

A spiritualitás megjelenése a pszichoterapeuták képzésében,
szakmai kapcsolataiban és a lelkivezetőkkel való
együttműködésükben

Doktori értekezés

Jáki Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezetők: Dr. Tomcsányi Teodóra CSc, professor emerita
Dr. Ittzés András PhD, egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Túry Ferenc CSc, egyetemi tanár
Dr. Papp Miklós PhD, főiskolai docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. habil. Hegedűs Katalin CSc, egyetemi
docens

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Balog Piroska PhD, egyetemi adjunktus
Dr. Rosta Gergely PhD, egyetemi docens

Budapest, 2019

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	5
1.1. Társadalmi háttér folyamatok	6
1.1.1. A vallásgyakorlás helyzete a diktatúra első időszakában (1948–1956).....	7
1.1.2. A pszichoterápia helyzete a diktatúra első időszakában (1948–1956).....	8
1.1.3. A vallásgyakorlás helyzete 1956 után	9
1.1.4. A pszichoterápia helyzete 1956 után.....	10
1.1.5. A vallásgyakorlás helyzete a rendszerváltást követően	13
1.1.6. A pszichoterápia helyzete és a magyar népesség lelkiállapota a rendszerváltást követően	15
1.2. Kulcsfogalmak különböző értelmezései	17
1.2.1. Spiritualitás és vallás.....	17
1.2.2. Lelkivezetés.....	19
1.2.3. Lelkigondozás	22
1.2.4. Pszichoterápia.....	26
1.3. A lelkivezetés, a lelkigondozás és a pszichoterápia kapcsolódási pontjai.....	28
1.3.1. A lelkivezetés és a lelkigondozás története a kezdetektől.....	28
1.3.2. A lelkivezetés és lelkigondozás napjainkban	31
1.3.3. Együttműködés a lelkivezetés, a lelkigondozás és a pszichoterápia között..	32
1.4. Pszichoterápia és spiritualitás	37
1.4.1. A pszichoterápia és spiritualitás közös története.....	38
1.4.2. Magyarországi kezdeményezések	43
1.4.3. A spiritualitás pszichoterápiás jelentősége – kutatási irányok.....	45
1.4.4. Integrációs modellek a pszichoterápia és a spiritualitás vonatkozásában	49
1.5. Pszichoterápiás képzés és spiritualitás.....	52
1.5.1. A képzésre vonatkozó igény	52
1.5.2. A szükséges kompetenciák meghatározása.....	53
1.5.3. Pszichoterápiás képzés és spiritualitás – nemzetközi tapasztalatok.....	56
1.5.4. Pszichoterápiás képzés és spiritualitás – magyarországi vonatkozások.....	58
2. Célkitűzések	60
3. Módszerek	62

3.1. A minta	62
3.2. Eszközök és adatgyűjtés	63
3.3. Etikai szempontok.....	65
3.4. A kutatócsoport.....	65
3.5. Az elemzés módszere – a Grounded Theory	66
3.6. Kvalitatív érvényesség, trianguláció	67
3.7. A GT alkalmazása a kutatás során	68
4. Eredmények	73
4.1. Első kódfa: A spiritualitás témája a pszichoterapeuták közti szakmai kapcsolatokban.....	74
4.1.1. Első szelektív kód: A pszichoterapeuta a képzése során kevés ismeretanyagot kapott a spiritualitás tárgykörében	74
4.1.2. Második szelektív kód: A spiritualitás témájának megjelenése a szakmai fórumokon hiányos vagy konfliktusos	78
4.1.3. Harmadik szelektív kód: Szakmai kapcsolatokban megjelenik a spiritualitás témája	83
4.2. Második kódfa: A lelkivezetővel való együttműködés.....	89
4.2.1. Első szelektív kód: A pszichoterapeuta nem működik együtt a lelkivezetővel	89
4.2.2. Második szelektív kód: Pszichoterapeuta és lelkivezető kapcsolatfelvétel nélkül, párhuzamosan dolgoznak a pácienssel	102
4.2.3. Harmadik szelektív kód: A pszichoterapeuta kapcsolatban van a lelkivezetővel, lelkigondozóval.....	108
4.2.4. Negyedik szelektív kód: A pszichoterapeuta értékeli a lelkivezetővel való együttműködés tapasztalatait.....	117
5. Megbeszélés	125
6. Következtetések.....	134
7. Összefoglalás	136
8. Summary.....	137
9. Irodalomjegyzék	138
10. Saját publikációk jegyzéke	148
11. Köszönetnyilvánítás	150
Mellékletek	151

1. melléklet: Vezérfonal a pszichoterápiás munka és a spiritualitás kapcsolatát feltáró, félig strukturált interjúhoz	151
2. melléklet: Interjú-vezérfonal – Lelkivezetővel való együttműködés.....	157
3. melléklet: I. KÓDFA: A spiritualitás megjelenése a pszichoterapeuták közötti szakmai kapcsolatokban.....	163
4. melléklet: II. KÓDFA: A lelkivezetővel való együttműködés.....	165

1. BEVEZETÉS

Doktori munkámban a spiritualitással kapcsolatos szakmai együttműködések feltérképezésére, mélyebb megértésére vállalkozom, mind a pszichoterápiás szakmán belül, mind a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködésben.

A bevezető fejezetben elméleti áttekintést nyújtok a pszichoterápia és spiritualitás, lelkivezetés, lelkigondozás, illetve a kapcsolódó szakmák közti együttműködés kérdéseiről, a társadalmi háttér folyamatokra való reflexió kíséretében.

Maga a bevezető rész elméleti összegző munka. Átível történeti szempontokon és a jelenen, az európai és amerikai gyakorlat összevetésén, a vallás és pszichoterápia viszonyán, a protestáns és katolikus gyakorlatban megjelenő szempontokon. Ezen a széles palettán kívánja elhelyezni a kiemelt szakterületeken a spiritualitás megjelenését. Az összegzés számomra is felfedezőutat jelentett. A szakirodalmi tájékozódás alapján az a benyomásom, hogy az ilyen sok szempontot megragadó áttekintő munka hiánypótló, hiszen jellemzően csak egy-egy szempont, irányzat vagy egy-egy országon belüli gyakorlat összehasonlítására vállalkoznak az írók. Természetesen magam is a teljesség igénye nélkül vázolom a disszertáció szempontjából fontosnak ítélt előzményeket, irányzatokat. A dolgozat lehetséges maximális terjedelme ebben határt is jelentett. Csupán a disszertáció témájához közvetlenül kapcsolódó, általam fontosnak ítélt szempontok bemutatására szorítkoztam. Így a közvetetten kapcsolódó, de fontos szakmai kezdeményezések nem kaptak helyet tanulmányomban. Többek között nem foglalkoztam a magyarországi kórházi lelkigondozói hálózat bemutatásával (Tésenyi 2018), a lelkigondozói műhelyek együttműködésével, a történeti áttekintés további fejezeteivel.

A disszertáció empirikus részében egy kvalitatív kutatást mutatok be. Magyarországi pszichoterapeutákkal készített interjúkat elemzek a megalapozott elmélet módszerének segítségével. A kutatás szorosan kapcsolódik ahhoz a spiritualitáskutatáshoz, melyet a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének munkacsoportja vitt végig egyik témavezetőm, Tomcsányi Teodóra vezetésével, intézeti és külsős munkatársak, köztük másik témavezetőm, Ittész András együttműködésével. A korábbi tágabb kutatás témája a spiritualitás volt a pszichoterápiában. Ehhez kapcsolódik a jelen disszertációban bemutatandó munka, amelynek témája a spiritualitás helye a szakmai kapcsolattartásban. Az eredményekben egymáshoz kapcsolódóan, de

külön (kódfában) mutatom be a spiritualitás megjelenését a pszichoterápiás szakma fórumain, illetve a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködés kérdéseit. Az eredmények értelmezése továbbvezet a jövőbeni fejlődési lehetőségek és kutatási irányok megfogalmazásához.

A disszertáció megírása során az egyes szakterületek mélyebben megérthetővé lettek számomra, a köztük levő viszony pedig kitapinthatóbbá, érzékelhetőbbé vált. Klinikai szakpszichológusként és teológiai végzettségű szakemberként magam is keresem az említett szakmák metszéspontját, együttműködési lehetőségeit. Az Antropos Mentálhigiénés Módszertani Központ koordinátoraként napi szinten találkozom azokkal a kérdésekkel, melyeket a dolgozat is tárgyal, hiszen sokszor lelkigondozást, lelkivezetést vagy pszichoterápiát keresve fordulnak hozzánk kliensek. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Karához tartozó Mentálhigiéné Intézet lelkigondozói szakirányú továbbképzésének oktatójaként pedig a képződő lelkigondozók eseteit kísérve szembesülök a kompetenciahatárok kérdésével, szakmai dilemmákkal és az együttműködés kérdéseivel. A disszertáció szakmai önreflexiómban is segített, és reményeim szerint majd másokat is segíthet.

1.1. Társadalmi háttér folyamatok

A pszichoterapeuták szakmai kapcsolataiban, együttműködésében megjelenő spiritualitás kérdéskörét vizsgálva fontos reflektálni azokra a társadalmi háttér folyamatokra, melyek mind a vallás, mind a pszichoterápia elfogadottságát, megítélését évtizedeken keresztül befolyásolták hazánkban. Az 1948-ban kezdődő diktatúra időszakában mind a vallással, mind a pszichoterápiával kapcsolatos témák megjelenése akadályoztatva volt. Nem illeszkedtek a kommunizmus ideológiájához, ahogy azt a későbbiekben bemutatom. Mindez megakasztotta, sajátos útra terelte mindkét terület fejlődését. A két világháború közti időszakban még mind a vallási, mind a pszichoterápiás szakmai élet fejlődött, sőt átszötte a társadalom mindennapjait. A vallásos kisközösségek, egyesületek elérték a legtöbb korosztályt és társadalmi réteget, az aktív bekapcsolódás lehetőségét kínálva. A pszichoterápiás kultúra pedig kezdte áthatni a szépirodalmat, a művészeteket, az általános műveltség részévé is válva. Magyarországon például nemzetközi viszonylatban is elismert pszichoanalitikus műhely működött. A „budapesti iskola” működését olyan nevek fémjelezték, mint Bálint

Mihály, Hermann Imre, Ferenczi Sándor, aki a világon elsőként kapott professzori címet a pszichoanalízis tudományterületén (Buda és mtsai 2009).

Ez volt az előzménye annak a sajátos, sokszor földalatti fejlődésnek, a fennmaradásért való küzdelemnek mind a pszichoterápia, mind a vallás vonatkozásában, amelyet a továbbiakban korszakokra bontva mutatok be.

1.1.1. A vallásgyakorlás helyzete a diktatúra első időszakában (1948–1956)

A második világháborút hamarosan a diktatúra időszaka követte, melyre jellemző volt a szembehelyezkedés mind a vallással, mind a pszichoterápiával. Az állam részéről nyílt vallásüldözés kezdődött, mellyel az egyházak az 1948–1956-os időszakban alapvetően konfrontálódtak (Bögre 2004). „A kizárólagosnak deklarált kommunista, illetve szocialista ideológiával mindenki automatikusan szembekerült, a fennálló rend ellenségévé vált, aki valami másban hitt. Így az egyházak már pusztán létükkel is az ellentétes pólust képviselték, szimpatizánsaik pedig, vagyis a vallásos emberek politikailag megbízhatatlannak minősültek” (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005, 219). Az üldözés nemcsak az egyéneket, hanem a szerveződéseket is elérte: 1946-ban betiltották a vallásos egyesületeket, összesen 7522 hitbuzgalmi egyesületet 708 ezer taggal. Az egyházi iskolák többségét államosították. 1948-ban vette kezdetét a kiterjedtebb egyházüldözés: december 26-án tartóztatták le Mindszenty József bíborost, és koncepció eljárás kezdődött ellene. Még ez előtt aláírta az állam és az egyház közti megállapodást a református, az evangélikus, az unitárius és az izraelita felekezet, a katolikus egyház azonban további két és fél évig ellenállt. 1950. június 7. és 19. között a 11 ezer¹ hazai szerzetesből háromezer főt internáltak. 1950 augusztusában létrehozták a papi békemozgalmat (Bögre 2004). Más kelet-közép-európai országokhoz² hasonlóan az állam és az egyház kapcsolatát az egyházak társadalmi befolyása, a történelmi hagyományok és a Vatikán keleti politikája együttesen befolyásolta. Az 1939 és 1958 közötti pápa, XII. Piusz kommunistaellenes politikát folytatott, fenytéssel sújtva a kompromisszumra hajlandó egyházi csoportokat (például békepapi mozgalom).

¹A 2014. december 31-i KSH-adatok szerint hazánkban a szerzetesek száma 1606 fő volt. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/szerzetesek.pdf>

²Érdekességképp említem, hogy Lengyelország volt az egyetlen kelet-közép-európai ország, ahol a vallásgyakorlás ebben az időszakban is a társadalmi nyilvánosság előtt folyhatott. A nemzeti és vallási szimbólumok oly mértékben összefonódtak Lengyelország története során, hogy ezt a kommunista hatalom sem tudta szétválasztani, megtörni (Bögre 2004, Aleksandrowicz 2009). Ennek hatása a mai napig érzékelhető.

Magyarországon a szocializmus hatásaként elvallástalanodás volt tapasztalható. Az államhatalom visszaszorította, szinte csak az istentiszteletre korlátozta az egyházszerkezet működését. Megakadályozta az egyház intézményes részvételét a nevelésben, a vallási szocializációban, a hit továbbadásában és a közösség ápolásában (Tomka 2007). A vallásos emberek sérülései, gátlásai áthagyományozódtak (félelem a nyílt vallásgyakorlástól, annak magánügyként való kezelése, a társadalmi ranglétrán való felemelkedés lehetőségének hiánya a hátrányos megkülönböztetés miatt: például a felelős munkahelyi pozíciók betöltésének és a továbbtanulási lehetőségeknek a korlátozása). Az érintettek különféle magatartási stratégiákkal reagáltak a veszélyekre és a hátrányos megkülönböztetésre. Voltak, akik a nyilvánosság előtt is kitarítottak vallásos felfogásuk mellett, vállalva ennek összes hátrányát. Olyan réteg is volt, amelynek vallásosságát a politikai rendszer nem közvetlenül üldözte: a társadalmi mobilitásból kimaradó emberek marginális pozíciója miatt ennek kisebb volt a jelentősége. Voltak továbbá, akik egyensúlyozni próbáltak, mások számára pedig a személyes karrier fontosabbnak bizonyult a vallásosságnál (Bögre 2004). A személyes történetek az egész társadalmat átszöttek, hatásuk transzgenerációs továbbadódott.

1.1.2. A pszichoterápia helyzete a diktatúra első időszakában (1948–1956)

A diktatúra időszaka a pszichoterápia fejlődését is megtörte. „A szocializmus az 1950-es évek elején ideológiai alapon tagadta a pszichiátria és a pszichoterápia létjogosultságát és szükségességét, mivel azt vallotta, hogy az idesorolható betegségek csupán az osztálytársadalom hibáinak következményei, és annak megszűntével el fognak tűnni. A második világháborút követően megerősödött, diktatórikus beállítottságúvá vált marxista rendszer csekély számú kivételtől eltekintve egyre nagyobb gyanakvással, sőt ellenségesen tekintett a pszichoanalízisre, és céljául tűzte ki, hogy megsemmisítse” (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005, 217). A pszichoanalízis azért is jelenthetett fenyegetést a rendszer számára, mivel az egyén autonómiájának elősegítésére helyezte a hangsúlyt, ami önmagában is ellentmondott a szocialista eszménynek. A háború után egy ideig nem érte direkt fenyegetés, üldözés a pszichoanalitikus szakembereket, mivel sokan közülük a nácizmus túlélői, áldozatai voltak, így az antifasizmus jegyében a kommunista rendszer nem támadta őket. E türelmi idő azonban nem tartott sokáig, megkezdődött a nyílt konfrontáció. Azonban a

pszichológia és a pszichoterápia a háború előtt már oly mértékben begyökerezett a társadalomba, hogy a diktatúra nem tudta teljesen kipusztítani őket (Buda és mtsai 2009). A szakma elsősorban magánpraxisok keretében, „föld alatt” élt tovább. Voltak, akik nyíltan vállalták a rendszer által elvárt, erőltetett irányvonalakat, és titokban próbáltak átmenteni valamit eltérő szakmai meggyőződésükből, gyakorlatukból. Ez persze később akaratlanul is befolyásolta gondolkodásukat. Az ötvenes–hatvanas években a párttagság különösen is fontos volt, ezért több pszichoterapeuta csatlakozott a kommunista párthoz. Akik ezt az utat választották, esetenként arra is lehetőséget kaptak, hogy pszichoterápiás műhelyeket szervezzenek. Mások épp a párthoz csatlakozás megtagadásával demonstrálták meggyőződésüket (Buda és mtsai 2009).

1.1.3. A vallásgyakorlás helyzete 1956 után

Az 1956-os forradalmat követően, a hatvanas–hetvenes években az enyhülés időszaka következett. Ez kedvezően hatott mind a vallásgyakorlat, mind a pszichoterápiás szakmai élet szempontjából, ha illegalitásban is, de „megtűrten” némileg fokozódhatott az aktivitás.

1956-ot követően a Kádár-rendszer egyházpolitikája sok tekintetben eltért a korábitól. „Szinleg hangsúlyozta az egyházak és az állam közti jó viszonyt, korlátozott jogokat biztosított számukra, de mindent elkövetett, hogy elszigetelje, »gettósítsa« őket. Ez azt jelenti, hogy az egyházaknak ki kellett vonulniuk a társadalomból, beszorulva a templomokba. A papság elszigetelésére irányuló erőfeszítéseket azzal is igyekeztek tetézni, hogy mindent elkövettek a papság és a hívők szembeállítására, például olyan látszatot keltve, hogy a papság egy része kiegyezett a pártállammal. Az Állami Egyházügyi Hivatal beleszólási és ellenőrzési jogkörrel bírt az egyházi szervezet fölött. A »formális« egyház működésének ellehetetlenítése a »földalatti« egyház kiépüléséhez vezetett: egy decentralizáltabb, informálisabb, kevésbé intézményesült, aktívabb részvétellel jellemezhető, demokratikusabb vallási szervezet alakult ki” (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005, 220). A Vatikán politikája is változott ebben az időszakban. XXIII. János pápa (1958–1963) nem a nyílt konfrontáció, hanem a „terror egyensúlyának” útját tartotta követendőnek: jónak látta a kapcsolatfelvétel kezdeményezését a vasfüggöny mögötti országok vezetőivel. Utóda, VI. Pál (1963–1978), aki elsőrendű diplomata volt, folytatta ezt a politikát. A Szentszék és a magyar

állam között 1964-ben részleges megegyezés született. Ez egyrészt jogokat biztosított a vallási élet számára, másrészt viszont azt a látszatot keltette, mintha Magyarországon vallásszabadság lenne, s ez mintegy „legalizálta” a Kádár-rendszert. Valójában az egyházüldözés ebben az időszakban is folytatódott, csak enyhült. Például az 1958/59-es tanévben a Központi Szeminárium 98 papnövendéke közül 82 főt kizártak, mert megtagadták a békegyűlésen való részvételt (Bögre 2004).

Mindszenty 1971-ben hagyta el az országot; 1956-tól, a börtönből való szabadulását követően az amerikai követségen kapott menedékjogot. 1977-ben VI. Pál pápa fogadta Kádár Jánost (Bögre 2004, Csáky-Pallavicini és mtsai 2005). A „terror egyensúlyára” törekvő hazai és nemzetközi egyházpolitika hatása egy kettősséggel jellemezhető. A hetvenes évek végén már több mint ezerre lehetett becsülni a keresztény kisközösségek, és százezerre az azokban együttműködők számát. Paradox módon a pártállam egyházellenes harca még erősítette is a növekedési folyamatot: olyan politikai és mindennapi jelentőséget kölcsönzött a vallásnak, amellyel az (nyugat-európai tapasztalatok szerint) önmagától már csak kevéssé rendelkezett volna (Tomka 2007). Ugyanakkor az is igaz, hogy „a diktatúra időszakában ezek a közösségek a vallásos embereknek csupán a töredékét voltak képesek integrálni. A többiek számára maradt a »titkolt« vagy »magán«-vallásosság, jó esetben a családon belüli vallási élet, esetleg az egyházi szertartások látogatása, rosszabb esetben csupán belsőleg megélt – s közösségi dimenziójától és fejlődési lehetőségeitől megfosztva elhaló – vallásosság” (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005, 220).

