betegséggel, félelmekkel való megküzdésben négy alapmagatartás figyelhető meg:

- a küzdő szellem, aki a jövőre néz és valamilyen vágyott vagy megszokott tevékenységét minden bizonnyal folytatni véli (jövőre minden bizonnyal sportolni fogok);
- az aktív tagadó, aki kijelentéseivel védi, biztatja magát (nem vagyok beteg, nem fáj semmim, voltam még pl. tüdőgyulladásos és meggyógyultam);
- a sztoikus nyugalmat árasztó, aki nem aggódik a dolgokon, mert azzal a helyzeten úgysem tud mit változtatni (minden úgy lesz, ahogy az Isten akarja);
- aki átadja magát a reménytelenségnek.

⁷ Az onkológián hosszabb ideig bent fekvő betegek azt mondják, hogy a fokozott stresszállapot és a kiszolgáltatottság miatt még egy egyszerű tűszúrás is fájdalmasabbnak élnek meg.

⁸ SZÉKELY Katalin (2009): *Terminális betegek lelkigondozása* (államvizsga-dolgozat). Kolozsvár, Babeş–Bolyai Tudományegyetem.

⁹ A felmérés az egyik budapesti kórház hospice osztályán készült 1996 szeptemberétől 1997 végéig. A mintába 28 terminális stádiumban levő beteg (11 férfi és 17 nő) került be, átlagéletkoruk 68 év. Vö. HEGEDŰS Katalin (1998): Súlyos állapotban levő és haldokló daganatos betegek betegségtudata, In: *Kharón. Thanatológiai Szemle*. 2. 1. 11.

Ezek a megküzdési minták belesimulnak abba az öt fázisba, amit Elisabeth-Kübler-Ross svájci pszichológusnő a haldoklóknál megfigyelt.¹⁰ A szakaszok nem feltétlenül határolódnak el világosan egymástól, hanem váltakoznak, átfedések figyelhetők meg. A fázisok a következők:

A sokk, tagadás fázisa

Ez az „egyszerűen nem lehet igaz!” fázisa. Az ember a saját közeledő halálával szembeesülve egy hosszú, érzelmekkel kísért és átítatott egyéni folyamaton megy keresztül. Amikor a beteg valami módon értesül állapotára reménytelenségéről, megkezdődik ez a folyamat.

A düh, a harag, az agresszió fázisa

Ez a jelenségperiódus általában bekövetkezik minden betegnél, vagy a lesújtó állapot következményeként vagy a korábban fel nem dolgozott indulatok miatt. A harag, lázadás irányulhat az egészségesek felé („Miért pont én kell, hogy beteg legyek, miért nem a másik? Ő jobban megérdemelné.”), de fordíthatja a beteg önmaga felé is ezt az agressziót (pl. „Mindennek én vagyok az oka, de most már késő.”).

Az alkudozás fázisa

A keserűség, harag, félelem, reménytelenség átmeneti viharait az alkudozás fázisa váltja fel. Debrecenyi-Tóth szerint az alku nem kevesebbről szól, mint az életről.¹¹ A vad érzések elcsitulnak, a beteg egy bizonyos értelemben elfogadja az állapotát, és elkezdi alkudozni még egynéhány esztendőért, amíg bizonyos események bekövetkeznek a családban. Az alku folyhat szenvedésmentes halálért is. Ebben az időszakban különös nyitottsággal fordulnak a betegek a lelkész, a lelkigondozó vagy más lelki vezető felé.

A depresszió, a lesújtottság, a kétségbeesés fázisa

Ha a beteg állapota romlik, kiújul a betegség vagy áttétek jelennek meg, lelki síkon is bekövetkezik a romlás. Felerősödik a halálfélelem, az aggodalom a családtagokért, a

¹⁰ Lásd: POLCZ Alaine (1998): *Ideje a meghalásnak. Tanulmányok*. Budapest, Pont Kiadó.

¹¹ DEBRECENYI Károly István – TÓTH Mihály (2004): *Életesemények – A pásztori lélektan és filozófia tükrében*. Mentálhigiénés Kultúra 5. Budapest, Párbeszéd Alapítvány. 140.

hátramaradókért. A hiábavalóság, az értelmetlen küzdelem, a sok felesleges szenvedés felőrlik a beteg lelki erejét. Mélységes magány, mély lehangoltság gyötrelme kínozza. Jó, ha kibeszélheti ezeket magából.

