

5.9 Tanatológia – haldoklók és gyászolók pszichés gondozása

Pilling János

Századunkban a társadalom viszonya a halálhoz, a haldokláshoz és a gyászhoz jelentős változásokon ment keresztül. A halállal kapcsolatos egyéni és társadalmi szintű elfojtás felerősödött, a haldoklás folyamata medikalizálódott, a gyász kultúra elhalványult. A haldoklók és a gyászolók így gyakran izolálódnak, körülöttük kommunikációs zárlat alakulhat ki, gondozásuk egyéni, közösségi és társadalmi feladatai sokszor megoldatlanok (Buda, 1994).

Ezek a folyamatok jelentős szerepet játszottak abban, hogy századunk hatvanas éveinek végén kialakult egy új interdiszciplináris tudományág, a tanatológia.¹ Ennek célja a haldoklás, a halál, a gyász elméleti és gyakorlati vonatkozásainak vizsgálata, és az ezzel kapcsolatos eredmények alkalmazása. Ezek közül jelen fejezet a haldoklás és a gyász pszichés folyamatait, a támasznyújtás lehetőségeit tekinti át.

5.9.1 A haldoklás pszichés folyamata²

5.9.1.1 A HALDOKLÁS SZAKASZAI

Haldoklókkal folytatott strukturált interjúi eredményeként *Elisabeth Kübler-Ross* (1988) a haldoklásnak öt psziché[^] szakaszát különítette el: *tagadás, düh, alku, depresszió, belenyugvás*. *Paul Sporken* (1989) megkülönbözteti még a tagadás fázisa előtt a *tudatlanság* és a *bizonytalanság* szakaszait is. A stádiumok főbb jellemzőit az 5.9.1. táblázat foglalja össze.

¹ A tanatológia elnevezése Thanatosz nevéből származik, aki az ókori görög mitológiában a halál megszemélyesítője volt.

² A haldoklás fogalma alatt itt a terminális stádiumot értjük, vagyis a gyógyíthatatlan betegségnek azt a szakaszát, amely beláthatóan rövid időn – kb. 1 éven – belül halálhoz vezet. A haldoklás fogalmával gyakran azonosított agónia („haláltusa”) csupán a terminális stádium utolsó óráinak, esetleg napjainak időtartamára vonatkozó kifejezés.

5.9.1. táblázat

A haldoklás pszichés stádiumai

Tudatlanság	A diagnózis eltitkolása a beteg elől, a hozzátartozók felvilágosítása: kommunikációs nehézségek az orvos és a beteg, illetve a beteg és a hozzátartozók között.
Bizonytalanság	Ambivalencia: az információk kutatása és elzárkózás az információk elől; kétség és remény, gyakori hangulatváltozások, szorongás.
Tagadás	A diagnózissal és a prognózissal kapcsolatos információk elhárítása. Nyílt formája: „Ez nem lehet igaz!” Reménykedés a vizsgálati anyagok vagy a leletek elterelésében, a betegség tüneteinek fel nem ismerése vagy bagatellizálása. Burkolt formája: fokozott aktivitás.
Düh	„Miért éppen velem történik ez?” „Miért engedi ezt meg az Isten?” „Miért nem mások halnának meg?” Agresszív, kritizáló, vádaskodó magatartás.
Alku	Az életút áttekintése. Bűntudat. Felajánlások a jövőre vonatkozóan (környezeténélcs Istennek egyaránt). Kooperábilis magatartás.
Depresszió	Reménytelenség, társadalmi visszahúzódás, pszichomotoros retardáltság, alvászavarok, szorongás. Az elveszített vagy korlátozott lehetőségek miatti depresszió, a haldoklással, halállal, túlvilággal kapcsolatos félelmek.
Belenyugvás	Fáradtság, gyengeség, a mindennapi eseményektől való elfordulás, a non-verbális kommunikáció előtérbe kerülése, a nyugalom igénye, a személyes hitnek megfelelő elvárások a halállal és a túlvilággal kapcsolatban, halálos ágyi víziók.