1.1.4. A pszichoterápia helyzete 1956 után

A Kádár-féle diktatúra puhulása változásokat hozott, illetve tett lehetővé a mentálhigiéné szempontjából fontos több területen, így a pszichiátria és a pszichoterápia terén is. Az egészségügyi ellátórendszer központosítása kedvező változásokat eredményezett. A területi egészségügyi ellátás kialakítása a körzeti orvosi rendszer létrehozásán túl az ideggondozó intézetek hálózatának megszervezését is lehetővé tette. Ennek a rendszernek az volt a célja, hogy ne csak akkor részesüljön ellátásban a beteg, ha önként jelentkezik, hanem ha betegsége természetéből kifolyólag hosszú ideig rendszeres kezelésre, ellenőrzésre szorul, időről időre maga az ideggondozó küldjön behívót számára, hogy jelenjen meg felülvizsgálaton. Egy kerületi ideggondozó

továbbfejlesztésével Paneth Gábor (1969, 1972) ebben az időszakban hozta létre az első hazai mentálhigiénés ellátóintézetet, ahol a lelki zavarok minden formájával foglalkoztak. A politikai centralizáció e tekintetben tehát kedvezően hatott az ellátórendszer fejlődésére, hiszen Nyugat-Európában ugyanebben az időszakban nem voltak az ideggondozó intézetekhez hasonló, területi elven működő, komplex ellátást biztosító intézmények (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005). További fontos fejlődés volt a „Pszichoterápiás Hétvégek” indulása a hetvenes évektől. Itt főként csoportmódszerekből szerezhettek saját élményt az érdeklődők (Harmatta 2006a, 2006b). Az egyetemi pszichológusképzésben is változások indultak el, bár sokáig csak az elméleti előadások váltak hozzáférhetővé, a gyakorlati stúdiumok engedélyezése váratott magára. Gyakorlati ismereteket sokáig a hivatalos kereteken kívül, informális úton lehetett megszerezni (Buda és mtsai 2009). A hetvenes évek végére a pszichoterápia elfogadottá vált. Pszichoterápiás osztályok nyílhattak, a magánpraxisok pedig – főként az orvosi alapvégzettségű pszichoterapeuták körében – továbbra is működhettek. Ezzel együtt a pszichoterápiás szakma továbbra is „megfigyelés alatt” állt. Harmatta János visszaemlékezésében beszámol arról, hogyan zajlott a páciensek beszerzése, miként jutott tudomására, hogy egy páciensét rávették, jelentsen róla, és ennek tudatában kollégáival hogyan próbálták biztosítani a maguk és pácienseik védelmét (Buda és mtsai 2009). „Nagyon óvatosan szabadott csak a tabukról beszélnünk. A határok definiálatlanok voltak, de ösztönösen tudtuk, hogy hol vannak. Az olyan témák, mint például az ideológia, vallás, sőt akár a baloldali politikai beállítódás jobban rejtve maradtak, mint például a szexualitás vagy akár a perverziók intim világa”³ (Harmatta János in Buda és mtsai 2009, 87).

A diktatúra utolsó időszakában, 1980-ban függetlenedhetett a pszichiátria a neurológiától. Ekkor alakult meg a Magyar Pszichiátriai Társaság, mely később csatlakozott a WPA-hoz (World Psychiatric Association) (Buda és mtsai 2009).

Más kelet-közép-európai országokhoz képest Magyarország helyzete abban volt speciális, hogy a háború előtti időszak termékenységének köszönhetően (vö. budapesti iskola) a pszichológiai, pszichoterápiás gondolkodásmód nemcsak szakmai körökben,

³ „We had to be very very careful when speaking of taboos. The borderlines were undefinied, but we instinctively knew where they lay. Issues such as ideology, religion, and even Leftish political positions remained more hidden than 'intimate' areas such as sexuality or even perversions. These topics were completely separated for many patients, while at the same time they frequently held opposing opinions. In this sense, we can certainly speak of people with multiple identities.”

hanem a társadalmi gondolkodásban is (például a szépirodalomban) áthagyományozódott valamelyest. A pszichoterápiát tekintve az egyes országok fejlődése különbözött egymástól: helyenként teljesen ellehetetlenült, például Romániában, másutt viszont, ha korlátozottan is, legalább néhány irányzat megmaradhatott, működhetett, például Csehországban és Lengyelországban. A szocializmus által elfogadottabb irányzatok közé tartozott a pavlovi pszichológián túl a csoport-pszichoterápiás megközelítés, melyet könnyebben lehetett összhangba hozni a „kollektivista” gondolkodásmóddal (Motl és mtsai 2015, Aleksandrowicz 2009, Tudose és Tudose 2012, Buda és mtsai 2009).

A rendszer egyre inkább rá is szorult a mentális egészségtudományok fejlődésére, hiszen a társadalomban egyre gyakoribbá váltak a deviáns viselkedésformák. Magyarországon a nyolcvanas években kezdődhettek el azok a felmérések, melyek a társadalomban jelentkező problémák feltárására vállalkoztak. Ezek közül az 1981-ben Társadalmi Beilleszkedési Zavarok néven elindított középtávú devianciakutatás volt a legjelentősebb. Tulajdonképpen ekkor ismerte el először a hatalom, hogy bizonyos társadalmi problémák (alkohol, drog, öngyilkosság) megoldására nem képes (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005). A magyar öngyilkossági arányszám a hatvanas évekre sajnos a világon a legmagasabb lett. 1954-től 1984-ig folyamatosan növekedett a százezer lakosra jutó öngyilkosságok száma 17,7-ről 45,9-re. Utóbbi 50%-kal volt magasabb, mint az akkori „második helyezett” Svédországé. Az alkoholizmus és a vele összefüggő betegségek (májcirózis) előfordulási aránya szintén jelentős növekedést mutatott: 1980-ra az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás 11,7 literre nőtt hazánkban (Török 2003). 1950-hez képest ez közel két és félszeres növekedést jelent (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005). A szociális kapcsolati háló is jelentősen károsodott. Az Európai Értékrend Kutatás adatai szerint 1981-ben a megkérdezett európai országok népei közül a magyarok igényelték a legkevesebb barátokkal töltött időt, saját megítélésük szerint kevésbé számíthattak érzelmi támogatásra a közeli családtagoktól, rokonoktól, és a legmagasabb volt az egygyermekes családok aránya (Török 2003). Az átlagos élettartam csökkent, főképp a férfiak körében, a szívinfarktusból és más keringési betegségekben elhunytak száma pedig nőtt – először az 1956 és 1960 közötti időszakban ugrott meg (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005). Fontos megjegyezni, hogy a mortalitási mutatókban a szívinfarktus, illetve a szívbetegségek miatti halálozás, az

öngyilkosság, az alkoholizmus, illetve a májbetegségek mutatják a leginkább az egyes országok közti különbségeket a pszichés érintettséget illetően (Daróczy és Kovács 2004). Például a halandóság 1984 előtti növekedése hazánkban, Lengyelországban, Lettországban és Oroszországban kimutathatóan két fő tényező együttes hatásának következménye: a szív- és érrendszeri betegségek, valamint az erőszakos eredetű és az alkohollal összefüggésbe hozható halálozások szaporodásáé (Daróczy és Kovács 2004). Andorka Rudolf az anómia, az értékvesztés, a céltalanság jelentőségét hangsúlyozta a magyar népesség testi-lelki bajainak hátterében. Az anómia a céltalanság és irányvesztés érzése. Azt a meggyőződést jelenti, hogy egy adott társadalomban csak a szabályok és törvények megszegésével lehet eredményt elérni. Olyan helyzetekre utal, amikor a társadalmi normák már nem tudják irányítani az emberek viselkedését. Az anómiás lelkiállapot a társadalmi tőke, a bizalom és a kölcsönösség igen súlyos hiányával jár együtt. A bizonytalanság, a kontrollvesztés érzése pedig a krónikus stressz egyik legfontosabb összetevője (Kopp 2007).

1.1.5. A vallásgyakorlás helyzete a rendszerváltást követően

A rendszerváltással a társadalomra szinte egyik napról a másikra „részakadt” a szabadság. A sok ismeretlen kihívás, melynek kezelésére az emberek nem voltak felkészülve, válságtünetekhez vezetett. A házassági kedv csökkent, a tradicionális családi értékek háttérbe szorultak a fiatalok életében. Az ezer lakosra jutó elveszületések száma 1980 és 2001 között 31%-kal csökkent (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005). A rendszerváltás korábban rejtett társadalmi problémákat is felszínre hozott. 1982 és 1992 között 10%-ról 25%-ra növekedett a szegénységi küszöb alatt élők aránya. Ez a változás leginkább két tényezővel hozható összefüggésbe: a valós munkanélküliség megjelenésével és az inflációval (Török 2003). „A diktatúra évtizedei meggyengítették az emberek azon képességeit, melyek a talpra álláshoz kellettek volna, s részben eltüntették azokat a vallás, értékek és emberi közösségek által nyújtott kapaszkodókat, melyek biztonságot adhattak volna. [...] Az individuumok immunitás nélkül szembesültek a korlátlanul rájuk zúduló áruk, eszmék, világnézetek kínálatával” (Csáky-Pallavicini és mtsai 2005, 227).

„Kelet- és Kelet-Közép-Európa országait a nyolcvanas és kilencvenes években a vallás jelentőségének növekedése jellemezte” (Tomka 2010, 402). Magyarországon az

egyházak megítélése 1989-ben és 1990-ben minden társadalmi intézmény közül a legpozitívabb volt, megelőzve a gazdasági, politikai és kulturális szervezetekét és mozgalmakét. Egy 1991-es felmérés szerint a lakosság 59,4%-a úgy látta, az egyházak hozzájárulnak a demokráciához, 83,3% várta az egyháztól, hogy a morális kérdések megoldásában mutasson utat, 79,9% igényelte az egyházak aktivitását a szociális problémák megoldásában, és 38% a politikai kérdésekben. 1991-ben ötből négyen állították, hogy visszaadnák az egyházaknak a kórházakat és más egészségügyi intézményeket; 52% mindent visszaadott volna, amit az egyházak igényelnek, sőt még azokat az épületeket is, amelyekre nem tartottak igényt (Török 2003).

Az intézmények, funkciók újraindításán túl feladatként jelentkezett az egyházi struktúra újraszervezése is, hiszen az egyházmegyék még a trianoni határok előtti országhatárokhöz igazodtak, ami jelentősen akadályozta a működést (Török 2003). Az egyház társadalmi szervezete is átalakult, ami azonban nem a posztoszocialista országok sajátja. A piramis alakú, hierarchikus szervezetet horizontális és vertikális kötéseket is tartalmazó, a korábbinál összetettebb szervezeti forma kezdte felváltani. Növekedett a közösségi és informális kapcsolatok és szerveződés jelentősége, illetve a világi hívek szerepe (Tomka 1990). Újra fellendültek a bensőséges közösségek, ami az egyházon belüli humánreform lényegét jelenti (Blanckenstein és mtsai 1989).

Az 1989–90-es rendszerváltást követően egyszerre érvényesült a vallásosság csökkenése, mindenekelőtt a nagymértékben vallásos idősebb korosztályok kevésbé vallásos fiatalabbakkal való felcserélődése révén, valamint a vallásosság erősödése és terjedése, leginkább a közép- és felsőfokú végzettségű fiatalabb korosztály körében. Mindez összhangban van azzal a feltevéssel, mely szerint a hagyományból élő vallásosság relatíve veszít jelentőségéből az intellektualizálódó és öntevékeny vallásosság erősödésével (Tomka 1990). A kommunizmus gyakorlata és a vele szemben megnyilvánuló ellenállás eltakarta az amúgy világszerte érvényesülő átalakulást, a modernizációt. A modern korban különböző értékek és erkölcsök versenyeznek egymással, a vallás monopolhelyzete megszűnik. Össztársadalmi szinten jellemző továbbá a személyes kapcsolatok ritkulása és a közösségiség gyengülése. Mindez a vallásgyakorlásban is változásokat hoz: a „maguk módján vallásosak” aránya egyre

nagyobb az egyházasan vallásosakhoz⁴ képest. Összességében a rendszerváltást követően kezdett eltűnni a nem vallásosak előnyösebb és a vallásosak hátrányosabb társadalmi helyzete közötti különbség, amely a pártállami időket jellemezte. A vallásosság a korábbinál egyenletesebb arányban jelenik meg a társadalom rétegeiben és csoportjaiban (Tomka 2010).

1.1.6. A pszichoterápia helyzete és a magyar népesség lelkiállapota a rendszerváltást követően

A pszichoterápiás szakmában is erőteljes fellendülést hozott a rendszerváltás utáni időszak. Néhány éven belül nemzetközi elismertséget szereztek hazai pszichoterápiás irányzatok: az analitikus, a pszichodráma-, a hipnózis-, a családterápiás, a viselkedésterápiás, a csoport-pszichoterápiás és más képzések. A volt szocialista országok közül egyedülálló módon hazánkban ekkorra már elérhetőek voltak a nyugati standardoknak megfelelő, saját finanszírozású képzések (Buda és mtsai 2009).

A lakosság mentális egészségi állapotának felmérésére már közvetlenül a rendszerváltás előtt, 1988-ban kutatássorozat indult (Hungarostudy). Az 1988-as adatfelvétel 21 006 fős mintán zajlott, a következő, 1995-ös adatfelvétel 12 649 fős volt, ezt követte a 2002-es 12 668 fős mintával, a 2005/2006-os adatfelvétel 5020 fős mintával, majd a 2013-as adatfelvétel 2000 fő részvételével. A 2005/2006-os adatfelvétel a 2002-eshez képest követéses jellegű, prospektív longitudinális elrendezésben zajlott, lehetőséget nyújtva „a betegségek prognózisának vizsgálatára, valamint az egészségi állapot és a társadalmi, gazdasági és pszichoszociális háttértényezők közötti ok-okozati összefüggések feltárására” (Szabó és mtsai kézirat, 4). A mentális egészségmutatókra vonatkozó kérdőívek között mindegyik lekérdezés során szerepelt a Beck-féle depresszió-kérdőív, illetve 1988-ban és 1995-ben a Juhász-féle-os Neurózis Pontozó Skála: az ezekre vonatkozó eredményekből emelnék ki néhány adatot. 1988-ban a 16 évesnél idősebb magyar lakosság 34%-a panaszkodott neurotikus tünetekről, közülük 16% (tehát az összminta 5,44%-a) volt súlyos, kezelésre szoruló neurotikus (Kopp és Skrabski 1995). 1988-ban a magyar felnőtt népesség 2,7%-a panaszkodott súlyos, kezelésre szoruló depressziós tünetegyüttesről. Ez az arány 1995-

⁴Magyarországon meglehetősen stabilan a lakoságnak több mint a kétharmada tartja magát a maga módján vallásosnak, ezen belül az egyház tanítása szerint vallását gyakorló (heti rendszerességgel istentiszteletre jár) a lakosság 10–15%-a (Tomka 2010).

re 7,5%-ra emelkedett (Kopp és Skrabski 2009). „1988 és 1995 között, a társadalom rendkívül gyors átalakulása a lelki egészség mutatóinak jelentős rosszabbodásával járt együtt, elsősorban a lemaradó rétegekben. A súlyos depressziósok aránya 2,9%-ról 7,6%-ra emelkedett. ... 1995 és 2002 között a tendencia megfordult, különösen az ország régiói közötti különbségek mérséklődtek és megnőtt azoknak az aránya, akik egyáltalán nem tekinthetők depressziósoknak.” (Kopp és Skrabski 2009, 40) A Beck-féle depresszióskála összértéke⁵ a teljes mintán 1988-ban 11,78, 1995-ben 12,64, 2002-ben 8,12, 2006-ban 9,12, 2013-ban 8,27, ami összességében tendenciaszerű javulásra utal (T trend: $p < 0,10$) (Szabó és mtsai kézirat).

A 2002-es adatfelvétel főkérdőívében szerepel pszichiátriai betegségre vonatkozó kérdés, a 2005–2006-os kérdőívben pedig külön blokk foglalkozik a pszichiátriai betegségekkel és kezelésükkel. A 2002-es lakossági egészségfelmérés főkérdőívében arra a kérdésre, hogy „az elmúlt három évben kezelték-e pszichiátriai betegség (depresszió, pánikzavar vagy más szorongásos betegség) miatt?”, 213 (5,8%) ember igennel válaszolt. A pszichiátriai ellátásban részesülő betegek felét (54%) depresszió, 31%-át szorongásos betegség, 14%-át más pszichiátriai betegségek miatt kezelték. A 2002-es minta esetében (pszichiátriai problémánál) a kezelés döntően csak gyógyszeres volt (80,7%), csak pszichoterápiában két ember részesült, pszichoterápiás és gyógyszeres kezelésben is pedig az almintá 18%-a (Szabó és mtsai kézirat, Kopp 2008).

Az 1995-ös lekérdezéstől kezdődően a főkérdőívben a vallásgyakorlásra vonatkozó kérdések is szerepeltek, melyek kiegészültek – 2002-től – a vallás, spiritualitás szubjektív fontosságára rákérdezéssel is. A 2002-es lekérdezés eredményeit idézve „a lelki egészség tekintetében a vallásgyakorlás igen szignifikáns kapcsolatban áll a depresszió, a szorongás, a reménytelenség, ellenségesség alacsonyabb fokával, valamint a WHO jóllét kérdőív pontszámainak és a kooperativitásnak a magasabb értékeivel” (Kopp és mtsai 2004, 112). A vallásgyakorlás minden vizsgált változó esetében jobb testi és lelki egészséggel járt együtt. 2013-as lekérdezés a mentális egészségmutatók és a vallásosság összefüggését vizsgálva arra az eredményre mutatott rá, hogy „a vallásosság nemcsak védőtényező, de a fokozott egészséglélektani

⁵A skálán elérhető pontszámok: 0–9 pont: nincs depressziós tünetegyüttes, 10–18 pont: enyhe depressziós tünetegyüttes, 19–25 pont: közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes, 25 pont fölött: súlyos depressziós tünetegyüttes. A súlyos depressziós tünetegyüttes kritériumai a major depresszió klinikai kritériumainak felelnek meg.

kockázatu csoportoknál kompenzativ szerepet is játszik” (Susánszky és Szántó 2013, 266).

1.2. Kulcsfogalmak különböző értelmezései

Az előző fejezetben áttekintettem azon társadalmi háttér folyamatokat, amelyek meghatározzák azt a közeget, melynek talaján a pszichoterapeuták egymás közti, és a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködését vizsgálom a spiritualitás témájában. Az együttműködés kérdéseinek kifejtése előtt elsőként fogalmakat mutatok be: a vallás, a spiritualitás, a lelkivezetés, a lelkigondozás és a pszichoterápia néhány meghatározását.

1.2.1. Spiritualitás és vallás

A vallás és a spiritualitás egymást részben átfedő, mégis elkülönülő fogalmak. Sokféle meghatározásuk létezik. Bár összekapcsolódnak, nem tekinthetjük őket szinonimáknak. „A vallásosság lényegi természete szerint magában foglalja a spiritualitást, míg a spiritualitásnak az egyik nagyon fontos kifejezési formája a vallásosság. A spiritualitás saját területe az emberbe írt vágyakozás a transzcendenshez fűződő kapcsolatra, önmaga meghaladására és az élet értelmének keresésére” (Jáki és mtsai 2019b, 2). „A vallásosság külön területe a közösségbe vonódás, a transzcendensről, Istenről szóló tudás, az Istennel való találkozás társas jellegének hangsúlyozása és az istenkeresés útjainak kijelölése” (Horváth-Szabó és mtsai 2009, 178).

Valláson már a 16. századtól olyan hitek és gyakorlatok sajátos rendszerét értették, amelyek a természetfölöttire irányulnak (Oman 2013). Koenig pontosabban kidolgozott definíciója ezzel analóg: a vallás „hitek és gyakorlatok egy közösség által elfogadott rendszere olyan rítusok támogatásával, amelyek (nyugati kultúrákban) a szentre, az istenire, Istenre vagy (keleti kultúrákban) a végső igazságra, a valóságra, a nirvánára irányulnak, azt elismerik vagy imádják, kommunikálnak vele” (idézi Oman 2013, 27).