Az elfogadás, a belenyugvás – az utolsó lelki stádium

Jóllehet minden ember más, és ennek következtében különböző módon éli meg a betegségét, Kübler-Ross tanainak elfogadása segítheti a „gyógyító személyzetet” a betegek elkísérésében a gyógyulás, illetve a halál útján.

Megküzdési formaként említhetjük még az Istennel való perlekedést és a bensőséges imádságot is.

2. Társadalmi vetületek

A társadalmi vetületeknél elsősorban a beteg családját vagy a partnerét kell megemlítenünk, mert a beteg állapotának pozitív vagy negatív irányú befolyásolásában központi szerepük van. A rákbetegség diagnosztizálásával nemcsak a beteg életében kezdődik új életperiódus, hanem a család életében is, hiszen a betegség hatása „a beteg minden hozzátartozóján megmutatkozik”.¹² Hasson-Ohayon megfigyeléseire alapozva, Bálint azt írja, hogy a hozzátartozó is ugyanolyan mértékű, sőt előrehaladott stádiumú betegség esetén fokozottabb distresszt élhet meg, mint maga a beteg.¹³

Az erős kapcsolatok erőforrást jelentenek és jelentősen „befolyásolják a rákbeteg megbirkózási képességét, ha pedig a társas támogató rendszer összeomlik, veszélyezteti a beteg alkalmazkodási képességét, és növeli a szenvedést”.¹⁴ Sok múlik tehát azon, hogy mennyire teherbíró a stabilitás és a megküzdőképesség a családban, s milyenek a valódi

¹² FERREL, Betty R. (2002): A család, In: Cseri Péter (szerk.): *Segítségnyújtás a végeken. Haldokló betegek és hozzátartozók pszichés, szociális és spirituális támogatása*. Magyar Hospice–Palliatív Egyesület, Budapest. 83.

¹³ BÁLINT (2018), 335.

¹⁴ WOODRUFF, Roger (2002): Szociális problémák, In: Cseri Péter (szerk.): *Segítségnyújtás a végeken. Haldokló betegek és hozzátartozók pszichés, szociális és spirituális támogatása*. Budapest, Magyar Hospice–Palliatív Egyesület. 199–202.

érzelmi viszonyok. A nyílt kommunikáció és őszinteség hiányának eredményeként megindulhat „a titokképzés folyamata, a tagok elszigetelődnek egymástól – képtelenek a valódi segítségre, hiszen a tudattalan érzelmeik a szorongásról, háritásról, védekezésről szólnak”.¹⁵ A mindkét félben lejátszódó indulatok, félelmek, az előrevetített gyász miatti szenvedés a kapcsolatok megromlásához vezethetnek. Ha a család és a beteg között gátolt az információáramlás, akkor – úgymond a beteg érdekében – túlzott aktivitásba menekülnek, lemerevednek vagy bagatellizálják a problémát. Az „ugye jobban vagy már?“, „meg fogsz gyógyulni” jellegű kérdések, kijelentések a hozzátartozók kommunikációs inkompetenciájáról árulkodnak, és hogy képtelenek szembesülni a valósággal meg a beteg érzelmeivel. Ezzel a kommunikációs játszmaival tulajdonképpen önmagukat védik, a következménye pedig, hogy a kommunikációs csatornák beszűkülnek, és a beteg, akinek most van a legnagyobb szüksége az érzelmi támogatásra, egyedül marad. A megnyugvásig, a csendes elfogadásig ugyan magába zárkózva egyedül is eljuthat az ember, de rendkívül nehezen.¹⁶

Danette M. Hann és munkatársai azt állapították meg, hogy a szélesebb kapcsolati háló, a nagyobb szociális támogatottság kevesebb depresszív tünettől társul. Sőt, az érzelmi és tényleges támogatás elérhetőségének az érzékelése fontosabb, mint maga az igénybe vett támogatás.¹⁷