5.9.1.2 ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉSEK A HALDOKLÁS PSZICHÉS FOLYAMATÁHOZ

A közölt stádiumbeosztás tapasztalaton alapuló modell. A gyakorlatban nem mindenki éli át ezeket a szakaszokat. Egyes stádiumok kimaradhatnak, esetleg a haldokló visszajuthat egy korábban már átélt szakaszba, esetleg fixálódik a folyamat egyik szintjén. A szakaszok határai nem merevek - az előtérben álló szakasz jellemző jegyei mellett egyidejűleg megfigyelhetők az előző és a következő szakasz sajátosságai is. Többször tapasztalhatjuk, hogy a halált megelőző napokban a regresszió mélysége mágikus túlélési képzeteket kelt, s a haldokló újra a tagadás fázis-

sába jut, amelyet esetleg további szakaszok újbóli átélése követ (Kübler-Ross, 1988; Polcz, 1989; Knight, 1993). Bár Kübler-Ross elméletét több kritika is érte - például egyesek ezeket a reakciókat inkább különböző coping mechanizmusoknak tartják, amelyek izoláltak is megjelenhetnek (Benton, 1978), mások a félelem és a szorongás jelentőségének nem megfelelő hangsúlyozását bírálják (Buckman, 1994) -, a leírás mégis hasznos segítség lehet a haldoklók, sőt hozzátartozóik reakcióinak megértésében is. A hozzátartozók sokszor ugyanezekben a stádiumokon jutnak át, ám gyakori, hogy a haldoklóhoz képest fáziseltolódásban - legtöbbször fáziskésésben - vannak. A családtagok körében gyakrabban tapasztalhatjuk a fixálódást a tagadás és az alkudozás szakaszában, amely gyakran a beteg haláláig tart, s egyrészt kommunikációs nehézségeket kelthet a beteg és hozzátartozói között, másrészt szövődményes gyászfolyamatot alapozhat meg (Polcz, 1989).

5.9.1.3 HALDOKLÓ BETEGEK ÉS HOZZÁTARTOZÓIK PSZICHÉS GONDOZÁSA

A diagnózis közlésével kapcsolatban itt csupán néhány főbb szempontra hívhatjuk fel a figyelmet. Ezek szerint: az információkat fokozatosan, több találkozás alkalmával érdemes megosztani a beteggel. A beszélgetés során fel kell mérnünk a páciens eddigi ismereteit, a jövőre vonatkozó elképzeléseit, aktuális pszichés státusát - ezek szabhatják meg az információ mennyiségét és jellegét. Adjunk lehetőséget a - fentiek szempontjából is informatív - kérdések feltevésére. Válaszainkban feltétlenül nyújtunk reális reményt - arra alkalmas időpontban ismertetve például az életminőség javításának lehetőségeit (Muszbek, 1994; Nagy, 1994).

A haldokló betegek gondozásában elsősorban a rogersi személyközpontú pszichoterápia alkalmazása javasolható. Célunk az érzések kifejezésének és feldolgozásának támogatása, az életút áttekintése, a pozitív tulajdonságok megerősítése, a kapcsolatok áttekintése, a konfliktusok rendezésének és a kapcsolatok lezárásának, valamint a befejezetlen tennivalók elvégzésének támogatása. Hasznos és eredményes lehet emellett a relaxációs és a szimbólumterápiák (esetenként a hipnózis), a non-verbális, illetve kreatív terápiák alkalmazása is. Fontos, ám sokszor elhanyagolt feladat a családtagok támogatása, hozzátartozói csoportok szervezése (Knight, 1993).

5.9.2 A gyász pszichés folyamata

5.9.2.1 NORMÁLIS GYÁSZ

A normális és a patológiás gyászt először Freud (1917) különítette el „Gyász és melankólia” c. munkájában. A gyász feldolgozásának folyamatát jelző *gyászmunka?* kifejezést Lindemann (1944) alkotta meg klasszikussá vált, „Az akut gyász tünettana és kezelése” c. tanulmányában. Bowlby (1960) a gyermekkori gyász analízisével, Caplan (1964) a kríziselmélet rendszerének kidolgozásával fejlesztette tovább a gyással kapcsolatos ismereteinket.

A gyász a veszteség által kiváltott reakció, amely érzelmi, kognitív, magatartásbeli és kapcsolati változásokban, valamint szomatikus tünetekben nyilvánulhat meg. Jel-

legét, intenzitását és időtartamát befolyásolja az elhunyttal való kapcsolat jellege, a halál módja, a gyászoló életkora, alapszemélyisége, előzetes életeseményei (elsősorban a korábbi veszteségek), előzetes betegségei (különösen a depresszió), aktuális pszichés státusa (esetleges egyidejű krízishelyzetek), kulturális környezete, valóságossága, szociális kapcsolatrendszere (Parkes, 1972).