A spiritualitás definiálása nem egyszerű feladat, hiszen komplex, soktényezős jelenségről van szó – körülbelül száz definíciója ismert (Horváth-Szabó és mtsai 2009). Az elméletalkotók többsége egyetért abban, hogy a spiritualitás veleszületett, egyetemes emberi jellemző, mely egy életen át fejlődik, változik. Egy megfogalmazás szerint

összekötöttséget jelent a szenttel és az istenivel, más emberekkel és minden létezővel (Piedmont és mtsai 2013, Emmons 2003). Más megközelítésben a spiritualitás meghatározható úgy, mint az a mód, ahogyan az egyének értelmet és célt keresnek, és megélik összekapcsoltságukat a pillanattal, a szelffel, másokkal, a természettel vagy a szenttel (Oman 2013). A spiritualitásnak jelentős szerepe van a megküzdésben, a szenvedés feldolgozásában, a halálhoz fűződő viszony alakításában, az egészség fenntartásában és a gyógyulásban, s fontos meghatározója lehet az egyén életvitelének (Pargament 1999).

Megkülönböztethetjük a *teisztikus* (istenközpontú) és a *nem vallásos spiritualitás* fogalmát (Horváth-Szabó és mtsai 2009). A vallásos, teisztikus spiritualitás elsősorban az Istennel való kapcsolatra és annak közösségi megélésére irányul. A hármaskapcsolati tengelyt (kapcsolat Istennel/másokkal/önmagunkkal) tekintve a teisztikus spiritualításban a vertikális irány (az Istennel való kapcsolat) is hangsúlyozódik a másokhoz és a természethez kapcsolódás élményein túl (Horváth-Szabó és mtsai 2009).

A nem vallásos spiritualitás formáinak közös jellemzője a vallásosság és az istenfogalom kihagyása. A nem vallásos spiritualításban az ember egyedileg, választott, átvett vagy önmaga által kimunkált útján törekszik arra, hogy önmagához, a többi emberhez és az univerzumhoz kösse léte alapjait (Elkins 2005).

A nem vallásos spiritualításhoz tartozik többek között a maslow-i csúcselmény, a szelf és az univerzum közötti határok elmosódása, a természetben megélt egységesség élménye, az ihletett művészi alkotás, a szexualitás eksztázisa vagy akár a pszichedelikumokkal kiváltott élmények (Horváth-Szabó és mtsai 2009). A nem vallásos spiritualításhoz sorolódnak tehát a humanisztikus spiritualítás, valamint az egyre inkább terjedő természetes (új) spiritualítás megjelenési formái. A humanisztikus spiritualítás a Maslow-féle transzcendens önaktualizáció fogalmából merít, és épít az emberben levő növekedési potenciálra, amelyet Rogers írt le. A természetes (új) spiritualítás körébe sorolódik többek között a transzperszonális spiritualítás és az „Új Spiritualítás Mozgalmak és Kultúra” (New Spirituality Movements and Culture, NSMC⁶) (Shimazono 1999).

⁶Az Új Spiritualítás Mozgalmai és Kultúrája (NSMC) elnevezés alá tartozik a New Age-mozgalom és hasonló jellemvonásokkal rendelkező más csoportok. Sok követője nem vesz részt kollektív tevékenységben, mert elsősorban individualista megközelítésről van szó. Jellemzője a különböző vallási hagyományok újraolvasása, eklekticizmusa. Általában egy nem személyes istenben, mindennek feletti

1.2.2. Lelkivezetés

A lelkivezetés a vallásos életbe való bevezetés és a vallási élet kísérésének fontos formája. A magukat vallásosnak mondó emberek életének gyakran része a rendszeres lelkipásztori kapcsolat, mely az istenkapcsolat elmélyítését, a hitélet fejlődését szolgálja (Jáki és mtsai 2019a).

Barry és Conolly így ír: „A keresztény lelkipásztoritást [...] úgy határozzuk meg, mint olyan segítséget, melyet egyik hívő ember nyújt a másoknak, lehetővé téve számára, hogy Isten személyesen neki szóló közlésére odafigyeljen, válaszoljon a személyesen megszólaló Istennek, növekedjen a kapcsolat bensőségességében, és életében megvalósítsa azt, ami ebből következik” (Barry és Conolly 2015). A „vezetés” szó arra utal, hogy „a vezetést kérő személy úton van valahová, és útközben szeretne beszélni valakivel. Kifejezi azt is, hogy ez a beszélgetés nem esetleges és céltalan, hanem alkalmas arra, hogy útba igazítsa az embert” (Barry és Conolly 2015, 29).

Richards és Bergin (2005) „a lelkipásztorított életének spirituális aspektusaira vonatkozó vezetett reflexióként” határozza meg a lelkipásztoritást (Richards és Bergin 2005, 273). Más definíció szerint „a lelkipásztorítás fogalma bármely olyan helyzetre vonatkozatható, melyben az emberek segítséget, támogatást, figyelmet, ösztönzést kapnak spirituális útkeresésükben. Ez nemcsak a személyes istenkapcsolat elmélyítését jelenti, hanem a belőle forraszó életvitelt, dinamikus megélését, megvalósítását a hétköznapi életben” (May 1982, 6⁷). A lelkipásztorításban is szóba kerülnek tehát az aktuális életesemények és életfeladatok, de egy sajátos vetületükön van a hangsúly, a spirituális dimenzió szempontjából értelmezik át őket (Tomcsányi és mtsai 2009).

A lelkipásztorítás sajátossága, hogy fókuszában nem a személy, hanem az Istenhez fűződő kapcsolata áll. A segítőkapszolattól eltérően ennek történései, élményei az elsődlegesek mind hatásukban, mind jelentőségükben (May 1982, Nemes 2007).

A lelkipásztorítás célja sajátos: a lelkipásztorított elsősorban nem valamilyen aktuális problémával, élethelyzeti nehézséggel, elakadással szembesülve kér segítséget, hanem

erőben való hit jellemzi ezt a spiritualitást. Elsősorban az önkitaljesedésre, a szelftranszformációra irányul (Shimazono, 1999).

⁷ „Spiritual guidance can apply to any situation in which people receive help, assistance, attention, or facilitation in the process of their spiritual formation. This applies not only to deepening one’s personal realization of relationship to God, but also to the dynamic living-out of that realization in the actions of daily life.”

azért, hogy hitélete elmélyüljön, Istennel való kapcsolata, imaélete fejlődjön, és életeseményeire a hite szempontjából is ránézhesen olyasvalakivel, aki ezekben a kérdésekben segíti a megértést, megkülönböztetést (Jálics 2013).

A lelkipozítás keretei többfélék. Az egyik leggyakoribb forma, amikor a lelkipozítás éveken (sőt akár évtizedeken) keresztül a vallásgyakorlás része, egy-két havi gyakoriságú találkozásokkal. Egy másik formája a lelkipozítók során kapott egyéni kísérés, amikor is napi-kétnapi rendszerességgel van lehetőség a lelkipozítók kísérelőjével konzultálni egy néhány napos vagy akár többhetes csendes elvonulás alatt (Tomcsányi és mtsai 2009).

Lelkipozítást pszichésen egészséges vagy beteg ember egyaránt igényelhet, pszichoterápia mellett is. Ilyenkor egy rendszeres lelkipozítói kapcsolatnak is dolgoznia kell azzal a teherrel, amely abból fakad, hogy a lelkipozított krízisbe kerül, vagy valamilyen tünetegyüttes alakul ki nála. A hitéletet, istenkapcsolatot is befolyásolhatja a hangulati élet változása, eltolódása a patológia irányába. Ez tovább terhelheti, megijesztheti az amúgy is problémával küzdő páciens, hiszen fontos erőforrása, életének értelmet adó alapkapcsolata (az istenkapcsolat) változhat meg a betegség hatására. Fontos, hogy ilyenkor (a pszichoterápiás segítség mellett) továbbra is lelkipozításban részesülhessen. A lelkipozító pedig érzékenyen tudja tovább kísérelni, számolva a betegség spirituális életre kifejtett hatásaival. A lelkipozító segítsége sokféle lehet. Tarthatja a páciensben a reményt, átkeretezheti tapasztalatait, utalva a betegség hatásaira, utat engedhet a betegség miatt Istenre irányuló dühnek, oldhatja az ebből fakadó büntudatot. A beteg mellett állhat kétségeiben, közvetítheti az általa Istentől hallott üzenetet, segíthet a korábbiaktól eltérő, az aktuális állapothoz illeszkedő imaélet és vallásgyakorlás kialakításában (Csáky-Pallavicini és mtsai 2008). Ebben a kísérelésben nagy segítségére lehet, ha vannak pszichopatológiai ismeretei, melyek alapján jobban tud reflektálni a lélektani lelki zavarok és a spiritualitás kölcsönhatására a lelkipozított életében. Így megfelelőbben tud a lelkipozított mellett állni olyan helyzetekben is, amikor a pszichés betegség a hitéletet is befolyásolja. Felismeri, ha szükséges konzultálni olyan szakemberrel (pszichiáterrel, pszichoterapeutával), aki ezeknek a szempontoknak az átgondolásában segítheti.

A lelkipozítás folyamatának szemléltésére vállalkozik lelkipozítóknek írt könyvében Maureen Conroy (1993), az egyes esettanulmányokban külön hangsúlyt

fektetve a lélektani és spirituális kérdések, elakadások összefonódásának megértésére, valamint a segítő intervenciók modellálására.

Az egyik példában egy olyan harmincas évei elején járó férfi kíséréséről olvashatunk, aki régóta intenzív, mély hitéletet él, s néhány évvel korábban hivatástisztázó folyamaton ment keresztül. Próbált választ találni arra a kérdésre, hogy a papi vagy a családosi hivatás-e inkább az ő útja. Abban talált békét, önazonosságot, hogy a családosi élet vonzza erősebben, de kérdései újra meg újra felszínre kerültek. Jelentkezett egy nyolcnapos lelkigyakorlatra, és ott lelki kísérésben részesült (mindennap egy órában). A lelkigyakorlat első felében mély egységet élt meg Istennel, amely erőforrásként hatott rá. Egy idő után azonban mindig újra feszült lett, és ürességérzéssel küzdött. Lelkivezetője először segítette azoknak az élményeknek, időszakoknak a megragadásában, felidézésében, amikor örömtelien tudott kapcsolódni Istenhez. Javasolta továbbá, hogy az imádság során ossza meg Istennel a benne feszülő negatív érzéseket is. Mindezek által a férfi rá tudott látni arra a dinamikára, amely fogva tartotta: amikor pozitív élményei felerősödtek, bekúszott a papság gondolata, hiszen még nagyobb átadottságra, közelségre vágyott. Ez a gondolat azonban összezavarta. Úgy érezte, túlterheli a kérdés, és kezd lelkiismeret-furdalása lenni, hogy nem tudja/szeretné ilyen teljességgel átadni magát e hivatásnak. A lelkivezető segítségével abba az irányba léptek tovább, hogy ilyenkor azt érzi a kliens, mintha Isten elégedetlen lenne vele. Megragadhatóvá vált, hogy ez az érzés idegen azoktól az élményektől, amelyek általában kapcsolódnak az imádságaihoz, a hitéhez. Inkább arra emlékeztette a klienst, amikor az apja volt elégedetlen vele, mert az ő elképzelése ellenére a fiából nem lett ügyvéd. Lelkivezetője javaslatára a kliens imában megbeszélte Istennel ezeket az érzéseit, aminek következtében számára is jobban elkülönült istenkapcsolata ettől a rávetülő apaképtől. Amint imatapasztalataiban megélte, hogy Isten szereti, elfogadja, és igent mond rá, mintegy „mellékhatásként” kezdett enyhülni az az ürességérzés is, amellyel gyakran küzdött, és amely a szülei részéről megtapasztalt elutasítottsághoz kapcsolódott belső élményvilágában. Ahogy egyre nagyobb biztonságot érzett Isten személyesen neki szóló szeretetére vonatkozóan, erősödött benne a bátorság, hogy nyisson afelé a lány felé, aki iránt szerelmet kezdett érezni az utóbbi időben. Az elutasítástól való félelme először az istenkapcsolatában oldódott, ami aztán áttevődött más kapcsolataira is, és segítette a párkapcsolat felé való nyitásban. A lelkivezetés során

kapott segítség által növekedett az Istennel való kapcsolat szabadabb, örömtelibb megélésében, egyrészt a zavaró impulzusok (például a rávetülő apakép) megkülönböztetése és „lefejtése” által, másrészt az Istenhez vezető személyes út következő lépéseinek megtalálása, felfedezése, megtapasztalása révén. A lelkivezetésnek mintegy mellékhatásaként a megtapasztalt spirituális élmények mint erőforrások lélektani szintű változásokhoz is vezettek (önelfogadás), s azok aztán változást hoztak a kapcsolati életében is.

1.2.3. Lelkigondozás

A lelkigondozás definíciói sokfélék, de közös alapjuk, hogy olyan segítőtárról van szó, amelyben a mentális betegségek szintjét el nem érő lélektani elakadásban, érzelmi/élethelyzeti nehézségben kíséri a lelkigondozó a hozzá forduló klienst, nyitottan a transzcendens dimenzióval való munka lehetőségére is, ha ezt a kliens igényli. Tágabb definíciók kitérnek arra is, hogy milyen jellegű problémák tartozhatnak a lelkigondozói kompetenciába: „A lelkigondozás olyan segítőkapsolat, amelyben professzionálisan képzett lelkigondozó áll az egyes ember vagy csoportok mellett új életszakaszokhoz való átmenetekben (például születéskor, a kamaszkor történéseinél, házasságkötéskor), örömteli, rendkívüli vagy éppen szokványos, mindennapi élethelyzetekben. Így konfliktusokban, krízisekben, félelmekben, hitbeli kételyek között és a halállal való tusakodásban, kudarcokban vagy a gyász és az újrakezdés pillanataiban. [...] A lelkigondozó sajátos spirituális térben dolgozik, hármass kapcsolati rendszerben szemléli önmagát és lelkigondozottját: kapcsolatban önmagával, kapcsolatban a környezetével, kapcsolatban a transzcendenssel” (Csáky-Pallavicini és munkatársai 2008, 93–94). A lelkigondozás során tehát mindkét (a lélektani és a spirituális) szinttel dolgozhat a segítő, ez (is) megkülönbözteti mind a lelkivezetéstől, mind a pszichoterápiától. A lelkigondozás tárgyát tekintve a lélektani és spirituális dimenzió metszéspontján helyezkedik el. Ezzel szemben a lelkivezetés fókuszában elsősorban a spiritualitás áll – amely természetesen nem értelmezhető a pszichológiai valóság nélkül –, a pszichoterápia pedig a lélektani szinttel dolgozik, ahol megjelenhetnek spirituális élmények, de a terápia azok lélektani vetületére koncentrálna.

Az első olyan hazai ökumenikus cikk,⁸ amely megfogalmazza a lelkigondozás mibenlétét, illetve a lelkivezetés és a lelkigondozás különbségét, Debrecenyi Károly István, Nemes Ödön és Szarka Miklós (2004) írása, mely az *Embertárs* folyóiratban jelent meg. A lelkigondozói munkában erőteljes hangsúlyt kap az érzések verbalizálásának segítése a visszatükrözés által, az erőforrásokra való fókuszálás, a kliens stabilizálása, amelyben a spirituális, vallási-közösségi erőforrások is fontos szerepet kaphatnak. Magukat nem vallásosnak nevező emberek is részesülhetnek lelkigondozásban, sokszor anélkül, hogy vallási/spirituális kérdések megfogalmazódnának. Fontos megjegyezni, hogy „a spirituális tér” ilyenkor is sajátja a lelkigondozásnak. A lelkigondozó ekkor is lelkigondozói identitással vesz részt a kapcsolatban, „belül dolgozva” a spirituális dimenzióval, annak ellenére, hogy a folyamatban csak annyi verbalizálódik a spirituális kérdésekből, vonatkozásokból, amennyit a kliens igényel.

A legtöbbször azonban azért fordulnak éppen lelkigondozóhoz a kliensek, mert élethelyzeti nehézségükben a hitéleti, spirituális vonatkozások is foglalkoztatják őket. Ezek részei lehetnek elakadásuknak. Így a segítőkapsolatban fontossá válik számukra, hogy ezzel is dolgozhassanak, a legkülönbözőbb élethelyzetek vonatkozásában (például válás közeli helyzet, a párválasztás kérdései, gyász vagy épp egy új élet vállalásának dilemmái). A lelkigondozás hermeneutikai megközelítése szerint a világ és az élettörténet értelmezését, a jelentés- és jelentőségtulajdonítást tekintve sokszor a mélyen fekvő hittartalmak válnak az egyik leghangúlyosabb szervezővé, vonatkoztatási ponttá a lelkigondozott élményvilágában. „A lelkigondozás jellegzetesen hermeneutikai eljárás: krízisbe jutott vagy az életük valamely területén elbizonytalanodott embereknek segít újragondolni és újraértelmezni a kérdéses élethelyzetekben legmeghatározóbb jelentőségű átéléseiket, hogy azután módosíthassák viszonyulásukat a körülményekhez, illetve új döntések nyomán megváltozott viselkedésre és cselekvésre legyenek képesek. Abban különbözik más segítő-gyógyító eljárásoktól, hogy élet- és világértelmezési rendszer gyanánt a keresztyén hit látásmódját és életgyakorlatát kínálja fel. Olyan támpontokat nyújt, melyek egyaránt megfelelnek (a szó szoros értelmében is feleletet adnak) az ember hétköznapi és végső kérdéseinek” (Németh 2012, 428).

⁸A lelkigondozás és a lelkivezetés hagyománya a katolikus és a protestáns egyházakban különbözik, ahogy ezt az 1.3.1. fejezet történeti áttekintésében bemutatom.

A lelkigondozás célkitűzései annyiban fedik át a pszichoterápiáéit, hogy szintén életkérdésekkel, elakadásokkal, azok átdolgozásával foglalkozik, de más mélységben, más alapvégzettséget feltételezve. Nem tartoznak a kompetenciakörébe a szakellátást igénylő klinikai betegségek. Ha a kliens a lelkigondozás folyamata során kerül olyan válságba, amely pszichoterápiát igényel, a lelkigondozó pszichoterápiára irányíthatja a klienst a lelkigondozás lezárásával, ugyanis a két folyamat párhuzamosan kontraindikált (Tomcsányi és mtsai 2008).

A lelkigondozás keretei lehetnek előre meghatározottak, de spontán módon, a mindennapi találkozások során is kialakulhatnak lelkigondozói beszélgetések, például az iskolai lelkigondozásban. „Időhatárai ezért az egyszeri találkozástól a több alkalmat magában foglaló, hosszabb folyamatig terjedhetnek” (Tomcsányi és mtsai 2008, 175). Ha előre meghatározott keretek között zajlik a lelkigondozás, a pszichoterápiához hasonlóan a folyamat elején egyeztetni a lelkigondozó és a kliens a kereteket (cél, az alkalmak száma és gyakorisága, az ülések hossza stb.). A lelkigondozói csoportok keretei szintén előre egyeztetettek.

A lelkigondozás irányzatai közül az egyik legjelentősebb a „pastoral counseling” (pasztorális pszichológiai tanácsadás), amely a 20. század közepén terjedt el az Amerikai Egyesült Államokban (Kővári 2016). A lelkipásztori konzultációt többnyire lelkész végzi, a gyülekezeti szolgálat részeként. Klinikai gyakorlatának elindítója Anton Boisen, legjelesebb elméleti továbbfejlesztője Howard Clinebell és Seward Hiltner (Tomcsányi és mtsai 2008). Magyarországon a lelkigondozás elsősorban a személyközpontú látásmódra épül, illetve nagy hagyománya van a teológiai-biblikus megközelítésnek is (Török 2013, Tomcsányi és mtsai 2008). A személyközpontú, illetve a mélylélektani látásmódot alkalmazó lelkigondozás szakirodalma magyarul is hozzáférhető (Faber 2002, Stenger 2003), és beépült a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében folyó lelkigondozói szakirányú továbbképzés curriculumába is (Török 2013). A pszichoterápia felé átvezető megközelítés Dietrich Stollberg terápiás lelkigondozása, ő ugyanis azt tartotta az ideális esetnek, ha egy lelkigondozónak pszichoterápiás végzettsége is van. Gyakorlatát a pastoral counselingre építve fejlesztette ki, erősen hangsúlyozva a lelkigondozás terápiás hatását (Tomcsányi és mtsai 2008). Ezzel analóg, inkább az amerikai kontinensen használt elnevezés a

pasztorális pszichoterápia, mely pszichoterápiás mélységben és végzettséggel/tudással folytatott lelkigondozást jelent (Cooper-White 2007).