A valóság mégis többnyire az, hogy a daganatos beteg a kapcsolataiban nagymértékű elidegenedést, elszegényedést él meg. „Amióta beteg vagyok, elférek a barátaimmal egy telefonfülkében” – olvashatjuk Harald Stiller klinikai lelkipozótól ezt a daganatos betegekre oly jellemző gondolatot.¹⁸ Ennek a zsigeri viszonyulásnak a háttérben egyrészt a stigmatizálás áll, mivel az emberek gondolataiban, tapasztalataiban a rákos megbetegedés még mindig egyet jelent a halállal, másrészt pedig a félelem, mivel nem tudják, mit mondjanak, vagy hogyan viszonyuljanak, éppen ezért akár bántó módon is megnyilvánulhatnak. A megváltozott külső miatt a beteg is kerülheti a

¹⁵ TARI (2008), 146–147.

¹⁶ POLCZ (1998), 59.

¹⁷ BÁLINT (2018), 335.

¹⁸ STILLER, Harald (2002): Lelkipozozás rákos betegek között, In: Michael Klessmann (szerk.): *A klinikai lelkipozozás kézikönyve*. Debrecen, Debreceni Református Hittudományi Egyetem. 74–86.

kapcsolatokat, ami egyértelműen generálja az izolációt. A világuk azáltal is beszűkül, hogy a mindennapi rutin helyett a kezelések, terápiák, betegtársak kerülnek a fókuszba. Konfliktus forrásává válhat a családban a beteg megváltozott szerepe és ehhez társulhat az otthoni ápolás esetén a családtagokra háruló intenzív ápolói szerep, a kimerültség és a betegséggel járó anyagi megterhelések. Ritkábban előfordulhat az is, hogy a fenyegető betegség hatására a társas kapcsolatok újraértékelődnek, megújulnak, a felek közelebb kerülnek egymáshoz, és ez nagymértékben csökkentheti a szenvedést.¹⁹

3. Spirituális vetületek

Az életnek értelmet adó, létbiztonságot nyújtó, a mindennapokban a tájékozódást támogató lelki igény, vagyis spiritualitás, a rákkal diagnosztizált emberek életében erőteljesen jelentkezik. A krónikus betegséggé szelídíthető rákdiagnózissal szembesülni azt is jelentheti, hogy az élet ettől kezdve – talán végérvényesen – megváltozik. A rend, amelyben a beteg mindennapjai korábban folytak, megszűnik, a biztonságába vetett hite elvész, és ha az önállóságának egy részét feladni kényszerül, önértékelése is sérül. Életbevágóan fontossá válik, hogy a léte értelmére és önmaga értékére vonatkozó nyugtalanító kérdésekre választ találjon. Vallásos és spirituális meggyőződésai segíthetnek megnyugvást találni, megküzdenni a betegség okozta stresszel, elfogadni élete megváltozottságát, és nem utolsósorban jelentést találni a történetekben.²⁰

Az egészségpszichológia a spiritualitást a humán erősségek kategóriájába sorolja, a testi-lelki egészség védőfaktorának tekinti, amely abban segíti az embert, hogy koherens módon értelemmel felruházva élhesse meg mindazt, ami a mindennapokban vele történik.²¹

Paradox módon a betegség hatására némelyekben pontosan ezek a spirituális meggyőzések, hitek kérdőjeleződnek meg, és mivel ezek a személyek nagyon sérülékenyek, különös odafigyelést kívánnak meg a gyógyító teamtől.

¹⁹ WOODRUFF (2002), 200.

²⁰ NAGY Magda Beáta (2009): A spiritualitás szerepe a krónikus betegséggel való megküzdésben, In: *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika*. 10. 1. 21–46.

²¹ PIKÓ Bettina (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest, Akadémiai Kiadó. 55.

A szorongás és depresszió, az életminőséget befolyásoló spiritualitás, vallás és hit összefüggéseiről számtalan kutatás számol.²² Spiritualitás esetén egyértelműen pozitív eredményekről olvashatunk, míg egy közösséghez, rítusokhoz, hittételekhez kapcsolódó vallásosságnál csak a pozitívan megélt vallásosság,²³ egy másik kutatás szerint egy intrinsic vallásosság²⁴ esetén lehet erről beszélni. A negatívan megélt vallásosság növeli a szorongást, a halálfélelmet; a betegek életminőségük és állapotuk romlásáról számolnak be.