Ebből adódóan a gyász mindig egyéni. A gyász folyamatát jellemző leírások – s vele együtt a „normális gyász” fogalma is – így a statisztikai átlagot képviselő, didaktikus célú absztrakciónak tekinthetők. Ismeretük megkönnyíti a gyászolókat segítését, de nem pótolhatja az egyéni jellegzetességek figyelembevételét.

A gyász pszichés folyamatában négy szakasz különíthető el: *sokk*, *kontrollált fázis*, *regresszióadaptáció* (Spiegel, 1981), amelyeket hosszas haldoklás esetén megelőzhet az ún. *anticipátoros gyász* (Tindemann, 1944). Az egyes szakaszok jellemzőit az 5.9.2. táblázat foglalja össze.

5.9.2. táblázat

A gyász szakaszai*

Anticipátoros gyász	Életveszélyes helyzetben vagy állapotban lévő emberek (például háborúban részt vevő katonák, haldokló betegek) hozzátartozói már a haláleset előtt sokszor foglalkoznak a halál lehetőségével, s azzal, hogy ez, milyen hatást fog gyakorolni rájuk. Ez általában megkönnyíti a halál tényleges bekövetkezésének elviselését, de esetenként a haldokló és a hozzátartozó között olyan néfely, bensőséges kapcsolatot hozhat létre, amely nehezebbé is teheti a gyász feldolgozását.
Sokk	A halál hírének megtudásakor veszi kezdetét. Jellemzői: képtelenség a tiszta gondolkodásra, a koncentrálásra, a válaszadásra. Érzelmi bénultság, kiüresedtség érzése vagy az érzelmek kontrollálhatatlannak tűnő kavalkádjá. Gyakran tagadással szövődik: a hozzátartozó nem hiszi el a halál hírért, háritásának megerősítését kéri másoktól is. - Időtartama: néhány perctől napokig.
Kontrollált szakasz	A temetéssel kapcsolatos ügyintézés időszaka. Mintha más-sal történnének az események, a világ ködös, álomszerű/deperszonalizáció, derealizáció. Passzivitás vagy túlzott aktivitás. Érzékenység, ingerlékenység, bizalmatlanság, vádaskodás. - Időtartama: általában a temetésig, de - ha ennek időpontja elhúzódik - már korábban megjelenhetnek regresszív jegyek.
Regresszió	1. Érzelmek: megkönnyebbülés, szomorúság, magány, tehetetlenség, megsemmisültség, kiüresedtség, félelem, szorongás, depresszió, harag, bűntudat, önvádolás, ambivalencia.

5.9.2. táblázat folytatása

<p>Regresszió</p>	<p>2. Gondolkodás: Kontrollvesztés érzése, félelem a megőrléstől, tolakodó gondolatok, képek. Infantilis szintű regresszió: mágikus, onnipotens, szimplifikációs gondolkodás (például: a halott vissza fog térni valamilyen formában, „én vagyok felelős a haláláért, mert kívántam azt”⁵⁵, „a kezelőorvosa tehet mindenről” stb).</p> <p>3. Percepció: a halott jelenlétének átmeneti érzékelése illúziók, illetve rövid akusztikus vagy vizuális hallucinációk formájában.</p> <p>4. Magatartás: társadalmi visszahúzódottság, szórakozottság, döntésképtelenség vagy gyors döntések, ambivalencia, amely például a kereső és az elkerülő magatartás egyidejűségében nyilvánul meg. <i>(Kereső magatartás: vágyakozás az elhunyttal való együttlétre, például a halottal való belső párbeszéd, az álomban megjelenő halott valóságosnak érzékelése, az elhunytra jellemző magatartásformák és életstílus egyes elemeinek átvétele; elkerülő magatartás: az elhunyttól, illetve annak emléktől való félelem, például az elhunyttal kapcsolatos helyek, illetve a temető látogatásának kerülése).</i></p> <p>5. Testi tünetek: étvágytalanság, inszomnia, mellkasi szorítás, szájszárazság, gyengeség, energiátlanság, szédülés, a libidó csökkenése, teltségérzet, hasmenés vagy székrekedés, pseudoparkinsonos tünetek: a mozgások lelassulása, a mimika csökkenése. – Időtartama: általában hónapok.</p>
<p>Adaptáció</p>	<p>Az érzelmek intenzitásának csökkenése, a regresszió megszűnése, a testi tünetek fokozatos enyhülése. Az elhunyt már nem mint külső, létező, hanem mint belső alakra gondol. Fokozott kifelé fordulás, jövőre irányultság, a self-integritás érzése.</p>