A lelkigondozás folyamatának szemléltése céljából idézek egy esetleírást, mely egy kórházi lelkigondozói kísérést mutat be:

„Egy budapesti kórház sebészetén, ahol onkológiai betegeket is ellátnak, egy 60 év körüli férfi feküdt, akinek vastagbélrákja volt. A lelkigondozót a feleség kérte meg, hogy beszéljen férjével, „mert nagyon maga alatt van”, és nem szívesen beszélne sem pszichológussal, sem pappal. De nagyon jó lenne – mondja –, ha egy lelkigondozó beszélne vele.

Bemutatkozás után a férfi azzal indította a beszélgetést, hogy úgy érzi, már nem kel fel abból az ágyból. A lelkigondozó ezt felerősítette: „úgy érzi, hogy már a vég felé közeledik, fogy az ereje, fogy az ideje.” A betegben nagy harag és tehetetlenség volt, mert „másfél évig hitegették az orvosok, hogy minden rendben, teljesen jól sikerült a műtét”, s most csupa áttéttel van tele a szervezete. És „itt van egy csomó elvarratlan szál a kezemben” – mondta.

A lelkigondozó a beteggel együtt sorra vette, hogy melyek ezek.

A felesége csaknem 30 évvel fiatalabb, mint ő. Az asszony kapcsolata nagyon rossz a férje első házasságából született fiával, akivel majdnem egykorúak. Mi lesz a házzal, a lakással, hogyan fognak együtt lakni? Azután ott az egész örökség-kérdés, a bátyjával volt egy nagyon csúnya vitája örökösödési dolgokban.

A lelkigondozó elkezdett sorra beszélgetni vele valamennyi témáról. Többször találkoztak. Talán a 4. vagy 5. találkozás on, karácsony közelében történt, hogy a beteg nagyon dühös volt, amiért a felesége nincs mellette. Csupa harag és feszültség volt. Azt mondta, ma nincs kedve beszélgetni, meséljen a lelkigondozó neki valamit.

Lg.: Miről meséljek?

B.: Meséljen nekem a Bibliáról. (Ilyet egy pszichológustól nem kérne a kliens.) Meséljen nekem a Bibliáról, mert mindig szerettem volna megismerni! Tudja, református családban nőttem fel, de sose volt rá idő, pedig anyám is nagyon örült volna neki.

Lg.: Szívesen mesélek arról, mit jelent nekem, miről szól számomra a Biblia. Örülne-e ennek?

B.: Igen.

Lg.: Tudja, számomra a Biblia tulajdonképpen annak bemutatása, miként keresi Isten az embert a történelem egész menete során. Már az első lapokon, a bűnbeesés után, amikor az ember elbújt Isten elől, Isten keresi őt. Szólongatja az Édenkertben – Ádám, hol vagy? Azután a pátriárkák, Noé, Ábrahám, Izsák, Jákob kiválasztása: Isten megy egy-egy ember után. Majd meghív egy népet, a zsidóságot, és ismételtén mondja nekik: „Nem ti választottatok engem, hanem én választottalak titeket.” Végül Jézusban személyesen jön el közénk. És az utolsó oldalak, a Jelenések könyve ismét ezt a képet tárja elénk, ahogy a mennyei Jeruzsálem leszáll az emberek közé, eljön hozzánk az Isten. Ott azt írja a Szentírás, Isten maga töröl le minden könnyet a szemünkről.” (A lelkigondozó nagyon nyugodtan, békés szeretettel meséli mindezt. Ténylegesen kicsit hosszabban. Közben a lelkigondozott egyszer csak elkezdett könnyezni. Némi csend, mély, békés hallgatás után szólalt meg.)

B.: Látja, ez elől az Isten elől menekültem egész életemen át. (Még sírdogált egy kicsit, majd) Látja, már nem is haragszom... (Majd kicsit később) Bárcsak az édesanyám is látta volna.

Mindez karácsony előtt néhány nappal történt. Ez lehetőséget adott egy gondolat elmondásához:

Lg.: Tudja, azt gondolom, hogy itt ma van karácsony. Mert ebben a kórteremben itt és most született meg a kis Jézus. (A lelkigondozó még aznap délután visszament hozzá, vitt neki egy kis kerámia betlehem-i kisdéd Jézus-szobrocskát. B. örömmel zárta a kezébe, és néhány hét múlva így is halt meg, mindvégig maga mellett tartva, kezében szorongatva. Utolsó heteit békében töltötte.)” (Csáky-Pallavicini és mtsai 2008, 97).

1.2.4. Pszichoterápia

A pszichoterápia definíciója Strotzka megfogalmazásában: „A pszichoterápia tudatos és megtervezett interakciós folyamat viselkedészavarok és betegségi állapotok befolyásolására, amelyeket egyetértésben (lehetőleg páciens, terapeuta és vonatkoztatási csoport között) lélektani eszközökkel (kommunikációval) legtöbbször verbálisan, de nem verbálisan is, egy meghatározott, lehetőség szerinti közösen kidolgozott cél irányába (tünetminimalizálás és/vagy a személyiségstruktúra változtatása) tanítható technikákkal a normális és a patológiás viselkedés valamely elmélete alapján végzünk.

Ehhez a folyamathoz általában egy teherbíró érzelmi kapcsolat szükséges” (Strotzka, 1978, idézi Popper 1984, 17–18).

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) meghatározásai szerint:

„A pszichoterápia a terapeuta és a kliens/páciens közötti szövetségben gyökerezik, s arra épül. Ez a szövetség mind a pszichológus és a kliens/páciens közötti köteléket, mind a terápia céljáról, feladatairól kialakított megállapodást magában foglalja” (Szőnyi 2015, 36).

„A(z) egyéni, csoport és pár/család) pszichoterápia olyan gyakorlat, amit változó mértékben tünet oldására és a személyiség változására, jövőbeli tüneti epizódok csökkentésére, az életminőség javítására, a munkában, iskolában, a kapcsolatokban az adaptív működés növelésére alakítottak ki, arra, hogy növekedjék az egészséges élethelyzeti döntések valószínűsége, s hogy minden más olyan hasznot hozzon, ami a kliens/páciens és a pszichológus együttműködéséből adódik” (Szőnyi, 2015, 36).

„A pszichoterápia megalapozott pszichológiai elméletekből származó klinikai módszerek és interperszonális helyzetek informált és tudatos alkalmazása, abból a célból, hogy támogassa az embert viselkedése, gondolkodása, érzelmei és/vagy más személyes jellemzői változtatásában, olyan irányban, amit a résztvevők kívánatosnak találnak” (Szőnyi 2015, 36).

Jon Ennis álláspontja szerint ahhoz, hogy valamit orvosi pszichoterápiának tekinthessünk, eleget kell tennie a technikai, az etikai és a tudományos standardnak.

„*Technikai standardok:* Minden pszichoterápiás eljárás elméleti keretből és (nem szükségképpen lezárt számú) technikából áll. A technikának összhangban kell állnia az elmélettel. A terapeutának ismernie kell az alkalmazott terápia alapformáit, és felkészültnek kell lennie azok alkalmazására.

Etikai standardok: Az orvosi pszichoterápiának összhangban kell lennie az orvosi foglalkozás etikai szabályaival.

Tudományos standardok: Ahhoz, hogy egy pszichoterápiás módszert orvosi pszichoterápiának minősítsenek, mind elmélete, mind technikája vonatkozásában tudományosan érvényesnek kell lennie. Az elméletnek potenciálisan ellenőrizhető hipotézisekből kell felépülnie, és nem következhet korábban megcáfolt vagy hitelét veszített hipotézisből. Ezen túlmenően a terápia hatékonyságának tudományosan vizsgálhatónak kell lennie” (Ennis 1998, 7).

1.3. A lelkivezetés, a lelkigondozás és a pszichoterápia kapcsolódási pontjai

1.3.1. A lelkivezetés és a lelkigondozás története a kezdetektől

A lelkivezetés és a lelkigondozás története összefonódik, közös gyökerekre vezethető vissza. A két tevékenység nem különült el élesen, valószínűleg a lelki segítséget keresők fordultak az őket segítő személyekhez olyan kérdésekkel, problémákkal is, amelyek elsősorban a lelkigondozás körébe tartoznak, és olyanokkal is, amelyek inkább a lelkivezetés részei. Mégis, a hangsúlyok alapján egyes előfutárokat, lelkiségi irányokat, írásokat inkább a lelkivezetés előzményeihez sorolunk, míg másokat a lelkigondozáséhoz, aszerint hogy túlnyomórészt életproblémákkal kapcsolatban vagy a hitélet elmélyítése céljából fordultak az őket segítőkhöz a hívők.

Az egyház kezdetei óta beszélünk pasztorális segítségnyújtásról, lelkigondozásról, mely érzelmi és spirituális segítséget jelentett, amit a szűkséget szenvedő hívek számára biztosított a gyülekezet lelkipásztora, tehát elsősorban a lelkészi szolgálathoz kötődött (Kővári 2016).

A lelkivezetés a szerzetesség kialakulásához kapcsolódó, tehát monasztikus fogalom. Az első remeték számára ugyanis, mivel kivonultak a világból, nem állt rendelkezésre a püspök, a pap és a közösség támogatása, mely spontán is alakítja a lelki életet, hanem az előttük járó, náluk tapasztaltabb sivatagi atyák vezetésére támaszkodtak (Merton 1974). A 3–4. században a hívek körében is egyre inkább terjedt a lelkivezetés, sokan kerestek ilyen segítséget a sivatagi atyáknál, remetéknél (May 1982). A lelkivezető segítette a hozzá fordulót, hogy „felismerje és kövesse életében a kegyelem sugallatait, és így elérkezzék ahhoz a célhoz, amely felé Isten irányítja” (Merton 1974, 10). Az egyházatyák lelki orvosoknak tekintették magukat, lelkivezetőként törekedtek a megkülönböztetésre, az embert megterhelő gondolatok mélyebb felismerésére, önmaguk és mások érzékelésére. Az egyház korai életéről tudósít többek között az *Apophthegmata patrum* (Az atyák utasításai, Krisztus után 250–300 körül), valamint Alexandriai Szent Kelemen (+215), Órigenész (185–254) és Nagy Szent Vazul (330–379) művei (Baumgartner 2006).

A lelkivezetés és a lelkigondozás történetének fontos mozzanata a IV. lateráni zsinat (1215) határozata, mely előírta, hogy a pap a gyóntatás során személyes

eligazítást is nyújtson a gyónónak az élethelyzetére vonatkoztatva. Ezt az intézkedést lelkipásztori forradalomnak is nevezik, mivel előtérbe helyezi, a lelkipásztori gyakorlat hangsúlyos részévé teszi a személyes lelkigondozást és lelkivezetést (Fila és Jug 1997).

A keresztény életkonzultáció, individuális lelkigondozói konzultáció történetének fontos állomása a *devotio moderna* lelkiségi irányzata, mely a 14. század második felében terjedt el, s vált egyre népszerűbbé (Baumgartner 2006). Születése Németalföldre és a flamand Gérard Groote nevéhez (1340–1384) fűződik. A mozgalom lelkiségének elnevezése a windesheimi kolostor krónikásától, Johannes Buschtól származik (Kovács 2017). A *devotio moderna* a világiak számára is utat nyitott az elmélyültebb lelki élethez, innen is kapta a nevét, ennyiben számított „modernnek”. Számos olyan jellemzője van ennek az irányzatnak (a személyes ima hangsúlyozása és tanítása, lélektani realizmus, Krisztus-központúság, az erények gyakorlásában az arany középút keresése, a teológia és a spiritualitás szétválasztása), amely később hatással volt a szerzetesrendek megújulására, sőt a reformációra is (Kovács 2017). A *devotio moderna* hatására terjedtek el a katolikus egyházban a lelkigyakorlatok és a lelkivezetés ezekhez kötődő közösségi formái. A protestáns egyházakban – ahol a szentség (szakramentum) hiányával előtérbe kerültek az emberi segítségnyújtás formái – szintén a *devotio moderna* lelkiségéből eredően a lelkigondozás gyakorlata alakult ki és erősödött meg.

A *devotio moderna* hatása felismerhető Assisi Szent Ferenc és Szent Domonkos rendjének lelkigondozói gyakorlatában, Szalézi Szent Ferenc (1567–1662) *Lelkivezetés* című művében és Loyolai Szent Ignác (1491–1556) lelkiségében (Baumgartner 2006; Kovács 2017). Keresztes Szent János 16. századi spanyol katolikus misztikus teológus nevéhez a kármelita szerzetesrend lelkivezetési hagyományának megalapozása, illetve megújítása köthető. Legjelentősebb írásai közé tartozik *A lélek sötét éjszakája* és a *Kármelhegy útja* (Baumgartner 2006).

Loyolai Ignác és Keresztes János kortársai voltak a nagy reformátorok, Luther Márton (1483–1546) és Kálvin János (1509–1564) is. A belső lelki megújuláson túl ők a struktúrák átalakításáért küzdöttek. Luther életében fontos szerepet játszott a lelkigondozás: maga is gyakran fordult másokhoz lelkigondozásért, és ő is sokaknak nyújtott különféle helyzetekben tanácsadást, vigasztalást (Weiß 2011). Kálvin

lelkigondozói gyakorlatában a hívő ember közösségi integrációja játszott központi szerepet (Weiß 2011).

A lelkigondozás, lelkivezetés más-más hangsúlyok mentén fejlődött tovább a protestáns és katolikus felekezetekben. Míg a katolikus közösségben tovább élt a lelkivezetői hagyomány (is), a protestantizmusban a lelkigondozás, azon belül is a kórházi, gyülekezeti lelkigondozás gyakorlata erősödött egyre inkább. A szűkebb értelemben vett lelkivezetés hagyománya szinte teljesen hiányzott a protestáns gyülekezetekből (Whitlock 2002), egészen a 20. századig, amikor – főként a katolikus hagyományból merítve – kezdték újra felfedezni a lelkivezetés és a lelkigyakorlat-kísérés gyakorlatát (Kotila 2019). Például a finn evangélikus egyházban a lelkivezetés iránti érdeklődés a csendeshévtége-mozgalom hozadékaként bukkant fel az 1980-as évektől, s a szervezett lelkivezetői képzés elindításához vezetett a Szent Ignác-i lelkiségre építve (Kotila 2019).

A lelkigondozás történetében a 20. századra tehetőek azok az első integrációs törekvések, melyek során lelkészek, egyházi szolgálattevők a modern pszichoterápiás tudás elsajátítására, integrálására törekedtek, hogy jobb segítők lehessenek, elsősorban a lelkigondozói szolgálatukban (például a kórházakban). Ezek az úttörő munkák a protestáns egyházakban indultak el (Kövári 2016), és megalapozói lettek a modern pasztorális konzultáció gyakorlatának és a klinikai lelkigondozói képzésnek (clinical pastoral education), mely elsőként az Egyesült Államokban terjedt el (Kövári 2016, Weiß 2011). Az európai lelkigondozás akkor vett határozottan új irányt, amikor a hatvanas évek második felében az amerikai lelkigondozási mozgalom első hatásai elérték kontinensünket.

Az integrációs törekvések bizonyos esetekben és időszakokban hangsúlyeltolódást is eredményeztek: a kísérés egyre inkább pszichológiai és egyre kevésbé spirituális hangsúlyúvá vált, de később ismét kiegyensúlyozódott. Annak ellenére, hogy a pasztorális gyakorlatban a pszichológiai és pszichoterápiás tudás integrálása egyre inkább megvalósult és megvalósul napjainkban is, egyházi körökben érezhetően megmaradt egyfajta ellenállás a pszichológia iránt, elsősorban attól tartva, hogy a spirituális mélység rovására mehet a túlzó pszichologizálás. Gyakran a teológia és egyes pszichológiai iskolák emberképe közötti összeférhetlenségre hivatkoznak az elővigyázatosság okaként (Kövári 2016).

A lelkigondozás a freudi valláskritika hatására több mint fél évszázadon át került a pszichoanalízissel való foglalkozást, az ezzel kapcsolatos ismeretek integrálására (Németh 1993). Pápai megnyilatkozások is erősítették ezt a távolságtartást: XII. Piusz és XXIII. János is elővigyázatosságra intett a pszichoanalízis lelkigondozásban való felhasználásával kapcsolatban (Baumgartner 2006). „XXIII. János pápa 1961-es monitumjában [...] megtiltotta a papoknak, illetve szerzeteseknek, hogy pszichoterápiás kezelést alkalmazzanak, illetve pszichoanalízisben vegyenek részt. Ugyanő hívta össze azt a zsinatot, amely a pszichológiához való viszonyulásban gyökeres fordulatot hozott. A zsinati dokumentumok egyrészt »jogos öntörvényűséget« biztosítanak a pszichológia tudományának, másrészt határozottan szorgalmazzák a pszichológia bevonását a lelkigondozói képzésbe” (Baumgartner 2006, 59). A II. vatikáni zsinat nyitásától kezdve a pasztorálpszichológia fokozatosan intézményesült egyes teológiai karokon, papnevelő és pasztorális továbbképző intézetekben (Baumgartner 2006). Az újabb pszichoterápiás iskolák, irányzatok módszertanának adaptálása már lényegesen kisebb ellenállásba ütközött, és fokozatosan kiteljesedett.

1.3.2. A lelkivezetés és lelkigondozás napjainkban

Napjaink lelkigondozását a professzionalizálódás és a különféle irányzatok, specializációk megjelenése jellemzi. Így Isidor Baumgartner magyarul is megjelent pasztorálpszichológia-tankönyvében szerepel „a pszichoanalízis és a diakóniai-gyógyító lelkigondozás”, a „viselkedésterápia – konkrét diakónia”, valamint „a személyközpontú terápia mint lelkipásztori konzultáció” témája is (Baumgartner 2006, 10–11).

Magyarországon a pszichológiai alapismeretek lassú ütemben bekerültek a teológiai fakultások képzési programjába, de jellemzően kis óraszámúval. Specifikus lelkigondozói ismereteket szakirányú továbbképzéseken sajátíthatnak el teológiai alapvégzettségű gyakorló lelkipásztorok, hitoktatók. Egyre több egyházi és állami felsőoktatási intézmény (utóbbiak egyházi intézményekkel együttműködve) nyújt ilyen lehetőséget. Elsőként a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében indult ökumenikus mentálhigiénés lelkigondozó szakirányú továbbképzés 2002-ben, a Károli Gáspár Református Egyetemen és a Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskolával együttműködve.⁹ A képzési programban nagy hangsúlyt kap a mentálhigiénés

⁹Az akkreditációs kérelem 1998-ban lett benyújtva a MAB-hoz.

szemléletű önismeret, a pszichopatológiai, lelkipásztori és a spiritualitásra vonatkozó elméleti oktatás, illetve a személyközpontú segítőbeszélgetés gyakorlata is.

A lelkivezetés jelenére szintén a professzionalizálódás jellemző. 1990-ben létrejött a Spiritual Directors International (SDI) nevű szakmai szervezet,¹⁰ amely a világ minden tájáról származó, különböző felekezetekhez tartozó lelkivezetőket gyűjt egybe. Évente szerveznek konferenciákat, illetve negyedévenként jelentetik meg *Presence* című folyóiratukat (Barry és Conolly 2015).

Magyarországon egyre többeket vonz az a kétéves lelkivezető- és lelkigyakorlat-kísérő-képzés, amelynek bemeneti feltétele a teljes Szent Ignác-i lelkigyakorlatok megtapasztalása akár zárt harmincnapos lelkigyakorlat formájában, akár a mindennapokban (ez utóbbi kilenc hónapig tart: a lelkigyakorlatozó megszokott életkörülményei között vállalja a napi egyórás imát és a heti találkozást kísérőjével). A képzés elvezet a Szent Ignác-i lelkigyakorlatok kísérésének elsajátításához, majd erre építve bevezet a folyamatos lelkivezetés szolgálatába, illetve betekintést nyújt más lelkiségi hagyományokba és imamódokba, hogy a résztvevők bármilyen lelkiségi háttérből érkező személy kísérésére képessé váljanak. Ezt a képzési programot protestáns felekezetek tagjai közül is egyre többen választják. Kimondhatjuk, hogy folyamatos nyitás figyelhető meg a felekezetek között. A képzett lelkivezetők válaszolni tudnak az egyre növekvő igényre a folyamatos lelkivezetés iránt (ez egy-két havi találkozást jelent a kísérővel), illetve lelkigyakorlatos házakban fogadják általában 3–8 napos, egyénileg kísért (egyéni lelkivezetést biztosító) lelkigyakorlatokon a csendre, imára vágyókat.