A halmozott, testi-lelki-kapcsolati-anyagi veszteséget átélt daganatos beteg spirituális útítársa a *remény*, ami nemcsak egy pillanatnyi érzelmi állapot, hanem iránytűként utat mutató dinamikus erő, *life force*, hit abban, hogy a jelenlegi nehéz helyzetnek pozitív kimenetele lesz, ami ezzel egyidőben tettekre készíti az elképzelt jó eléréséhez. A reményt a fenyegetett élethelyzet teremti meg, a Biblia nyelvén a megpróbáltatás, és bár szinte reflexszerűen jelenik meg a diagnózisközlés utáni összeomlás ellensúlyozására, a lelki integritás megőrzésére, lelki és mentális erőfeszítésbe kerül(het) felépíteni, fenntartani és megóvni azt (pl. a következő esetleges rossz hírtől). A daganatos

²² A 2001-ben Koenig, McCullough és Larson szerkesztésében megjelent *Handbook of Religion and Health* 1200 tanulmány eredményeit összesíti a témában. Lásd: WILLIAMS, R. David – STERNTHAL, J. Michelle (2007): Spirituality, Religion and Health: Evidence and Research Directions, In: *Medical Journal of America*. 186. 10. 47–50.

²³ A halál tematikájában végzett kutatás és felmérés eredményei többek között arról számolnak be, hogy a vallás és spiritualitás alapvető funkciója a félelemmel, illetve halálfélelemmel való megküzdés segítése. Egyik fontos kutatás a témában Michael R. Leming nevéhez fűződik. Vö. LEMING, Michael R. (1980): Religion and Death: A Test of Homans' Thesis, In: *Omega. The Journal of Death and Dying*. 10. 4. 347–364.

²⁴ Gordon Allport és Michael Ross a vallásos irányultságot egy kontinuum mentén helyezte el, egyik póluson egy belső (intrinsic), a másik póluson egy külső (extrinsic) irányultságot feltételezve. Vö. ALLPORT, Gordon W. – ROSS, J. Michael (1967): Personal Religious Orientation and Prejudice, In: *Journal of Personality and Social Psychology* 5. 4. 432–443. Kahoe és Meadow 1976-ban e mérőeszköz segítségével végzett kutatásokat a vallásos orientáció és a halálfélelem összefüggésében, és arra az eredményre jutott, hogy az extrinsic vallásosság általában nagyobb halálfélelemmel jár. Lásd KAHOE, Richard D. – MEADOW, Mary J. (1981): A Developmental Perspective on Religious Orientation Dimensions, In: *Journal of Religion and Health*. 20. 1. 8–17. Emi Lenés idős hospice betegeknél végzett 2004-es felméréseiben az intrinsic vallásosságot a halál elfogadásával, az élettel való elégedettséggel és a belső béke megtalálásával hozta összefüggésbe. Idézi KOVÁCS Ágota (2007): A spiritualitás és a halálhoz való viszony összefüggései az emberi lélekben, In: *Kharón. Thanatológiai Szemle*. 11. 1–2. 2 (1–23).

beteg reménykedik, mert mást nem tehet, reménykedik, hogy élhessen. A remény erőt ad, de a betegség valós tényeit mellőzni és mégis reménykedni többletenergiát kér a betegől. Ezért a beteggel való kapcsolattartásban megfontolandó Polcz Alaine állítása, miszerint „a remény és bizakodás a psziché védekezése, hogy el tudja viselni a súlyos eseményeket, és soha nem szabad elvenni”.²⁵

Mégis sokaknak, de különösen a kórházi személyzetnek nehézséget okoz reményt kommunikálni a palliatív kezelésben részesülő betegek felé, vagy az ő reményükhöz megfelelően viszonyulni.²⁶ Ennek az oka a remény értelmezésében keresendő, mert bár ugyanazt a fogalmat használják, de mást ért rajta a kezelőszemélyzet és mást a beteg. A segítők reménye az orvosi tényekre és esélyekre vonatkozik, és egy olyan várakozáshoz hasonlítható, ami valósággal be fog teljesülni, míg a betegeké a legmélyebb emberi vágyukkal van összefüggésben (pl. gyerekeik felnevelése, teljes gyógyulás, jobbulás, minőségi élet, ha már nincs lehetőség a gyógyulásra, utolsóként fájdalommentes halál). A betegek legerősebb reményforrása az élni akarás. Mindemellert reményt merítenek a kezelésekből, a tüneteik javulásából, a korábbi kezelésekről szerzett tapasztalataikból, reményt ad a hitük, az őket körülvevő természet, a támogatást nyújtó szociális háló, az orvosban meg az ő kompetenciáiban való bizalom.