5.9.2.2 SZÖVŐDMENYES GYÁSZ³

Pszichés folyamatoknál – s így a gyásznál is - a normalitás határainak definiálása nehéz feladat. Gyakorlati szempontból a normális gyászt az előzőkben jellemzett, az átlagost reprezentáló folyamattal jellemezhetjük. A gyász egyedisége miatt azonban annak bármely megnyilvánulása, illetve időtartama normálisnak tekinthető, ha

³ Ezt az elnevezést *Alan Wolfelt* (1991) ajánlja a patológiás, kóros, morbid, abnormális, diszfunkcionális stb. kifejezések helyett, mert ez a megjelölés nem stigmatizálja a gyászolót, és több reményt nyújt számára a feldolgozáshoz is.

azt mind a gyászoló, mind a környezete elfogadja, s a gyásznak e formája nem áll a háttérben olyan szomatikus vagy pszichés tünet(ek)nek, kapcsolati zavar(ok)nak, amelyek miatt a gyászoló segítséget kér vagy ellátásra szorulhat.

A szövődményes gyász gyakoriságát illetően nincsenek megbízható adataink, mert a különböző szerzők más és más tünetcsoportokat sorolnak ebbe a kategóriába. Munkahipotézist használva gyakoriságát a különböző rizikójú csoportokban 10–25%-nak találták (Zisook, 1995).

Szövődményes gyászra hajlamosító tényezők:

- Váratlan veszteség.
 - Túlságosan erős kötődés a halotthoz (dependencia).
 - Ambivalens érzések az elhunytal kapcsolatban.
 - Gyermekek, illetve fiatal halála.
 - Halmozott, illetve feldolgozatlan korábbi veszteségek.
 - A gyással egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek.
 - Hiányos szociális kapcsolatok.
 - A halál erőszakos úton következett be (például öngyilkosság vagy gyilkosság).
 - A túlélő olyan baleset következtében veszít el valakit, amelynek okozója maga volt.
 - Rossz testi vagy lelki egészség.
 - A gyászoló anamnézisében depresszió szerepel.
- (Nunn, 1988; Knight, 1993; Zisook, 1995).

A szövődményes gyász formái⁴:

- A gyász időtartamát tekintve: *krónikus gyász*.
- A gyász intenzitását tekintve: *bagntellizáció* vagy *hipertrofikusgyász*.
- A gyász megnyilvánulási formáját tekintve: *torzult gyász*.

Az egyes típusok főbb jellemzőit az 5.9.3. táblázat foglalja össze.

5.9.3. táblázat A szövődményes gyász formái*

1: Krónikus gyász	Elsősorban dependens kapcsolatok következménye. Akár éveken át perzisztáló anxietás, disztímia, a társadalmi interakciók beszűkülése, a halott idealizálása jellemzi. Gyakori a segítő magatartásforma, illetve ilyen foglalkozás választása. Háttérben valamilyen előny elérésére, pl: mások tiszteletének kivívására, kapcsolati problémák elfedésére stb. való tudattalan
-------------------	--

⁴ A beosztás a különböző szakirodalmi leírások didaktikus összefoglalásának és rendszerezésének kísérlete. A gyakorlatban azonban a szövődményes gyász különböző típusai kombinálódhatnak egymással.

5.9.3. táblázat folytatása

A szövődményes gyász formái*

1: Krónikus gyász	törekvés is állhat. Veszélye a gyász torzulása: a morbiditás, mortalitás növekedése, szuicídium. Végletes formája az ún. <i>mumifikáció</i> : a gyászoló az elhunyt szobáját sohasem rendezi át, valamennyi használati tárgyát megőrzi, étkezéseknél teríthet neki, éveken át belső párbeszédet folytathat vele.
2/A Bagatellizáció	Főleg akkor fordul elő, ha a gyászolót az elhunythoz ambivalens kapcsolat fűzi. Kezdetben a hozzátartozó megkönnyebbülést érezhet, a szorongás és a lehangoltság hiányozhat. A gyászoló igyekszik úgy élni tovább, mintha semmi sem történt volna. Gyakori az aktivitás fokozódása („most már az ő feladatait is nekem kell ellátnom”). Hárítja a halottról való beszélgetést, legfeljebb arról beszél, hogy ő maga milyen erős volt, milyen jól dolgozta fel a veszteséget. A tagadás hátterében sokszor harag és büntudat áll. A későbbiekben gyakran pszichoszomatikus tünetek jelentkeznek, gyakori az alkoholizmus.
2/B Hipertrofikus gyász	Általában hirtelen bekövetkező halálesetnél vagy gyermek halála esetén fordul elő. A gyászreakciók eleinte szokatlanul intenzívek lehetnek. A továbbiakban a gyászoló az erőteljes érzések elnyomására törekszik, így az előtérben sokszor csak a nagyfokú anxiétás, társadalmi visszahúzódság áll. A gyász lefolyása elhúzódó.
3. Torzult gyász	Általában több veszélyeztető tényező kölcsönhatásaként jelenik meg. 1. Szomatikus betegség reaktiválása vagy kiváltása (elsősorban ischaemiás szívbetegség vagy egyéb cardiovascularis betegség, pszichoszomatikus kórkép), fertőző betegségekre való fokozott fogékonyság. Mindezek – a balesetek és a szuicídium megnövekvő kockázatával együtt – felelősek lehetnek a gyászolók magasabb mortalitásáért. 2. Pszichiátriai kórképek reaktiválása vagy kiváltása: addiktív magatartásformák (alkohol-, cigaretta-, kábítószer- vagy drogabúzus, promiszkuitás), major depresszió, disszociatív reakciók, hypochondriázis, fóbia, pánik- vagy kényszerbetegség.