1.3.3. Együttműködés a lelkivezetés, a lelkipásztor és a pszichoterápia között

A korábbi fejezetekben definiáltam a lelkivezetést, a lelkipásztor és a pszichoterápiát. A továbbiakban a lehetséges együttműködésük szakirodalmát tekintem át.

Mind a szakirodalmi utalásokban, mind a gyakorlatban találkozunk esetekkel, amikor felmerül a szakmák közötti együttműködés szükségessége. Itt említeném Vieten és munkatársai (2013) kutatását, amely az alapkompenciák közé sorolja, hogy egy terapeutának képesnek kell lennie a vallási/spirituális elakadások felismerésére a klinikai gyakorlatban. Ilyenkor kompetenciahatárait felismerve szükség esetén tovább

¹⁰<http://www.sdiworld.org>

kell küldenie a páciens, vagy együtt kell működnie más szakemberekkel (adott esetben a vallási/spirituális területről).

A területek együttműködésének szakirodalma kifejezetten szegényes, szinte hiányterületről beszélhetünk. Egy 2018-as, a lelkivezetésről és a pszichoterápiáról szóló review-tanulmányban (Saadeh és mtsai 2018) friss összesítést olvashatunk a témában az 1975 és 2015 között megjelent publikációkról. Mindössze negyven tanulmány volt fellelhető, ezek is inkább az elkülönítésre, definiálásra vonatkoztak, az együttműködés finomabb részleteiről nem közöltek adatokat. A szerzők irodalomkutatása kiegészült egy empirikus kutatási résszel: fókuszcsoport keretében hét olyan személyt kérdeztek meg élményeikről, akik mind pszichoterápiában, mind lelkivezetésben részesültek, és a kapott eredményeket a Grounded Theory módszerével elemezték. A hét résztvevő közül hatan nem egy időben részesültek a két segítőfolyamatban, mindössze egy személynek volt tapasztalata párhuzamos pszichoterápiáról és lelkivezetésről. Az irodalomkutatás és az empirikus adatok összevetésének eredményeiből a szerzők kiemelik, hogy a jó együttműködés érdekében mindkét terület számára fontos a másik ismerete. A lelkivezetők a pszichoterápiába küldés indikációjaként a spirituális fejlődést is blokkoló lélektani elakadás kezelését és/vagy a lelkivezetett mentális betegségének kezelését nevezték meg. A kereteket tekintve párhuzamos vagy egymást követő két folyamat részleteit a szerzők nem ismertetik, csak jelzik, hogy a fókuszcsoportos kutatás adatai szerint a kliensen/páciensen múlt a választás.

Az egyházi személyek és a pszichés ellátás szakemberei közti tágabb értelmű együttműködés gyakoriságáról Koenig kézikönyvében, a Weaver (1998) által írt fejezetben olvashatunk. A szerző hangsúlyozza, hogy jellemzően hiányzik az együttműködés, pedig az amerikaiak közül sokan először a klérushoz fordulnak, ha valamilyen mentális problémájuk vagy családi, kapcsolati nehézségük adódik. A klérus a hozzájuk fordulók 10%-át küldi tovább szakellátásba. Weaver véleménye szerint az együttműködést facilitálná, ha mind az egyházi személyek képzésében, mind a pszichoterapeuta képzésben több információ hangzana el a másik szakterületre vonatkozóan.

Richards és Bergin (2005) kézikönyvükben olyan eseteket említene, amelyekben valamilyen spirituális krízis, elakadás kapcsán pszichoterapeuták lelkivezetőhöz irányították páciensüket. Ugyanakkor sajnálatosnak tartják, hogy kevés a konkrét

információ az ilyen helyzetek gyakoriságáról, arányáról és az együttműködés módjáról. Olyan esetekről is beszámolnak, amikor a lelkivezetés negatívan hatott a lelkivezetett lelki egészségére, érzelmi problémákat eredményezett, melyeket aztán a lelkivezetett pszichoterápiába vitt. Mindezek fényében a szerzők azt javasolják, hogy a pszichoterapeuta explorálja a páciens lelkivezetéssel kapcsolatos érzéseit, attitűdjeit, tapasztalatait, mielőtt konkrét javaslatot tenne a lelkivezetőhöz küldésre. Másrészt a kliens érdekében, a teljesebb megértés, jobb együttműködés céljából helyeslik a kapcsolatfelvételt is a két segítő között, természetesen csak a páciens tudtával, beleegyezésével. Pozitív példaként említik, hogy más esetekben a lelkivezető küldte pszichoterápiába a klienst, aki egyébként valószínűleg soha nem keresett volna vagy fogadott volna el terápiás segítséget. A szerzők annak jelentőségét is kiemelik, hogy a terápia lezárultával a vallásos közösséghez kapcsolódás és a lelkivezetés is segítheti a páciens stabilitásának megtartásában, az elért eredmények megőrzésében. Összességében mind a továbbküldés, mind a kapcsolatfelvétel vonatkozásában javasolják az intenzívebb, gyakoribb együttműködést a pszichoterapeuta és a lelkivezető között.

Pamela Cooper-White (2007) konkrét ajánlást fogalmaz meg a lelkivezetés és a pszichoterápia együttműködésének kereteiről. Abból a gyakori esetből indul ki, hogy a pszichoterápia megkezdése előtt a páciensnek már van lelkivezetői kapcsolata. Szintén nem ritkán előfordul, hogy például egy szerzetesrend javasolja növendékének, hogy mindkét segítséget vegye igénybe. A szerző beszámol azokról az esetekről is, amikor maga a lelkivezető küldi pszichoterápiába a lelkivezetettet. Ezek tehát a leggyakrabban felmerülő helyzetek, amikor a két terület együttműködése válik szükségessé. Ha a páciens a terápia megkezdése előtt már jár lelkivezetőhöz, fontos annak tisztázása, hogy milyen gyakoriságú, intenzitású a lelkivezetés. Fennáll ugyanis a hasítás veszélye. A páciensek tudattalanul arra használhatják a két segítőkapcsolatot, hogy „felhígítsák” az áttétel és viszontáttétel intenzitását, s e háritás által „biztonságosan”, egymástól elkülönítve, fragmentálva tartsák belső élményviláguk elemeit. „A »spirituálisnak« nevezett területek leválasztódhatnak, és a lelkivezetés számára lesznek fenntartva, míg a páciens spirituális életének fontos belső megmozdulásai lehet, hogy a terapeutához utalódnak. Mindkét folyamat zavart szenved. [...] Végül a terápia oldaláról a párhuzamos lelkivezetés és pszichoterápia felhígíthatja mindkét folyamat

hatékonyságát, mivel két (ha nem kettős, megosztó) áttételi viszony működik egyszerre. Legrosszabb esetben a páciens mindkét segítőt akaratlanul is abba a kellemetlen helyzetbe hozhatja, hogy a projekciók által egymás ellen hangolja, a projektív identifikáción keresztül pedig versenytárs- vagy egymás ellen védekező szerepbe sodorja őket (ezt a rendszerszemléletű családterápiás terminológia triangulációnak nevezi). Mindeközben kevés esélyük marad annak felismerésére, hogy mi is történik, mivel a teljes képhez csak a páciensnek van hozzáférése” (Cooper-White 2007¹¹). Mindezek alapján a szerző azt javasolja, hogy ha párhuzamosan fut a pszichoterápia és a lelkivezetés, utóbbit szűkítsék havi egyszeri találkozásra, hogy kevésbé zavarja az áttételi kapcsolatot. Szintén ajánlja, hogy a pszichoterapeuta időről időre adjon teret a pszichoterápiában annak, hogy a páciens behozza a lelkivezetésben megélt belső változásait, belátásait, ezáltal is segítve az integrációt. Tanácsolja továbbá, hogy mintegy pszichoedukációs jelleggel a pszichoterapeuta világítsa meg, tegye érthetővé, megélhetővé a páciens számára e keretek jelentőségét. Arra is érdemes bátorítani a páciens, hogy lelkivezetőjének jelezze, pszichoterápiás folyamatba kezd, mivel az hatással lehet a lelkivezetés folyamatára. Vannak lelkivezetők, akik ilyenkor egy időre szüneteltetik a lelkivezetést. Egyrészt mert a hitéletben, istenkapcsolatban való fejlődéshez, továbblépéshez is valóban szükséges a lelkivezetett részéről a lélektani munka, vagy azért, mert a pszichoterápiás folyamat olyan regresszióba vivő, sérülékenyebb időszakot jelent a páciens számára, amely csökkentheti a lelkivezetés hatékonyságát, sőt akár kockázatos is lehet a páciens biztonsága, integritása szempontjából. Az intenzívebb, speciális lelkivezetési formák, mint például a heti találkozásokkal járó, egy éven keresztül zajló „mindennapok lelkigyakorlata” vagy a harmincnapos Szent Ignác-i lelkigyakorlat, csak nagy körültekintéssel végezhető párhuzamosan egy pszichoterápiás folyamattal. Ilyenkor valószínűleg jobb, ha nem egyszerre indul a kettő, hanem a lelkigyakorlatba csak akkor kezd bele a páciens, amikor már kialakult egy biztonságos terápiás kapcsolat a pszichoterapeutával, tehát

¹¹ „Things, that are considered to be 'spiritual' may be cordoned off and saved for spiritual direction, while important clues to the inner movement of the patient's spiritual life may be reserved for the therapist. Both process suffer. [...] From the side of the therapy, at the very least, simultaneous therapy and spiritual direction may dilute the effectiveness of both processes because dual (if not dueling) transferences are actually at work. As its worst, it can set all the professionals involved in an unwitting position of being pitted against one another projectively through projective identification to begin competing and advocating against one another (in family systems terminology, triangulated), with little opportunity to understand what is happening because only the patient has access to the whole picture.”

hosszú pszichoterápia esetén nem az első fél évben. Ha a páciens közössége kezdeményezte, hogy vegyen részt pszichoterápiában és lelkiezetésben is, javasolható, hogy egymás után végezze őket, a lélektani munkával megalapozva a későbbi lelkiezetést (Cooper-White 2007).

Egyedülálló integrációs kísérlet a pszichoterápia és a lelkiezetés együttes végzésére a David G. Benner (2005) által kidolgozott „Intensive Soul Care”,¹² amely két- vagy háromhetes lelkiegyakorlatos forma. Résztvevői egyszerre részesülnek pszichoterápiában és lelkiezetésben, utóbbiban az ignáci hagyományt követve. Az eredeti ötlet egy páciens-től származik, aki ilyen kéréssel fordult Bennerhez. A terapeuta akkor még nem tartotta elképzelhetőnek a két folyamat integrálását, ahogy ezt a témáról szóló könyvében (Benner 1988) ki is fejt. Egy évtizeddel később azonban revideálta korábbi véleményét, és kidolgozta a módszer kereteit. Rendszeresen tart efféle programokat olyanok számára, akik egyszerre keresnek kezelést pszichológiai problémájukra és támogatást spirituális útkeresésükben. Többnyire egy évvel a meghirdetett időpont előtt már jelentkeznek a leendő résztvevők. A háromhetes kezelést hosszú előkészítő időszak előzi meg, melynek során pszichológiai tesztek készülnek, és a leendő pácienseknek önéletrajzot is kell írniuk. Az előzetes levelezés során dől el, hogy a jelentkező részt vesz-e a kurzuson, illetve mind a terápiás, mind a lelkiezetésre vonatkozó fókusz. A kezelés során naponta egy vagy két másfél órás ülésen fogadja a pácienseket Benner. Analitikus keretben dolgozik, és a Szent Ignác-i lelkiegyakorlatok kísérésére is kiképezték. A lelkiezetés és a feltáró terápiás munka egyensúlya és időzítése személyre szabott, aszerint hogy a páciens milyen tartalmakat visz, s milyen dinamika alakul ki az ülések során.

Benes (Benes és mtsai 2000) tágabb perspektívában, a lehetséges szolgáltatások rendszerének felépítésével kapcsolatban, konkrét gyülekezeti programok példájából kiindulva beszél a klérus és a pszichológiai ellátás együttműködéséről. A direkt és az indirekt együttműködés két lehetséges modelljét nevezi meg: a direkt modellben a lelkipásztor pszichológushoz küldi tovább a gyülekezeti tagokat, az indirekt együttműködési modellben pedig ő, illetve a munkacsoportja konzultál, együtt dolgozik a pszichológussal, hogy a gyülekezetben felmerülő igényekre, problémákra válaszolva mentálhigiénés jellegű programok, szolgáltatások rendszerét építsék ki közösen.

¹²Nyersfordításban: „intenzív lélekápolás”.

Hefti (2011) a svájci Langenthal pszichoszomatikus, pszichiátriai és pszichoterápiás klinika gyakorlatát bemutatva pszichoterapeuták és lelkigondozók osztályos keretek között megvalósuló együttműködésről ír tanulmányában. A klinika a kiterjesztett bio-pszicho-szociális modell elméleti keretére épít, terápiás koncepciójának integráns része a spirituális szinttel való munka is. Alapfeltevésük, hogy minden mentális betegség esetén érintett az egzisztenciális, így végső soron a spirituális dimenzió is. Minden páciens esetében spirituális anamnézist is vesznek fel, különös hangsúlyt fektetve a spirituális erőforrásokra és sérülésekre. A páciens spirituális jellegű célokat is megfogalmazhat a kezelési terv részeként, például azt, hogy visszanyerje a reményt és a jelentésteliséget, erősítse istenkapcsolatát, hogy hathatósabban meg tudjon küzdeni betegségével, jobban felfedezze Isten jelenlétét az életében, stb. A célokat egy interdiszciplináris team egyezteti, melynek egy lelkigondozó is tagja. Fontos, hogy a spirituális célok összhangban legyenek, egy irányba mutassanak a kezelési célokkal, például ne elfedésként, háritásként használja őket a páciens. A klinikán hatékonyságvizsgálatokat végeztek, melyek során nemcsak a tüneti javulást mérték fel, hanem a spirituális intervenciók szerepét, hatását is a kezelésben. Az eredmények alapján elmondható, hogy a spiritualitással kapcsolatos intervenciók integrálása a kezelésbe fokozta a terápiás hatékonyságot.

Egy hazai, Tomcsányi Teodóra köré szerveződött munkacsoport a *Pszichoterápia* folyóirat hasábjain megjelent cikksorozatban mutatta be a lelkivezetés, a lelkigondozás és a pszichoterápia kompetenciahatárait (Tomcsányi és mtsai 2008, 2009, Csáky-Pallavicini és mtsai 2008), kitérve az együttműködés lehetőségeire is. Ezekben a tanulmányokban példákat olvashatunk ilyen folyamatokról, helyzetekről. Az együttműködés mikéntjére, alapelveire vonatkozó irányelveket idézem most a szerzőktől: „Az idézett példákból kitűnik, hogy a kétféle segítség miként egészítheti ki egymást. Szükséges viszont ehhez, hogy a szakemberek tudják, hogy mi történik a másik fajta segítségben, az hogyan fogja kiegészíteni saját munkájukat, és szükséges továbbá, hogy megbízzanak egymás munkájában” (Tomcsányi és mtsai 2009, 25).

1.4. Pszichoterápia és spiritualitás

1.4.1. A pszichoterápia és spiritualitás közös története

A pszichoterápia és a spiritualitás egymáshoz való viszonyában a kezdeti távolságtartást folyamatosan váltja fel a közeledés (Székely 2006). A hajdani elhatárolódás vélhetően azzal is összefüggésbe hozható, hogy a pszichoterápia kezdeteinél fontos törekvés volt, hogy a mentális működéssel kapcsolatos megfigyelések, felfedezések minél inkább megfeleljenek az empirikus tudományosság kritériumainak. Ez is oka lehetett a spiritualitással kapcsolatos témák elutasításának (Székely 2006). Ugyanakkor a freudi örökségnek is szerepe volt ebben. Sigmund Freud (1856–1939) *Egy illúzió jövője* című 1927-es írásában (Freud 2003) beszél a vallásról, kollektív neurózisként mutatva be azt a jelenséget, amikor az élet frusztrációinak, kudarcainak enyhítésére egy hatalmas gondoskodó apát képzelünk el a magunk számára. Többek közt erre vezethető vissza, hogy a freudi elméletet vallásellenesnek tartják. Szintén említésre méltó Freud és barátja, Oskar Pfister protestáns lelkész párbeszéde, levelezése. Pfister beszámol az „óceáni érzés” tapasztalatáról, amelyet ő maga is átélt, és sok más embertől is hallott róla, s emiatt nem tudja elképzelni, hogy a vallás pusztán illúzió lenne. Érzését így önti szavakba: határtalan, korlát nélküli érzés, amely olyan, mint az „örökkévalóság sejtelme”. „Ez az érzés szubjektív tény, semmilyen hittétel, a személyes fennmaradás semmilyen biztosítéka nem kapcsolódik hozzá, azonban forrása a vallásos energiának, amelyet a különböző egyházak és vallási rendszerek megragadnak, és meghatározott csatornába vezetve bizonyosan fel is használnak.” Freud így reagált barátja soraira: „Tisztelt barátomnak – aki egyszer az illúzió varázsát maga is költőien méltatta – ez a nyilatkozata nem csekély nehézséget okozott nekem. Én ezt az »óceáni« érzést nem fedeztem fel magamban. [...] Saját személyemet illetően egy ilyen érzés primer természetéről nem lennék meggyőződve. Ezért azonban nem tagadhatom, hogy ténylegesen előfordul másoknál” (Freud 1992, 6). Freud arra utal, hogy valószínűleg maga az óceáni érzés is visszavezethető olyan egészen korai egységélményekre, melyek transzcendens okok nélkül is magyarázhatják megjelenését.¹³ Azon a mezsgyén, ahol mindkét magyarázat (a spirituális tapasztalat önálló létjogosultságának elfogadása vagy

¹³ „Mai énézésünk tehát csupán összezsugorodott maradéka egy átfogó – sőt mindent átfogó – érzésnek, mely az én és a külvilág bensőségebb kapcsolatának felelt meg. Ha feltételezhetjük, hogy ez a primer énézés sok ember lelki életében – kisebb vagy nagyobb mértékben – fennmaradt, akkor az érett kor szorosabban és élesebben körülhatárolt énézése mint egyfajta párja zárkózik fel hozzá, és az ahhoz tartozó képzettartalmak, a határtalanság és a mindenséggel való összetartozás volnának éppen ugyanazok, mint amelyekkel a barátom az »óceáni« érzést magyarázza” (Freud 1992, 10).

pszichológiai szintre redukálása) felé lehetséges elindulni, Freud végül is az utóbbi álláspontra helyezkedik, de nyitott a párbeszédre. Pfisterrel folytatott levelezéséből származik a következő idézet Freudtól: „A pszichoanalízis önmagában nem vallásos, sem nem vallásos, hanem pártatlan (elfogulatlan, részrehajlás nélküli, állást nem foglaló) eszköz, amelyet a pap és a laikus is használhat a szenvedők szolgálatában” (Freud és Pfister 1963, 17). Összességében tehát a freudi hagyomány inkább a vallás, a spiritualitás pszichológiai szintre redukálása vagy neurotikus feldolgozásmódként való azonosítása felé mutat (Bartoli 2007, Székely 2006).