Nierop van Baalen megjegyzi, hogy a betegek úgy akarják tudni magukról a valóságot, hogy közben mindvégig meg akarják őrizni a reményüket. Ezért gondolati konstrukciókat hoznak létre, felnagyítják a reményt, létrehozzák a minden valóságot nélkülöző „én reményem” illúzióját, amit csak a lelkük mélyén dédelgetnek. Ez a reménykonstrukció segít az elhatalmasodó depresszióval szemben, nyitva tartja a jövőt, és segít élvezni a jelent, vagyis az életminőség szempontjából van kiemelkedő szerepe. Kutatási eredmények igazolják, hogy tünetmentes időszakban a betegek reménye erős volt, és a várakozással ellentétben a betegség kiújulásával és előrehaladtával még inkább erősödött.²⁷

²⁵ POLCZ Alaine (1995): A beteg és a családtagjai halállal kapcsolatos problémái, In: Hegedűs Katalin (szerk.): *Halálközelségben*. Budapest, Magyar Hospice–Palliatív Egyesület. 25.

²⁶ NIEROP-VAN BAALEN, Cornelia (2020): *Hoop en positief denken bij mensen met kanker. Een exploratie naar de betekenissen, beïnvloedende factoren en strategieën*. Doktori dolgozat. Gent, Universiteit Gent. 1–17. Ez a felmérés 76 holland és belga palliációs beteg interjújának, valamint kórházi és otthoni ápolásban résztvevő segítők fókuszcsoportos beszélgetéseinek az eredménye.

²⁷ K. Herth véleményét idézi BÁLINT (2018), 338.

Ez pedig arra enged következtetni, hogy a reményt nem szabad csak a prognózissal kapcsolatosan értelmezni. Pszichológiai értelemben nincs „hamis remény”, a remény mindig véd és gyógyít.²⁸

A tényekből építkező, a vágyakból, illúziókból fenntartott remény – a daganatos betegek szerint – utoljára hal meg. Egy spanyol közmondás szerint „reményt ölni” emberölésnek minősül. Ezért lelkigondozóként, kórházi lelkészként sem lehet más célkitűzésünk, mint hozzáadni ehhez a reményhez. A kórházi lelkigondozásban résztvevő lelkész vagy lelkigondozó felkínálhatja a keresztyén hit „reménytöbbletét”, amely a bibliai kijelentésre alapozva hiszi és hirdeti Jézus Krisztusnak a halál feletti győzelmét, következőképp az örök életet és a feltámadást is. Míg a haldokló a halál közeledtével elengedi az utolsó, e világhoz, gyógyuláshoz kapcsolódó reményét, esetleg értelmetlennek élve meg a megtett utat, a küzdelmeket, a szenvedést, addig a Jézus-hívó még a halálban is reménykedhet, ott is van, amit, akit várnia. A keresztyén ember számára a halál nem az élet teljes széthullását, megsemmisülését jelenti, hanem egy utat a végső beteljesedéshez, a transzformációhoz.²⁹ Ugyanakkor a keresztyén remény ad valós vigaszt a gyászban is, az itt maradt gyászoló is erre a reményre alapozva nézhet elébe a szerettével való „majdani” találkozásnak és várhatja a saját élete végső beteljesedését. Ezért a lelkigondozónak, kórházlelkésznek meg kell hallania a vágyat vagy igényt erre a „reménytöbbletre”, és lehetőség szerint átadni azt.

Felhasznált irodalom:

ALLPORT, Gordon W. – ROSS, J. Michael (1967): Personal Religious Orientation and Prejudice, In: *Journal of Personality and Social Psychology* 5. 4. 432–443.