* Kast, 1995; Knight, 1993; Parkes, 1994; Ribár, 1990; Viedermann, 1994; Zisook, 1995.

5.9.2.3 A GYÁSZ ÉS A MAJOR DEPRESSZIÓ DIFFERENCIÁLÁSA

A gyász és a major depresszió elkülönítését megnehezítik a következők:

1. A gyász tünetei részben átfednek a major depresszió tüneteivel.
2. A gyász kiválthat major depressziós epizódot.
3. A gyász szövődhet major depresszióval.

A DSM-IV a gyász időszakában jelentkező major depresszió diagnózisának felállításához a következő **differenciáldiagnosztikai szempontokat** adja:

Normális gyász esetén:

- A gyászoló egyén depresszív hangulatát „normálisnak”⁵⁵ tekinti.
- A tünetek a halálesetet követő két hónapnál hosszabb ideig nem állnak fenn.
- Nem társulnak a következő tünetekkel: »
 - Bűntudat arra vonatkozóan, hogy mit tehetett volna meg az elhunytért és mit nem tett meg.
 - A halállal kapcsolatos gondolatok másként jelentkeznek, mint a túlélőknél általában, például neki kellett volna vagy neki is* kellett volna halnia.
 - Értéktelenség érzése.
 - Kifejezett pszichomotoros gátoltság.
 - Hosszas, jelentős funkciózavarok. *
 - Inkább hallucinátoros élmények, szemben azzal a gondolattal, hogy hallja az elhunyt hangját, vagy futólag látni véli az elhunyt képmását.⁵

A differenciálást tovább segítik a következő szempontok:

- A szövődménymentes gyász nem zárja ki az örömré való képességet.
- A gyászoló szuicid gondolatai passzívak.
- Depressziósok önvádálása inkább a meg nem tett dolgokra irányul, nem az elkövetettek (Viedermann, 1995).

5.9.3 Gyászolóknak pszichés gondozása

A legtöbb gyászolóknak családtagjai, barátai, ismerősei, esetleg lelkésze elegendő támogatást nyújt a gyász adaptív feldolgozásához. Ha a gyászoló további segítséget kér veszteségének feldolgozásához, szövődménymentes gyász esetében hasznos és eredményes lehet a laikus segítségnyújtás (önsegítő társulások, amelyek például közös programokat szerveznek, önsegítő csoportok, amelyek lehetnek differenciál-

⁵ Az első négy pontban említett tünetek a gyász különböző szakaszaiban átmenetileg normális körülmények között is megjelenhetnek. A major depresszió diagnózisának felállításához tehát a klinikusnak mérlegelnie kell a tünetek fennállásának időtartamát, intenzitását és a társuló tüneteket is.

tak a veszteség formájától függően is, például: özvegyek, perinatalis gyászban lévő vagy gyermeküket elveszített anyák csoportjai stb.).