Freud baráti, tanítványi körében többeknek más volt a véleményük a spiritualitásról. Carl Gustav Jung fontos szerepet tulajdonít a vallásnak és a spiritualitásnak a lelki életben. Jung egy protestáns lelkész fia volt, gyermekkorától hitben nevelték. Felnőtt fejjel személyes megtapasztalásai, istenélményei is voltak, melyeket önéletrajzi könyvében le is ír (Jung 1997). Ennek ellenére nem mondja magát vallásosnak, de szembe sem helyezkedik a hittel, mint Freud. Istent az emberiség egyik archetípusának tartja: az archetípus a kollektív tudattalan része, mely az emberiség közös, ősi tapasztalatainak képeit tartalmazza. Jung szerint az ember természeténél fogva nyitott a vallásra, mert lelke mélyén él benne Istenről egy elképzelés, amelynek valamilyen konkrét formát próbál adni egy-egy vallás alakjaival. Tehát a vallás kibontakoztatása a személy életében a Jung nevéhez fűződő analitikus pszichológia megközelítésében értékhardozó. Ugyanakkor a személyes Istennel való kapcsolat (teisztikus spiritualitás) kevésbé kap teret a jungi megközelítmódban. A transzcendens valóság mint olyan feltételezésének kérdését Jung megkerüli, csak a lélektani szintű hatásokkal, élményekkel foglalkozik: „A vallási élmény közvetítője a tudattalan, de utóbbi nem egyenlő Istennel. A távolabbi okot az emberi érzékelés nem képes megmondani” (Jung 1994, 25). „Amit én állítok, az nem hit, hanem tudás, nem magáról az Istenről, hanem a lélek tényeiről” (Jung 1994, 14).

A pszichoanalízist továbbvivő és továbbfejlesztő iskolák egyes követőinek, némely későbbi nagy pszichoanalitikus elméletalkotónak is más volt a véleménye a spiritualitásról, mint Freudnak. A 20. század közepétől a vallás, spiritualitás pozitív pszichológiai jelentősége felé való nyitás többeknél megjelenik a kiemelkedő pszichoanalitikusok közül, például Eriksonnál, Fairbairnnél, Guntripnél, Winnicottnál és Kohutnál (Székely 2006). A Freud utáni pszichoanalízis a vallás témakörében egyre

inkább az esettörténetekre irányította érdeklődését. A szerzők a vallást már nem kulturális jelenségként tárgyalták, hanem az egyén személyes vallásosságára koncentráltak (Aletti 2005). Egyre elfogadottabbá vált, hogy a vallás pszichoanalízise csak akkor lehet gyümölcsöző, ha a személyes fejlődési útra vonatkoztatják. Az interdiszciplináris megközelítések közül pedig egyre népszerűbbé vált a pszichoanalízis és az idegtudományok, a kulturális pszichológia, illetve a kötődélméletek közös értelmezési keretként való alkalmazása a vallásos jelenségek megértése érdekében (Aletti 2005, Kirkpatrick 1992).

A kognitív viselkedésterápia történetében először szintén negatív attitűd, majd olyamatos nyitás, integráció volt tapasztalható a vallással kapcsolatban. A kezdetek Albert Ellis (1913–2007) és Aaron T. Beck (1921–) nevéhez köthetők. A racionális érzelmi viselkedésterápiát (rational emotional behaviour therapy) kidolgozó Ellis ateistának vallotta magát. Fő előadója volt a chicagói 10. Nemzeti Amerikai Ateista Kongresszusnak, *The case against religiosity* [Fellépés a vallás ellen] címmel meg is jelentek ott elhangzott gondolatai (Ellis 1983). Ellis kifejti, hogy a vallás „direkt módon szemben áll a mentális egészség célkitűzéseivel, hiszen magában foglalja a mazochizmust, a másokra irányultságot, az intoleranciát, a bizonytalanságtűrés elutasítását, a tudománytalan gondolkodást, a szükségtelen gátlásokat és a megalázkodást” (Ellis 1983, 12¹⁴). Sorra veszi az általános, a személy integritására, autonómiájára, jóllétére vonatkozó terápiás célkitűzéseket, majd elemzi, hogy ezekkel miként áll szemben a vallásosság, annak is elsősorban a fundamentalista megközelítése. Érdekesképp elmondható, hogy más olyan ideológiákat is hasonlóan károsnak tart, amelyek dogmatikusak, abszolutisztikusak, és azt állítják, hogy végső válaszokat kívánnak nyújtani tulajdonképpen minden fontos kérdésre, és azok követése feltétele a kielégítő életvitelnek. Ezeket Ellis „szekuláris vallásoknak” nevezi, köztük említve a marxizmust, de a freudizmust is (Ellis 1983). A racionális érzelmi viselkedésterápia célkitűzésként nevezi meg az irracionális, diszfunkcionális hiedelmek leépítését, köztük a vallásos hiedelmekét is. „A racionális érzelmi viselkedésterápia más szóval túllép a szokványos belátásorientált és a páciens elfogadására építő kezelési módszereken azáltal, hogy a népszerűsített eszmékről leválasztja (depropagálja) a páciens, és

¹⁴ „Religion is [...] directly opposed to the goals of mental health – since it basically consist of masochism, other-directedness, intolerance, refusal to accept uncertainty, unscientific thinking, needless inhibition, and self-abasement.”

megtanítja neki, hogyan vegye fel a harcot azokkal a nagyon irracionális, lényegileg babonás és vallásos hiedelmekkel, melyeket a szülein és a kultúrán keresztül sajátított el, egészen addig, míg azok valóban meg nem semmisülnek” (Ellis 1983, 17¹⁵). Ellis szemlélete idővel sokat változott. Később is ateistának vallotta magát, ezen belül is „probabilista ateistának”, amelyen azt értette, hogy nem ragaszkodik Isten nemlétének állításához, de olyan csekélynek tartja létezése valószínűségét, hogy irracionális lenne ehhez igazítani az életvitelét (Nielsen és mtsai 2001). Ezzel együtt vállalta el munkássága késői szakaszában a *Counseling and Psychotherapy with Religious Persons – A Rational Emotive Behavior Therapy Approach* [Tanácsadás és pszichoterápia vallásos személyek számára – Racionális érzelmi viselkedésterápiás megközelítés] című könyv (Nielsen és mtsai 2001) megírására vonatkozó felkérést. A kötet kitér a lelki egészség szempontjából előnyös és káros vallásos hiedelmekre és a velük kapcsolatos, őket integráló terápiás intervenciókra is. A könyv szerzői – akik közül ketten istenhívők – az előszóban kifejtik, hogy maga a módszertan vezette és segítette őket egységre, eltérő világnézetük nem akadályozta jelentősen együttműködésüket (Nielsen és mtsai 2001), miközben az Istennel kapcsolatos kogníciók előnyös vagy hátrányos voltak elemezték.

A pszichoterápia történetének harmadik olyan iránya, amely a spiritualitáshoz és a valláshoz való viszony szempontjából is meghatározó, a humanisztikus pszichológia elterjedése. „A humanisztikus pszichológia a harmincas években indult útjára az Egyesült Államokban mint a pszichoanalízis és a viselkedés-lélektan mellett megjelenő úgynevezett »harmadik erő«, s igen gyorsan utat tört magának. [...] A humanisztikus pszichológia új emberképében legfőbb, hogy az ember több, mint részeinek összessége. Választási és döntési helyzetben van, nem kiszolgáltatott. Viselkedése célra irányul, értékei szerint cselekszik, ez képezi identitásának alapját. A létezés emberi kapcsolatokban fejlődik és zajlik. Az ember alapvető természetes impulzusai nem egoisztikusak, hanem pozitív értelműek, egy állandó növekedési folyamat alapjai, melynek célja az önmegvalósítás. [...] Az embert leginkább az úgynevezett

¹⁵ „Rational-emotional psychotherapy, in other words, goes distinctly beyond the usual insight-producing and patient-accepting methods of treatment in that it actively depropagandizes the patient and teaches him how the highly irrational and essentially superstitious and religious beliefs that he acquired from his parents and his culture can be thoroughly combated until they are truly non-existent.”

önaktualizációs tendencia hajtja előre: ez a növekedési potenciál minden organizmus sajátja” (Pintér 2015, 309).

Carl Ransom Rogers (1902–1987), a személyközpontú pszichoterápia kidolgozója a humanisztikus iskola fontos alakja. Rogers „négy fivérével és két nővérével – saját megítélése szerint – autoriter nevelési környezetben nőtt fel, melyet szigorú protestáns-kálvinista munkaerölcs fémjelzett. Az érzelmeknek kevés helye volt a családban. [...] Tökéletes kereszténnyé – mondja emlékezéseiben Rogers – így sem válhatott az ember, valahogyan mindig bűnös maradt” (Baumgartner 2006, 422). New Yorkban liberális, protestáns teológiai tanulmányokba kezdett – azonban ezeket később félbehagyta. Átváltott a pedagógiai főiskolára, ahol klinikai pszichológiát és neveléstudományt tanult. 1951-ben jelent meg egyik alapműve, a *Client-centered Therapy* [Személyközpontú pszichoterápia], majd a következő években folyamatosan dolgozta ki nondirektivitásra, hitelességre, kongruenciára és empátiára építő megközelítésmódját. A rogersi személyközpontú, humanisztikus szemlélet hatása túlmutat a pszichoterápiás szakma világán. Ő maga így fogalmaz: „Azt gondoltam, hogy pszichoterapeutáknak írok, de meglepetésemre rá kellett jönnöm, hogy az embereknek írok – ápolóknak, háziasszonyoknak, az üzleti világ képviselőinek, papoknak, lelkészeknek, tanároknak, fiataloknak – mindenféle embernek. [...] Úgy hiszem, azóta minden írásom tartalmazza azt a felismerést, hogy ami igaz a terapeuta és a páciens kapcsolatára, az éppúgy igaz lehet a házasságra, a családra, az iskolára, az ügyintézésre, a kultúrák és országok közti kapcsolatokra” (Rogers 1980, 8¹⁶).

A humanisztikus-egzisztencialista megközelítés képviselői körében a vallás potenciális erőforrásként, kiteljesedési útként is megjelenik, így például Gordon Allportnál (1950), Abraham Maslow-nál (1964) és Viktor E. Franklnál (2018). Allporttól származik az intrinzik és extrinzik vallásosság megkülönböztetése, ami továbbvezet a vallás növekedést segítő és patologizáló formáinak leírásához (Bartoli 2007). Frankl (1975, hivatkozás: Bartoli 2007) amellet érvel, hogy minden emberre univerzálisan jellemző az élet értelmének keresése, ezáltal egyfajta vallás iránti igény is, ha ez nem is tudatos. Logoterápiájának alapja az ember holisztikus szemlélete, miszerint

¹⁶„I had thought I was writing for psychotherapists, but to my astonishment discovered I was writing for *people* – nurses, housewives, people in the business world, priests, ministers, teachers, youth – all manner of people. [...] I believe that all my writing since contains the realization that what is true in a relationship between therapist and client may well be true for a marriage, a family, a school, an administration, a relationship between cultures and countries.”

„minden individuum a szomatikus, pszichés és spirituális dimenziók teljessége. A pszichoterápiák nagy része csak az első kettővel foglalkozik, Frankl éppen ezért a harmadikat helyezi a középpontba. A spiritualitást, melyből a szeretet és a lelkiismeret származik” (Pintér 2015, 321).

A humanisztikus lélektanra épülő irányzatok közül egyházi közegben is népszerűvé vált nagy hatású csoportmódszer a Moreno-féle pszichodráma és a Rogers nevéhez köthető encountercsoportok, melyek szintén átszövik mind a civil, mind az egyházi szférát.

A vallásnak és a spiritualitásnak a pszichoterápiás szakmán belüli fókuszba kerüléséről összességében elmondható, hogy a 20. század első felében alig került elő a téma, majd a század második felében bontakozott ki fokozott nyitás, érdeklődés. A század első felének tanulmányai többnyire pszichoanalitikus szemléletben íródtak, és a vallás patológiával összefüggő aspektusaira fókuszáltak (Bartoli 2007). A hatvanas évektől volt érzékelhető jelentősebb változás, nyitás, a nyolcvanas évektől pedig szinte felkapottá vált a téma (Bartoli 2007), amit a publikációk számának ugrásszerű emelkedése is bizonyít. Az eltolódás nemcsak a számokban, hanem a viszonyulásmódban is tetten érhető: egyre inkább fókuszba került a vallás és a spiritualitás személyes fejlődést szolgáló vonatkozása is, nem csak a patológia (Bartoli 2007). A spiritualitás mentális egészséggel és betegséggel kapcsolatos jelentőségének fókuszba kerülését jelzi az is, hogy már a DSM-IV 1994-es kiadásában találkozhatunk a „vallási és spirituális problémával” mint diagnosztikus kategóriával (Székely 2006). A 2013-as kiadású DSM V-ben pedig a klinikai figyelmet igénylő egyéb állapotok között szerepel a „vallásos vagy spirituális probléma” s mellette a hozzá tartozó BNO-10 kód is (Z65.8) (Nussbaum 2013).

1.4.2. Magyarországi kezdeményezések

Bár a pszichoterápia és a spiritualitás/vallás egyaránt kevés teret kaphatott a rendszerváltás előtti Magyarországon, már ebből az időszakból is ismerünk hazai kezdeményezéseket a pszichoterápia és a spiritualitás közös területéről. Az egyik első munkacsoport, amely a hatvanas évektől működött, a jungi szemlélettel dolgozók körében szerveződött. Idetartozott Gyökössy Endre, a jungi analitikusi továbbképzéssel rendelkező református lelkész, Koronkai Bertalan és Süle Ferenc pszichiáterek, Bodrog

Miklós evangélikus lelkész, szintén jungi szemléletű továbbképzéssel és G. Donáth Blanka pszichológus. Ez a munkacsoport hívta meg Magyarországra Viktor E. Franklt, a logoterápia megalkotóját. 1991 és 2000 között Süle Ferenc vezetésével az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben valláslélektani osztály is működött (Jáki és mtsai 2016).

A vallás és a lélektan együttműködését célozta az az ökumenikus rendezvénysorozat is, amely a nyolcvanas években indult a Budapesti Piarista Gimnáziumban. Előadói között szerepeltek különböző pszichoterápiás iskolákat és felekezeteket képviselő szakemberek, például Bagdy Emőke és Gyökössy Endre. Az előadás-sorozat tematikájából tanulmánykötet is megjelent (Jelenits és Tomcsányi 1988). „Részben e műhelyből nőtt ki a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének valláspszichológiával, lelkigondozással foglalkozó csoportja, mely magára vállalta alapművek kiadását (Vergote 2001, 2008; Baumgartner 2006), valláspszichológiai kutatásokat, tanulmányokat publikált nemzetközi és hazai folyóiratokban is, többségében a *Pszichoterápiában*, és a szóban forgó témában kísért és kísér habilitációs és PhD-munkákat” (Jáki és mtsai 2016, 293). Újabb irányzatként jelent meg a transzperszonális pszichológia, melynek megismertetésében jelentős szerepet vállalt Bagdy Emőke (Bagdy 1996). Szintén fontos megemlíteni Szőnyi Magda nevét, aki a relaxációs és szimbólumterápiás módszer képviselőjeként foglalkozott a spiritualitás kérdéskörével, valamint Székely Ilona szerzetesnőt, családterapeutát, aki tárgykapcsolat-elméleti megközelítéssel dolgozott, s a vallás és a pszichoterápia párbeszéde elméleti és gyakorlati munkásságának egyik fő irányvonala (Székely 2006). „A vallás és a lélektan kapcsolata területén fontos megemlíteni Horváth-Szabó Katalin munkásságát, aki több összefoglaló művet jelentetett meg a témáról (Horváth-Szabó 2003, 2007). A lélektani és mentálhigiénés témájú folyóiratok közül a *Pszichológiai Szemle*, a *Pszichológia*, a *Psychiatria Hungarica*, a *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* és az *Embertárs* is jelentetett meg tanulmányokat a kísérleti és alkalmazott valláslélektan köréből, a *Pszichoterápiában* pedig számos fontos témakörben jelentek meg vitaindító fórumok is” (Jáki és mtsai 2016, 293).

Kulcsár Zsuzsanna 1999-ben jelentette meg Piedmont (1999) tanulmányának magyar fordítását, illetve két doktorandusznak a cikkről írt kritikai elemzését (Kulcsár 2007). A Piedmont által kidolgozott spirituális transzcendencia mérőskála (Spiritual

Transcendence Scale) hazai adaptációja pedig Tomcsányi és munkatársai nevéhez kötődik.

1.4.3. A spiritualitás pszichoterápiás jelentősége – kutatási irányok

A spiritualitás pszichoterápiás jelentőségét jelzi, hogy egyetemes emberi jellemző, része az élményvilágnak, mely a pszichoterápiás térbe is bekerülhet, sok más tartalommal együtt, azokkal összefonódva, kihatva a személy jóllétére, önértelmezésére, megküzdésére, pszichés ökonómiájára. Piedmont úttörő tanulmányában a személyiség hatodik, független dimenziójaként írja le a spiritualitást (Piedmont 1999). Az általa megalkotott spirituális transzcendencia skálával különítette el ezt a személyiségdimenziót a „big five”-ként emlegetett másik öt mellett. A spirituális transzcendencia Piedmont megfogalmazása szerint a személy azon képességére utal, mely lehetővé teszi, hogy a pillanatnyi időtől, tértől függetlenül nagyobb, objektívabb távlatban szemlélje az életet. E transzcendens perspektíva elvezet a másokkal való fokozott egység- és sorsközösség élményéhez, mely erősíti a többi ember iránti felelősségvállalást. A spirituális transzcendencia a személy olyan alapvető képessége, mely intrinzik motiváció forrása, és ezáltal irányítója a viselkedésnek (Piedmont 1999). A spirituális transzcendencia skála három alszála az ima/meditáció által érzett beteljesülés, az univerzalitás, valamint az összekötöttség. A skála magyar adaptációját pszichoterapeuták, hitéleti végzettségűek és egyéb segítőfoglalkozásúak spiritualitásának kutatása során alkalmazták hazai mintán (Tomcsányi és mtsai 2010, 2011, 2013). A hitéleti végzettségűek a többi csoportnál magasabb pontértékeket mutattak az ima/meditáció következtében érzett beteljesülés és az univerzalitás alszálaikon, míg az összekötöttség alszálaán a pszichoterapeuták pontértékei voltak a legmagasabbak.

A spiritualitás pszichoterápiás jelentőségére hívja fel a figyelmet az a tény is, hogy a páciensek jelentős része igényli, hogy spirituális/vallási tartalmakat vihessen be a terápiába (Vieten 2013, Bienenfeld és Yager 2007, D’Souza 2002, Morrison és mtsai 2009, Knox és mtsai 2005, Rose és mtsai 2008). 1992 és 2012 közti Gallup-felmérések tanúsága szerint az amerikaiak 55–59%-a tartja a vallást nagyon fontosnak a saját életében, 24–29% meglehetősen fontosnak tartja, istenhívőnek pedig 92% mondja magát. Valamilyen komoly élethelyzeti problémával való megküzdés során az

amerikaiak kétharmada előnyben részesítené, hogy olyan pszichoterapeutához forduljon, aki számára a spirituális értékek fontosak, és ezeket integrálja a pszichoterápiába (Vieten 2013). Rose és munkatársai (2008) kutatásukban pácienseket kérdeztek arról, mennyire igényelnék spirituális kérdések bevitelét a terápiába. A válaszadók 63%-a szerint a pszichoterápiában helyük van a spiritualitással, vallással kapcsolatos kérdéseknek, 25%-uk pedig személyesen is igényelné ezt.

A spiritualitás és a pszichoterápia összefüggését tekintve fontos kutatási irány a lelki egészség és a spiritualitás/vallásosság kapcsolatának vizsgálata (Paloutzian és Park 2013). Az erre vonatkozó tanulmányok eredményeinek összegzéseiben azt találjuk, hogy a vallás/spiritualitás mind pozitív, mind negatív irányba befolyásolhatja a mentális egészséget, de összességében jelentősebb a lelki egészségvédő hatásuk (Bucher 2018). A kutatások hátránya, hogy kevés a longitudinális vizsgálat, ami beszűkíti az eredmények értelmezésének lehetőségét (Park és Slattery 2013). A metaanalízisek arról tanúskodnak, hogy a vallásosság/spiritualitás pozitívan korrelál a szerhasználat alacsonyabb szintjével, az affektív zavarok alacsonyabb szintjével, a kisebb öngyilkossági aránnyal és a jóllét magasabb értékeivel (Park és Slattery 2013). A közvetítő (moderáló) tényezőket viszonylag kevés tanulmány választja kutatási tárgynak, inkább hipotéziseket fogalmaznak meg ezekre vonatkozóan. Lehetséges pozitív közvetítő tényezőként említik a társas támogatást, a szociális identitást, az életvezetési irányelveket, a megbocsátást, magát a pozitív istenkapcsolatot, a vallásos erőforrásokat és megküzdési stratégiákat, gyakorlatokat, az értelemteliség érzését és a halál utáni életben való hitet (Park és Slattery 2013). A negatív közvetítő tényezők között – tehát amelyek a lelki egészséggel való negatív összefüggésért lehetnek felelősek – említik a szerzők a negatív színezetű vallásos attribúciót, a negatív társas interakciókat, érzéseket, illetve azokat a vallásos vélekedéseket, melyek kontraindikáltnak címkézik az ellátást, sőt magát a segítségkérést (Park és Slattery 2013). Természetesen a vallásosság formái, típusai szerint is differenciálható, mennyiben pozitív vagy negatív a vallásosság és a lelki egészség összefüggése. A leggyakoribb elkülönítés az intrinzik/extrinzik vallásosság megkülönböztetése. Az előbbi többnyire védőfaktor, az utóbbi inkább rizikót jelent a lelki egészség szempontjából (Martos és Kézdy 2008). Az eltérő fejlődési szinteket képviselő vallásos

attitűdök (ortodox, külső kritika, relativizmus, második naivitás) (Hutsebaut 1996) szintén modulálják a vallás és a lelki egészség kapcsolatát.