BÁLINT Ágnes (2018): Kalapba zárt lányok. Biblioterápia az onkológiai betegek támogatásában, In: *Embertárs*. 16. 4. 331–352.

DEBRECENYI Károly István – TÓTH Mihály (2004): *Életesemények – A pásztori lélektan és filozófia tükrében*. Mentálhigiénés Kultúra 5. Budapest, Párbeszéd Alapítvány.

²⁸ Balogh Klára nézőpontját idézi BÁLINT (2018), 338.

²⁹ Király Mónika kiemeli, hogy „a hívők könnyebben elfogadják a halált, mert a túlvilági életbe vetett hit számukra nem az élet korlátozását jelenti, hanem az élet transzformációját”. Lásd KIRÁLY MÓNICA (2004): *A halál közelében dolgozók viszonya a halálhoz. A halálattitűd és a spirituális nyitottság kapcsolata*. Budapest, ELTE PPK Pszichológiai Intézet.

- FERREL, Betty R. (2002): A család, In: Cseri Péter (szerk.): *Segítségnyújtás a végeken. Haldokló betegek és hozzátartozóik pszichés, szociális és spirituális támogatása*. Magyar Hospice–Palliatív Egyesület, Budapest. 83–99.
- HEGEDŰS Katalin (1998): Súlyos állapotban levő és haldokló daganatos betegek betegségtudata, In: *Kharón. Thanatológiai Szemle*. 2. 1. 13–32.
- KAHOE, Richard D. – MEADOW, Mary J. (1981): A Developmental Perspective on Religious Orientation Dimensions, In: *Journal of Religion and Health*. 20. 1. 8–17.
- KIRÁLY Mónika (2004): *A halál közelében dolgozók viszonya a halálhoz. A halálattitűd és a spirituális nyitottság kapcsolata*. Budapest, ELTE PPK Pszichológiai Intézet.
- KOVÁCS Ágota (2007): A spiritualitás és a halálhoz való viszony összefüggései az emberi lélekben, In: *Kharón. Thanatológiai Szemle*. 11. 1–2. 1–23
- LEMING, Michael R. (1980): Religion and Death: A Test of Homans' Thesis, In: *Omega. The Journal of Death and Dying*. 10. 4. 347–364.
- NAGY Magda Beáta (2009): A spiritualitás szerepe a krónikus betegségekkel való megküzdésben, In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 10.1. 21–46.
- NIEROP–VAN BAALEN, Cornelia (2020): *Hoop en positief denken bij mensen met kanker: een exploratie naar de betekenissen, beïnvloedende factoren en strategieën*. Doktori dolgozat. Gent, Universiteit Gent.
- PIKÓ Bettina (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- POLCZ Alaine (1995): A beteg és a családtagjai halállal kapcsolatos problémái, In: Hegedűs Katalin (szerk.): *Halálközelben*. Budapest, Magyar Hospice–Palliatív Egyesület. 11–16.
- (1998): *Ideje a meghalásnak. Tanulmányok*. Budapest, Pont Kiadó.
- RISKÓ Ágnes (1999): *A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest, Animula Kiadó.
- SIMONTON, Stephanie Matthews (1991): *A gyógyító család*. Budapest, Egészségforrás Kiadó.
- STILLER, Harald (2002): Lelkigondozás rákos betegek között, In: Michael Klessmann (szerk.): *A klinikai lelkigondozás kézikönyve*. Debrecen, Református Hittudományi Egyetem. 74–86.
- SZÉKELY Katalin (2009): *Terminális betegek lelkigondozása (államvizsgadolgozat)*. Kolozsvár, Babeş–Bolyai Tudományegyetem.
- TARI Annamária (2008): *Sejtem... A daganatos betegségek pszichológiája*. Budapest, Európa Könyvkiadó.
- WILLIAMS, R. David – STERNTHAL, J. Michelle (2007): Spirituality, Religion and Health: Evidence and Research Directions, In: *Medical Journal of America*. 186. 10. 47– 50.
- WOODRUFF, Roger (2002): Szociális problémák, In: Cseri Péter (szerk.): *Segítségnyújtás a végeken. Haldokló betegek és hozzátartozóik pszichés, szociális és spirituális támogatása*. Budapest, Magyar Hospice–Palliatív Egyesület. 199–202.