Szövődménymentes folyamat esetében a gyászoló kérésére lehetséges, szövődményes gyásznál szükséges a professzionális segítség, amelyet érdemes felajánlani a veszélyeztetett csoportba tartozó gyászolóknak is. A gyászolók gondozásában használt pszichoterápiák általános jellemzői, hogy legtöbbször tartalmaznak egy edukatív komponenst a gyász folyamatával kapcsolatban, támogatják az érzelmek kifejezését (például felidéző technikával: levél írása a halottnak, szerepjáték, fényképek megnézése stb.), elősegítik a halotthoz fűződő új viszony kialakítását, valamint segítséget nyújtanak a gyászoló új identitásának kialakításában, világgépének reorganizálásában. A leggyakrabban alkalmazott pszichoterápiás módszerek: egyéni pszichoterápia (krízisintervenció, rövid dinamikus pszichoterápia, hipnoterápia), családterápia, csoportterápia (például pszichodráma), kiegészítésként például relaxáció, kreatív terápiák, zeneterápia stb. (Nunn, 1988; Zisook, 1995; Devan, 1993).

A depresszív tüneteket enyhébb esetben pszichoterápiásán (interpersionális vagy kognitív-behaviour terápiával), major depresszió esetén antidepresszáns és pszichoterápia egyidejű alkalmazásával kezelhetjük.

Az anxiolitikumok és altatók rutinszerű alkalmazása nem javallott, de ha a gyászoló folyamatosan kifejezi anxietását, inszomniája perzisztál, s ezek miatt kognitív folyamatai és életvitele is diszfunkcionálissá válik, e szerek használata humánus és indokolt. A szorongás és az álmatlanság azonban jelezhet lárváit depressziót is, ezért a kezelés megkezdése előtt a klinikusnak értékelnie kell a szövődő panaszokat, illetve tüneteket is (Zisook, 1995).

IRODALOM

- Benton R*: Death and Dying. Van Nostrand Reinhold Company, New York, 1978.
- Bowlby J*: Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. Psychoanalytic Study of the Child 15:9, 1960.
- Buckman R*: Communication in Palliative Care: a Practical Guide. In: Doyle D, Hanks GW, Macdonald N (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 1994.
- Buda B*: A halál és a haldoklás szociálpszichológiai jelenségei In: Buda B: Fejezetek az orvosi szociológia és társasléktan tárgyköréből. Támasz Alapítvány, Budapest, 1994.
- Caplan G*: Principles of Preventive Psychiatry. New York, Basic Book, 1964.
- Devan GS*: Management of Grief. Singapore Med J, 34:445, 1993.
- A DSM-IV diagnosztikai kritériumai*. Animula, Budapest, 1995.
- Freud S*: Mourning and Melancholia. 1917. In: Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 14, Hogart Press, London, 1957.
- Kast V*: A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei, (ford: Mérei Vera), T-Twins Kiadó, Budapest, 1995.
- Knight C, BarthelH*: Quality Hospice Care. A Hospice Staff Training Manual. EMBI Inc., Texas, 1993.
- Kübler-Ross E*: A halál és a hozzá vezető út. (ford: Blasszauer Béla), Gondolat, Budapest, 1988.
- Lindemann E*: Symptomatology and Management of Acute Grief. Am J Psychiatry 101:141, 1944.

- Muszbek K:* Kommunikáció orvos és beteg között. A diagnózis közlésének dilemmái. In: Hegedűs K (szerk): Halálközeiben. A haldokló és a halál méltóságáért. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1994.
- Nagy ZsA:* A terminális állapot diagnózisának közlése és a saját halálhoz való viszony. *Lege Artis Medicinae* 4:694, 1994.
- Nunn K:* Counselling the Bereaved. *Journal of Social Issues* 44:191, 1988.
- Parkes CM:* Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. International Universities Press, New York, 1972.
- Parkes CM:* Bereavement. In: Doyle D, Hanks GW, Macdonald N (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 1994.
- PolczA:* A halál iskolája. Magvető, Budapest, 1989.
- RibdrJ:* Gyászoló lelkipozíciója. In: Jelenits I, Tomcsányi T (szerk): Egymás között egymásért. Híd Családsegítő Központ, Szeged, 1990.
- Spiegel T:* Der Prozess des Trauerns, Analyse und Beratung. 4. Auf, Kaiser-Grünwald, München, 1981.
- SporckenP:* Haldoklókkal való bánásmód. In: Szőnyi M, Túry F (szerk): Orvosi pszichológiai szöveggyűjtemény II. DOTE, Debrecen, 1989.
- ViedermannM:* Grief: Normal and Pathological Variants. *Am J Psychiatry* 152:1, 1995.
- Wolfelt A:* Toward an Understanding of Complicated Grief: A Comprehensive Overview. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*. March/April:28, 1991.
- Zisook S:* Death, Dying and Bereavement. In: Kaplan HF, Sadock BJ (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6. ed, Williams and Wilkins, Baltimore, 1995.