A hazai országos reprezentatív kutatások közül a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által vezetett *Hungarostudy*ban, mely a magyar lakosság testi-lelki egészségi állapotának felmérését célozta, voltak a vallásosság szerepére irányuló kérdések is. Összefüggést találtak a vallásgyakorlás módja és az előző évben betegség miatt kiesett munkanapok száma, illetve a munkaképesség-csökkenés szubjektív megítélése között. Mindkét utóbbi kisebb arányú volt a vallásukat rendszeresen, egyházban gyakorlók körében (Kopp és mtsai 2004).

A spiritualitás és a pszichoterápia összefüggését vizsgálva leginkább a kvalitatív kutatások engednek betekintést a praxis finomabb részleteibe, a spiritualitás pszichoterápiás térben való megjelenésének módjába.

Hundt (2003, 2007) interjúkon alapuló kutatásában azt vizsgálta, hogyan és miért integrálják a pszichoterapeuták a spirituális értékeket és módszereket a munkájukba. Arra a következtetésre jutott, hogy a vallásos témák pszichoterápiás megközelítése nem lehet ideológiailag semleges. Crossley és Salter (2005) vizsgálatukban nyolc klinikai pszichológussal készült interjú alapján, a Grounded Theory¹⁷ módszerével elemezték a spirituális tartalmak megjelenését és sorsát a pszichoterápiás térben. Előfeltevéseik alapján arra számítottak, hogy mivel a szakemberek bizonytalan területnek érzik a spiritualitás kérdéskörének megközelítését, elkerülhetik a terápia során az ilyen tartalmakra való reflektálást, ami idővel a páciens élményvilágának töredezettségéhez vezethet. Eredményeik alapján két központi kategória rajzolódott ki: az első valóban a spiritualitást övező bizonytalanságra utal, mind megértésében, mind kezelése tekintetében. A második központi kategória a spiritualitással végzett terápiás munka tapasztalatait összegzi: eszerint a megkérdezett szakemberek próbáltak lépést tartani a páciens igényeivel, elfogadni a spirituális tartalmakat, hitet, amelyet a páciens bevitt, és követni az ezekhez kapcsolódó gondolatokat, érzéseket, fantáziákat.

Magaldi-Dopman és munkatársai (2011), szintén a Grounded Theory módszerével végzett, interjúkon alapuló vizsgálatukban tizennyolc amerikai pszichoterapeuta spirituális és vallási identitásfejlődését vizsgálták terápiás munkájuk vonatkozásában. Az interjúalanyok beszámoltak róla, hogy készületlenül érte és megoldoztatta őket a

¹⁷ A Grounded Theory vagy megalapozott elmélet módszerét a módszertani fejezetben ismertetem részletesen.

páciensek által bevitt spirituális tematika. Hatására maguk is változni kezdtek, s ez befolyásolta annak módját, ahogyan interakcióba léptek a pácienssel. A reakciókat tekintve a spirituális/vallási tartalmak teljes elkerülésétől az elbizonytalanodáson és saját spirituális identitásuk provokálódásán át a pácienssel közös fejlődés és spirituális élmény megéléséig sokféle kimenetellel zárult a közös út.

Blair 2015-ös tanulmányában szintén a Grounded Theory módszerével, kilenc pszichoterapeuta interjút elemezve vizsgálta, hogy spiritualitásuk miként befolyásolja pszichoterápiás munkájukat. Pszichoterapeutai és spirituális identitásuk integrálása hosszú és munkás folyamatnak bizonyult. A két legfontosabb tapasztalat, mely az interjúkból kirajzolódott, a saját spiritualitás közvetlen hatása a terápiás munkára, illetve annak kihívása, hogy a saját spiritualitás és a tágabb szakmai, professzionális közeg felfogása közti összhangot a terapeuta kimunkálja magában. Brown és munkatársai (2013) a Dél-Afrikai Köztársaságban végeztek fókuszcsoportos vizsgálatot tizenöt pszichológussal, arra a kérdésre keresve a választ, hogy a spirituális és vallásos témák mennyire kerülnek be a pszichoterápiába, és milyen tényezők segítik vagy gátolják ezt a folyamatot. Valamennyi résztvevő jelezte, hogy inkompetenciaérzéssel küzd, amelyet a képzés hiányosságával hoztak összefüggésbe.

Knox (Knox és mtsai 2005) páciensekkel készített interjúkat elemzett a Consensual Qualitative Research kvalitatív módszerével. Olyan pácienseket kérdezett meg, akik nem kifejezetten spirituális, hanem egyéb kérdéssel kerestek meg nem kifejezetten spirituális orientációval dolgozó terapeutákat. Arra volt kíváncsi, hogy mikor, milyen módon kerültek szóba spirituális tartalmak a terápiában, ezt mennyiben élte meg pozitívan vagy negatívan a páciens, s mi jellemezte a pozitív és negatív tapasztalatokat. Kiderült, hogy a páciensek által pozitívan megélt esetekben mindig ők maguk vitték be a témát, mivel kapcsolódott egy aktuális problémájukhoz. A negatív élménnyel záruló eseteknél fele-fele arányban a terapeuta, illetve a páciens kezdeményezte a spirituális témákról való beszélgetést, és a páciens nem érezte a megértést/elfogadást a terapeuta részéről.

Hazai kvalitatív kutatás is készült pszichoterapeuták körében a pszichoterápiában megjelenő spiritualitás összefüggéseit vizsgálva. A kutatás során – melyhez szorosan kapcsolódik jelen doktori értekezés anyaga is – harminc pszichoterapeutával készült félig strukturált interjú, melyet a Grounded Theory módszerével elemzett a Semmelweis

Egyetem Mentálhigiéné Intézetéhez kapcsolódó munkacsoportunk, Tomcsányi Teodóra vezetésével. A kutatás célja annak feltárása volt, hogy a pszichoterapeuták miként értelmezik a spirituális tartalmakat és élményeket a pszichoterápiás munka során, és mi történik ezekkel a tartalmakkal és élményekkel a terápiás üléseken. Az eredmények három fő téma köré szerveződtek, ezek aleteit mutatják be: a terapeuta spiritualitáshoz való viszonya megjelenik a pszichoterápiában; a terapeuta hatással van a spirituális tartalom helyére a pszichoterápiában; a terapeuta megélésében a pácienssel közös spirituális élmény jöhet létre. A feltárt pszichoterápiás tapasztalatokat három elméleti modell segítségével elemeztük tovább az eredményekről írt tanulmányban: a pszichoterápiás folyamat rendszerszemléletű megközelítése szerint, a páciens és a terapeuta közti interszubjektív tér vonatkozásában, valamint a terapeuta mentalizációs kapacitása összefüggésében (Tomcsányi és mtsai 2017).

1.4.4. Integrációs modellek a pszichoterápia és a spiritualitás vonatkozásában

A spiritualitás pszichoterápiás integrációjának többféle útja alakult ki. A legkézenfekvőbb az a minden pszichoterápiára jellemző nyitottság, hogy mindaz bekerülhet a terápiás térbe, ami a páciens számára fontos, aminek relevanciája van, ami az élményvilágához tartozik, ami foglalkoztatja. Így tehát a spirituális élmények is részét képezhetik a pszichoterápiás munkának, anélkül hogy erre kifejezett hangsúly helyeződne, akár a képzettséget, akár a terápiás forma megnevezését tekintve. Ilyenkor a pszichoterapeuta a spiritualitás lélektani vetületével dolgozik, nem lépve át kompetenciahatárait. Például foglalkozhat azzal, hogy a páciensre miként hat megfogalmazott istenképe, de magával az istenképpel, annak tartalmával, minőségével már nem dolgozik. Az európai kontinensen elsősorban ez a megközelítésmód terjedt el, ez felel meg a pszichoterápiás szakma szabályainak, etikai elveinek. Corveleyn (2000) belga pszichoanalitikus *jóindulatú semlegesség*nek nevezi ezt a viszonyulást.

További lehetséges megközelítésmódot képviselnek a *spiritualitást integráló pszichoterápiák*. Ez azoknak az elsősorban az Amerikai Egyesült Államokban teret hódító terápiás irányzatoknak a gyűjtőfogalma, amelyek kifejezetten spirituális orientációval dolgoznak. A spiritualitást integráló pszichoterápiák két nagy csoportját különböztethetjük meg: *az implicit és az explicit integrációt alkalmazó terápiákat* (Tan 1996). Az implicit és az explicit integrációt alkalmazó pszichoterápiás módszerek,

iskolák közös nevezője, hogy specializálódtak a spirituális kérdésekkel végzett munkára, vállaltan ilyen orientációval dolgoznak, de eltérő módon, módszerekkel. Az *implicit integráció* azt jelenti, hogy a terapeuta nem használ specifikus, célzottan a spiritualitásra irányuló eszközöket, és lélektani szinten közelíti meg az egyes jelenségeket, spirituális élményeket. Azonban annyi különbséget érdemes kiemelni az alapvető, általános pszichoterápiás nyitottság, semlegesség, illetve a spirituálisan orientált (a spiritualitást implicit módon integrálni törekvő) pszichoterápiák megközelítésmódja között, hogy bár „módszertanuk” nem különbözik, utóbbiak jobban fókuszba helyezik a spirituális kérdéseket, és tudatosan (képzetten) bánnak velük (Shafranske 2009, Helminiak 2001). Shafranske (2009), aki pszichodinamikus pszichoterápiás gyakorlata során alkalmazza az implicit integrációt, s külön szakkönyvet jelentetett meg a témáról (Sperry és Shafranske 2005), a következőképp fogalmaz: „A spirituálisan orientált pszichodinamikus pszichoterápia alapelveit és technikáit tekintve nem különbözik a pszichoanalitikus kezeléstől. Ugyanakkor külön figyelmet szentel annak, hogy a vallásos hitek, az istenreprezentációk és a spiritualitás milyen szerepet játszik a páciens lelki egyensúlyában és egészségében” (Shafranske 2009, 149¹⁸).

Ezzel szemben az explicit integrációt alkalmazó terápiás megközelítésekben a terapeuta direkt módon, szisztematikusan foglalkozik vallásos kérdésekkel a terápiában, és használ spirituális erőforrásokat, például utalhat az egyház tanítására, szent szövegekre, és az imát is alkalmazhatja. Tehát nem áll meg a spirituális élmények lélektani vetületével való foglalkozásnál, hanem tartalmilag is belemegy a spirituális szinttel való munkába. Tan (1996) kiemeli, hogy az explicit integrációt alkalmazó modellek tulajdonképpen a lelkivezetés egyes funkcióit is próbálják átvenni, ami akkor lehetséges legalább részlegesen, ha a terapeuta mind pszichoterápiásan, mind a lelkivezetés terén képzett.

A spiritualitás terápiás integrációjának az előzőktől lényegileg elkülönülő megközelítésmódja a *transzperszonális pszichoterápia*. Az irányzat az 1960-as években jelent meg az USA-ban. Programjuk szerint az ember teljes élménydimenziójával kívántak foglalkozni, beleértve a spiritualitást is. Tudományos társaságuk, az

¹⁸ „Spiritually oriented psychodynamic psychotherapy does not deviate from the fundamental principles and techniques of psychodynamic treatment. However, it pays particular attention to the role of religious beliefs, God-representations, and spirituality play in the psychic economy and health of the client.”

Association of Transpersonal Psychology 1972-ben alakult meg. Elsőként a Brit Pszichológiai Társaságban alakult transzperszonális szekció 1999-ben (Tornyossy 2015). Idehaza 1994-ben alakult meg a Magyar Transzperszonális Egyesület, de az egyetemi oktatásban (Debrecenben) már 1986-tól érezteti hatását a transzperszonális szemlélet. Napjainkban a Károli Gáspár Református Egyetemen speciális kollégiumként választható e terület. „A transzperszonális pszichológia két fogalmi alappillére: a transzcendálási szükséglet és a transzélmény (Bagdynál: extratudati dimenzió)” (Tornyossy 2015, 324). A transzperszonális pszichológia spiritualitásfogalma nem teisztikus. Azt írja le, „ahogyan a személy önmaga keresi az »üdvözülés« útját, mert egyedi élményein át szeretné megtapasztalni a szellem jelenvalóságát, abban bízva, hogy lelkében hordozza ennek mitológiáját (amit Jung archetípustana ír le)” (Tornyossy 2015, 324). A transzperszonális pszichoterápia központi eszköze a módosult tudatállapottal való munka. Módosult tudatállapotban spirituális erőforrásaihoz is kapcsolódik a páciens. A transzperszonális pszichoterápia módszerei közé tartozik a holotróp légzés, a transzlégzés, a Laing-féle születéstréning és a szomatoanalízis.

A fejezet végén az említett megközelítésmódok egymáshoz képest való elhelyezésére vonatkozó reflexiókat szeretnék leírni, melyek tovább segíthetik a tájékozódást. Az európai és az amerikai kontinensen eltérő hagyomány terjedt el a spiritualitás integrálására vonatkozóan. Európában az általános pszichoterápiás „jóindulatú semlegesség” (Corveleyn 2000) álláspontja a leginkább bevett megközelítésmód. A kifejezetten spirituális orientációval dolgozó, „spiritualitást integráló pszichoterápiák” az amerikai kontinensen terjedtek el, az irányzat az Egyesült Államokban széles körben elfogadott, amit a jelentős számú publikáció is jelez (Pargament 2011, Richards és Bergin 2005, Shafranske 2009, Walker és mtsai 2004, Helminiak 2011). Az eltérő fejlődés lehetséges háttértényezőire Corveleyn (2000) világított rá. Első látásra úgy tűnik, hogy a vallásos USA és a szekuláris Európa nézetei különböznek. Az észak-amerikai szakirodalomban a spiritualitás és a pszichoterápia szorosabb integrációja figyelhető meg. A téma háttértámogatása is jelentős, egyetemi kiadók vagy például az American Psychological Association (APA) vállalja az ezzel kapcsolatos publikációk megjelentetését. Európában szinte kizárólag teológiai folyóiratokban találkozhatunk hasonló írásokkal. A különbség oka Corveleyn szerint nem az ellenséges attitűdben, hanem a semlegesség eltérő értelmezésében keresendő.

Gyakran tévesen hideg közömbösségként vagy szenvtelen/közönyös leereszkedésként értik e fogalmat, pedig a jóindulatú semlegességnek része a szimpátia, a kompassió, ami nem egyenlő a távolságtartással. A jóindulatú semlegesség hagyománya nem elhatárolódást, hanem nyitottságot jelent, mely által a pszichoterapeuta engedi, hogy a spirituális szál megjelenjen a terápiás térben, amennyire a páciens igényli, de a szakember megmarad a kompetenciahatárain belül (Corveleyn 2000).

A spiritualitást integráló pszichoterápiák és a transzperszonális megközelítésmód egymáshoz képest való elhelyezésében megfogalmazható, hogy mindegyik kifejezett spirituális orientációval dolgozik. Az eltérés a spiritualitás fogalmában keresendő: míg a spiritualitást integráló pszichoterápiák teisztikus spiritualításra épülnek, azzal dolgoznak, a transzperszonális pszichoterápia a nem vallásos spiritualitás megélésére, kibontakoztatására, terápiás integrációjára törekszik.

1.5. Pszichoterápiás képzés és spiritualitás

1.5.1. A képzésre vonatkozó igény

Ahogy az előző fejezetek rámutattak, a pszichoterápiában nem kerülhető meg a spiritualitás kérdése, bekerülhetnek spirituális tartalmak a terápiás térbe, a páciensek jelentős része igényli is, hogy élményvilágának ezt a szegmensét megoszthassa a terápiás folyamatban. Felvetődik a kérdés, hogy vajon szükségesek-e specifikus kompetenciák a pszichoterapeuták számára ezzel kapcsolatban, hogy egy-egy helyzetben tudjanak a pácienssel haladni, és ha igen, vajon a képzésük mennyire készítette fel őket erre.

A terapeuták részéről egyre inkább megfogalmazódik az igény a spiritualitással kapcsolatos kompetenciák és tudás elsajátítására. Egy 2012-ben publikált amerikai kutatás – melynek során 340 pszichológust kérdeztek meg az APA tagjai közül – arról számol be, hogy a megkérdezettek 65%-a szerint be kellene emelni a pszichológusi alapképzésbe a vallási/spirituális vonatkozásokat, 77% szerint pedig mindez a multikulturális kérdések közé tartozna (Crook-Lyon és mtsai 2012). Hofmann és Walach (2011) 895 német pszichoterapeutát kérdezett meg a témáról, e minta természetesen a német szakterületre nézve reprezentatív. A válaszolók kétharmada szerint szükséges lenne a pszichoterápiás képzés részévé tenni a vallási/spirituális

ismereteket. Egy dél-afrikai köztársaságbeli kvalitatív kutatásról szóló 2014-es cikk az európaiaktól és amerikaiaktól eltérő szakmai miliőben is hasonló megállapításokra jut a pszichoterápia és a képzés témakörében (Elkonin és mtsai 2014). A megkérdezettek nem érezték magukat kompetensnek, amikor spirituális kérdésekkel találkoztak, a képzésükben nem szerepelt erre vonatkozó tudásanyag, pedig szükségesnek érezték volna. Inkább találkoztak azzal a hallgatólágos attitűddel, mely szerint a vallási és a spiritualitásra vonatkozó kérdéseknek nincs helyük a terápiában, ezeket el kell kerülniük (Elkonin és mtsai 2014).

LaMothe és munkatársai (1998) arra mutatnak rá, milyen kockázata lehet pszichoterápiás szempontból annak, ha a pszichoterapeuta – bizonytalansága, eltérő személyes érdeklődése, illetve a képzés hiánya miatt – figyelmen kívül hagyja a pszichoterápiás térben megjelenő spirituális tartalmakat. A szelektív hangolás sterni elméletét analógiaként használva rámutatnak, hogy amint a szülők – többnyire tudattalanul – választanak, hogy mi az, amire a gyermek jelzéseiből ráhangolódnak, a terápiában is hasonlóan alakulhat a terapeuta részéről egy-egy téma mellőzése. Így egyes élmények hangsúlyossá válnak, mások viszont kizáródnak az interperszonális terápiás térből. „A spiritualitás, illetve a vallásos élményvilág, az élet és halál mezsgyéjére vonatkozó kérdések természetükből fakadóan az egyének és a körülöttük élők életének minden területét, egzisztenciális fordulópontjait átszőhetik. Így ha az ezekkel kapcsolatos fantáziák, élmények, gondolatok nem jelennek meg, kérdés, hogy csak a vallásos élmények maradnak-e ki a terápiás térből, vagy sok más fontos élmény is, mely hozzájuk kapcsolódik. A terapeuta és egy magát vallásosnak/spirituális beállítottságúnak valló páciens egymásra hangolódásának, illeszkedésének nehézsége szélsőséges esetben a terápiás kapcsolat felbomlásához, a páciens terápiából való kilépéséhez is vezethet. Az egymásra hangolódás viszont akkor is bizalmat ébreszthet, ha ez kezdetben egyáltalán nem volt meg, de a terapeuta nyitottsága, elfogadása létrehozta” (Jáki és mtsai 2016, 295).

1.5.2. A szükséges kompetenciák meghatározása

A képzésre vonatkozó igény tehát megfogalmazódik a terapeuták körében. Ehhez képest különösen is figyelemre méltó, hogy míg a spiritualitás és pszichoterápia témakörében a publikációk száma egyre növekszik, a képzésre vonatkozó szakirodalom ritka, szinte

teljesen hiányzik (Bienenfeld és Yager, 2007). A Medline-adatbázis például „pszichoterápiás képzés és spiritualitás” témában 1990 és 2006 között mindössze hatvankét cikket jegyez, ezek közül is csak öt utal olyan konkrét szupervíziós helyzetre, amelyben téma volt a vallás/spiritualitás, és csak kettő szól kifejezetten (pszichiátriai) képzési programról (Bienenfeld és Yager, 2007). Ugyanezekre a kifejezésekre most rákeresve (azonos formában, ahogy az említett cikk hivatkozott rájuk) az Ovid Medline-adatbázis 2007 és 2015 között huszonegy találatot jelez, ami szintén a terület hiányosságaira utal.

Vieten és munkatársai (2013) azzal érvelnek, hogy azért is maradnak ki a képzésből a spiritualitással, vallással kapcsolatos vonatkozások, mert nincsenek kialakított irányelvek, hogy mely kompetenciákat volna szükséges a képzés részévé tenni. Kutatócsoportjuk széles körű felmérést végzett annak érdekében, hogy megnevezzék ezeket a kompetenciákat. Az első fázisban irodalomkutatás zajlott, melynek alapján huszonnégy kompetenciát gyűjtöttek össze, ezekre tettek javaslatot. Majd a témában speciálisan jártas tizenöt szakemberrel fókuszcsoport keretein belül kutatták tovább a kérdéskört. Ezt követte egy online kérdőíves vizsgálat, melyben pszichológusokat, pszichoterapeutákat kérdeztek meg a spiritualitással kapcsolatos kompetenciákról. Az eredmények kvantitatív kiértékelését egy interjúkon alapuló kvalitatív fázis is követte. Mindezek alapján tizenhat olyan kompetenciát (három attitűdöt, hét elméleti ismeretanyagot és hat készséget) azonosítottak, melyek a pszichológusok alaptudásának része kellene hogy legyenek. Ezek a következők:

Attitűdök:

- Különböző vallási, spirituális háttérű kliensek elfogadása
- A spiritualitás és a vallás elismerése az emberi sokféleség egyik tényezőjeként
- Önismeret: annak felismerése, hogy a terapeuta saját spirituális/vallási háttere hogyan hat a klienssel kapcsolatos percepcióira és attitűdjeire a klinikai praxisban.

Tudásanyag:

- A kliens számára fontos spirituális/vallási hitrendszerek, vallásgyakorlási tapasztalatok alapszintű ismerete

- A vallás és a spiritualitás egymást átfedő, de elkülönülő fogalmainak ismerete

- Annak megértése, hogy a klienseknek lehetnek olyan élményeik, melyek konzisztensek a spiritualitásukkal vagy a vallásukkal, ugyanakkor esetenként nehezen különíthetők el a pszichopatológiai tünetektől.

- Annak ismerete, hogy a spiritualitás/vallás fejlődik, változik az életút során.

- A spirituális/vallásos erőforrások hatása a pszichés jóllétre, felépülésre

- Spirituális/vallásos élmények, gyakorlatok, hitek lehetséges negatív hatása a pszichés egészségre

- A spiritualitással, vallásossággal kapcsolatos kérdések jogi, etikai vonatkozásai a pszichoterápiában

Készségek:

- Különböző vallási/spirituális háttérű kliensekkel végzett munkára való képesség

- A spirituális anamnézis felvételének készsége

- Segítségnyújtás képessége a kliens vallásos/spirituális erőforrásainak feltárásában

- Spirituális/vallási elakadások felismerése, szükség esetén a kliens továbbküldése

- Lépéstartás a szakma fejlődésével a spiritualitás/vallás és klinikum vonatkozásában, a kompetenciák folyamatos érlelése

- A kompetenciahatárok felismerése a pszichoterápiába bekerülő, a spiritualitással/vallásgyakorlással kapcsolatos kérdésekre vonatkozóan, szükség esetén: a) konzultáció más szakemberekkel, köztük a spirituális/vallási terület szakembereivel; b) továbbképzés keresése; c) a kliens továbbküldése

Ezek a kompetenciák abban segítenek, hogy a szakember hatékonyan és etikusan tudjon dolgozni a kliensekkel, függetlenül attól, hogy önmagát spirituálisnak vallja-e. A doktori témám szempontjából fontosnak tartom kiemelni, hogy a Vieten és munkatársai által körvonalazott kompetenciák sorában megjelenik a vallási/spirituális elakadások felismerése a klinikai gyakorlatban és a páciens továbbküldése szükség esetén, illetve a

kompetenciahatárok felismerése vallási/spirituális kérdésekre vonatkozóan, valamint a más (adott esetben a vallási/spirituális területhez tartozó) szakemberekkel való együttműködés.

1.5.3. Pszichoterápiás képzés és spiritualitás – nemzetközi tapasztalatok

A korábbi fejezetek alapján elmondható tehát, hogy a pszichoterápiás képzés és spiritualitás témájában kevés a publikált kezdeményezés, tapasztalat. Az általam fellelt, közzétett tapasztalatokat szeretném most rendszerezetten bemutatni, a képzési szisztéma hármas felépítése szerinti tagolásban: az elméleti ismeretek, a szupervízió és a saját élmény témakörében.

Az elméleti ismeretek terén az Elizabeth S. Bowman által kidolgozott kurzustervet szeretném megemlíteni, melyet az Indiana Egyetemen alkalmazott a pszichiátriai rezidensképzésben (Koenig 1998). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság már egy évtizede megköveteli a rezidensképzés során a spirituális kompetenciákra vonatkozó ismeretátadást (Vieten 2013), talán ezért is van az, hogy épp ezen a területen találunk részletesebb leírást, javaslatot a spiritualításra vonatkozó ismeretek oktatásáról. Elizabeth S. Bowman hármas felosztást javasol a képzőknek: vannak alapvetően szükséges ismeretek, fontos, illetve hasznos témák. Előnyt kell élveznie az első csoportba sorolható tudásanyagának, amely az idő függvényében kiegészíthető a másik kettő javaslataival.

Bowman az alapvetően szükséges ismeretek közé sorolja a spiritualitás/vallás és lelki egészség/betegség összefüggéseit, a spiritualitás és a vallás definícióját, a demográfiai adatokat a népesség vallásosságáról, illetve a vallási/spirituális anamnesztikus adatok felvételét és értelmezését. Utóbbihoz szükségesnek látja az istenkép és a szülőképek összefüggéseiről, a vallásos megtérés dinamikájáról, a patológiás és normál spirituális jelenségek megkülönböztetéséről való alapvető tájékozottságot is.

A szerző a fontos témák között említi a vallásos közösség csoportfolyamatainak, hitrendszerének lehetséges (pozitív vagy negatív) hatásait, az Amerikai Pszichiátriai Társaság irányelveit a vallásos témák kezelésével kapcsolatosan, illetve a szerhasználat kezelésének spiritualitást integráló formáiról való tájékozottságot.

Végül Bowman a hasznos ismeretek közé sorolja a spirituális/vallási élmények pszichodinamikájára vonatkozó ismereteket, illetve a spirituális/vallásos fejlődés elméleteit, folyamatként való konceptualizálását.

A szerző elsősorban kognitív ismeretek megszerzéséről beszél, de hangsúlyozza, hogy ez is hatékonyabb, ha a módszertan változatos: a felnőttoktatásban az előadás műfaja a legkevésbé hatékony, jó, ha ez kiegészül kiscsoportos megbeszéléssel, klinikai interakciók eljátszásával, videófelvetelek bemutatásával vagy például vallási anamnézisek közös elemzésével. Pozitív eredménnyel járt kórházlelkészek meghívása vendégelőadóként: az interdiszciplináris megközelítés segített az előítéletek, sztereotípiák lebontásában, s a képzés résztvevői körében gyakoribbá vált az együttműködés lelkészekkel, amikor erre szükség volt (Bowman 1998).

A *szupervízió* területén indult el a leginkább a spiritualitással, vallással kapcsolatos kérdések integrálása a pszichoterápiás képzésbe és továbbképzésbe, főként az Amerikai Egyesült Államokban (Bartoli 2007, Polanski 2003, Aten és Hernandez 2004, Bienenfeld és Yager 2007). Pragmatikus megközelítésekről olvashatunk arra vonatkozóan, hogyan is épülhet fel egy egy ilyen témaspecifikus szupervíziós alkalom.

Bartoli (2007) négylépcsős modellt javasol. Első lépésként „brainstormingba” kezdenek a csoport tagjai, arra reflektálva, hogy képzésük és munkájuk során mi került szóba a spiritualitásról, vallásról, illetve hogy elméleti irányultsága szerint ki mit gondol hivatalosan vagy nem hivatalosan a spiritualitás/vallás szerepéről, s mindez miként befolyásolhatja a kliensekkel való munkát. Második lépésként a saját spirituális genogram elkészítésére és megosztására kerül sor. Ezt követően a spiritualitás/vallás és lelki egészség lehetséges összefüggéseiről asszociáltatják a csoportot. Végül mindezt kiegészítik továbbvezető szakirodalmi javaslatokkal.

Polanski (2003) a spirituális kérdések behozására, kibontására (is) a Bernard-féle diszkriminációs modellt használja a szupervízió során. Ebben az intervenciós készségek, konceptualizálási készségek és önismereti vonatkozások szisztematikus feltérképezése, fejlesztése zajlik témaspecifikusan.

Udo Rauchfleisch bázeli pszichoanalitikus és a klinikai pszichológia professzora (Utsch 2005) a témaspecifikus esetmegbeszélő csoportokban rejlő lehetőségekre hívja fel a figyelmet. Az esetmegbeszélő csoportok interdiszciplináris jellegében lát nagy lehetőséget, pszichoterapeuták és olyan határterületi szakemberek közös

gondolkodásában, akik a spiritualitással és a segítőkapsolattal hivatásszerűen foglalkoznak: lelkigondozókkal, lelkivezetőkkel. Azzal érvel, hogy a lelkigondozók és pszichoterapeuták interdiszciplináris esetmegbeszéléseiből mindkét fél profitálhatna: a lelkigondozók átfogóbb pszichológiai ismeretekhez és pszichodinamikus tapasztalatokhoz juthatnának, míg a terapeuták esetében a vallási kérdésekkel való bánásmód gazdagodhatna a tapasztalatoknak köszönhetően. Többet tudhatnának meg pácienseik egzisztenciális gondjairól és szükségleteiről, de vallási erőforrásairól is.

A *saját élményű önmegtapasztalás/önismeret* fontosságát hangsúlyozza több szerző a spiritualitásra vonatkozóan is (Helminiak 2001, Bartoli 2007, Koenig 1998) a pszichoterápiás képzésben. Önismereti szempontok természetesen az elméleti oktatás és a szupervízió keretei között is figyelembe vehetők. Erre lehetőség, példa, hogy a képzés résztvevője elkészíti saját spirituális/vallási anamnéziséjét (Bartoli 2007, Koenig 1998), genogramját (Frame 2001). A szorosabb értelemben vett önismereti képzés (egyéni vagy csoportos pszichoterápiás saját élmény) már kevésbé hozzáférhető terület pusztán szakirodalmi hivatkozások alapján. A terápiás folyamatba bekerülhet spirituális témák átdolgozása, de ez mindig az adott kapcsolatban dől el. A szakirodalmi utalások többnyire megállnak annál a pontnál, hogy mennyire fontos az élményszintű tudás, amely nem pótolható a kognitív ismerettel. Ilyen önismeret birtokában válhat valóban kompetenssé a leendő szakember a felmerülő spirituális kérdésekkel való érzékeny munkára.

1.5.4. Pszichoterápiás képzés és spiritualitás – magyarországi vonatkozások

A hazai módszerspecifikus képzőhelyek, szakegyesületek programjait áttekintve a spiritualitás/vallás témája három egyesület képzési programjában található meg nevesítve: a Magyar Pszichodráma Egyesület curriculumában,¹⁹ a Magyar Analitikus Pszichológiai Egyesületnél²⁰ – mely képzési programjában a Selbst és a vallás viszonyát említi –, valamint az Aktív-Analitikus Pszichoterapeuták Egyesületénél, mely lelkigondozással foglalkozó pszichológusok, lelkészek számára is ajánlja képzését.²¹ A valós képzési tematika természetesen lehet jóval bővebb, mint az interneten hozzáférhető vázlat, a képzések valódi tartalmára ebből csak korlátozottan lehet következtetni. Viszonyítási pont lehet még a 2015-ben megjelent pszichoterápia-

¹⁹<http://www.pszichodrama.hu/kepzesek/kepzesi-rend>

²⁰<http://cgjung.hu/content/az-analitikus-pszichologia-alapjai-2017-2018-efolyam-3-felev>

²¹<http://www.aktiv-analizis.hu/tanulmanyi-rend>

tankönyv (Szőnyi 2015), mely külön fejezetben foglalkozik mind a pasztorálpszichológiával, mind a transzperszonális irányzattal, ami a 2000-es kiadáshoz képest újítás, gazdagodás, s a témával való foglalkozás iránti igényt jelzi.

A hazai kezdeményezések közül kiemelek egy olyan témaspecifikus saját élményű csoportot, amely szakemberek számára tette lehetővé, hogy önismereti szinten gazdagodjanak tudásban, élményben a spiritualitással kapcsolatban. A Magyar Pszichodráma Egyesület XI. kongresszusán (2014. november) az érdeklődők spirituális fókuszú önismereti workshopra is jelentkezhettek. Itt egy spirituális alaptapasztalat előhívására vállalkoztak a vezetők: Tomcsányi Teodóra, Pál Ferenc és Károlyi Lilla. Személyükben egyszerre volt jelen a pszichológusi, a pszichoterapeutai, a mentálhigiénés szakemberi és a lelkészi kompetencia.

A szóbeli visszajelzések alapján a csoportból többeknél újra átélhetővé és megoszthatóvá váltak ilyen spirituális élmények, sokan pedig áttételesen, a csoportban szerzett tapasztalat által részesülhettek ezekben, s reflektálhattak arra az élményvilágra, amely korábban kevésbé volt megfogható, tapasztalathoz köthető számukra. Ez a workshop nem a pszichoterápiás szakképzés része volt, mégis minta lehet arra vonatkozóan, hogy az önismereti szintű képzésben milyen utak lehetségesek, amelyek válaszul szolgálhatnak a felmerülő igényekre.

Látható tehát, hogy mind hazai, mind nemzetközi fórumokon fontos kezdeményezésekkel találkozhatunk a spiritualitás és pszichoterápia témakörben, ugyanakkor egyes területek fejlődése még gyerekcipőben jár. Leginkább talán az önismereti és elméleti képzés esetében tapasztalható az új eredmények, igények lassabb követése, egyfajta lépéshátrány.

2. CÉLKITŰZÉSEK

A Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében Tomcsányi Teodóra által vezetett spiritualitáskutatás²² tágabb célkitűzése a pszichoterápiában megjelenő spiritualitás kérdéskörének vizsgálata volt a hazai pszichoterapeuták körében. E tágabb célkitűzést öt különálló témakörre bontottuk, ezek egyike a disszertációmban elemzett kérdéskör. Célja annak feltárása volt, hogy miként jelenik meg a spiritualitás témája a pszichoterapeuták képzésében, szakmai kapcsolataiban, együttműködésében. Kérdésünk volt továbbá, hogy megjelenik-e a praxisukban, és ha igen, milyen formában, a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködés: milyen tapasztalataik gyűltek össze, mennyire látják előrevivőnek ezeket az együttműködési formákat? Mivel feltáratlan területet érint a kutatási kérdés, kvalitatív módszert választottunk. Ennek segítségével a jelenlegi gyakorlat minél szélesebb körű megismerésére és minél mélyebb megértésére törekedtünk.

Az adatfelvétel és elemzés során a kezdeti kutatási kérdést kettébontottuk, mivel az adatok, részeredmények következetesen így különültek el, csoportosultak.

A két kutatási kérdés:

1. Hogyan jelenik meg a spiritualitás a pszichoterapeuta-képzésben és a pszichoterapeuták egymás közti szakmai kapcsolataiban?
2. Hogyan tekintenek a pszichoterapeuták a lelkivezetőkkel való együttműködésre?

Kutatásunkban a Grounded Theory módszerének megfelelően előzetes hipotézis nélkül dolgoztunk, minél inkább törekedve arra, hogy induktív logikát követve az interjúkból kirajzolódó összefüggésrendszer vezessen bennünket az elemzés során. Ugyanakkor előzetes szakmai tapasztalataink hatottak arra, ahogyan az interjúkból kiemelkedő mintázatokat értelmeztük, és az elemzés során folyamatosan reflektáltunk rájuk.

Előzetes szakmai tapasztalataink közül kiemelendők a következők:

A Semmelweis Egyetem mentálhigiénés lelkigondozó szakirányú képzésén találkozunk a hallgatók (köztük lelkészek) kérdéseivel, igényeivel. A gyülekezetükhöz tartozó emberek sok esetben hozzájuk fordulnak először valamilyen élethelyzeti elakadással, sőt mentális problémával kapcsolatban. Ilyenkor gyakran vagy ők maguk

²²Vö. jelen disszertáció 4–5.

vállalják az illető lelkipozását, vagy – ha a probléma indokolja – pszichoterápiát ajánlanak neki. Számatlan nehézséggel (például a hozzáférhető ellátás hiányosságai) találkozunk így, s ezek kérdésként rendszeresen bekerülnek a képzési alkalmakra.

A Mentálhigiéné Intézettel és képzéseivel, köztük a lelkipozó továbbképzéssel is szoros együttműködésben egy mentálhigiénés központot működtetünk (Antropos Mentálhigiénés Módszertani Központ), ahol a képzés oktatói, végzett hallgatói köréből többen lelkipozóként (is) fogadnak klienseket, köztük magam is. Itt találkozunk többek közt a lelkipozás, a lelkipozás és a pszichoterápia igényével is. Van, hogy a bejelentkező kliens fogalmazza meg, milyen szakemberhez szeretne fordulni. Gyakori azonban, hogy segíteni kell a tájékozódásban. Olyan páciensek is fordulnak hozzánk, akik már járnak pszichoterápiába, fontos számukra annak munkája és eredményei, de hiányolják, hogy a hitéleti, spiritualitással kapcsolatos dilemmáikkal ott nem tudnak dolgozni, és emiatt keresnek további segítséget. Ilyenkor vetődik fel a pszichoterápiával párhuzamos lelkipozás kérdése, de a hiány témájának a pszichoterápiába való bevitele is.

Előzetes tapasztalataink, felvetéseink tehát elsősorban megjelenő szükségletekre vonatkoztak. Arról viszont nem volt tudásunk, mi jelenhet meg a pszichoterapeuták gyakorlatában együttműködési formaként. Elképzelhetőnek tartottuk, hogy az igények ellenére alig jelenik meg együttműködés, s azt is, hogy van ilyen gyakorlat. Az utóbbi esettel kapcsolatos kérdésünk az volt, hogy a szakemberek mennyire látják előrevivőnek vagy zavarónak ezt a gyakorlatot. Feltételeztük, hogy ennek mentén majd tovább differenciálódnak az együttműködési formák.

3. MÓDSZEREK

3.1. A minta

Kutatásunk célcsoportjába a Magyarországon legalább tíz éve praktizáló pszichoterapeuták tartoztak, az ő tapasztalataikra kérdeztünk rá a spiritualitás és pszichoterápia témakörben, több külön altémára, kutatási kérdésre fókuszálva. A mintavétel a kutatási kérdésünkhöz illesztett kritériumok mentén, az elméleti mintavétel szabályai szerint történt (Charmaz 2006). Három körben vettünk fel interjúkat, követve az interjúk elemzése (kódolás) közben felszínre kerülő kérdéseket, mintázatokot. Az adatfelvétel első két körében az interjúk egyik témája a disszertációmban vizsgált szakmai kapcsolattartás volt. A harmadik kör csak a disszertációban elemzett kérdésekre vonatkozott.

Az első megkeresés során a pszichoterapeuták országos nyilvántartását alapul véve szisztematikus, véletlenszerű szűréssel kiválasztottunk kilencvennyolc személyt, akik között megfelelő arányban szerepeltek férfiak és nők, a fővárosban és vidéken dolgozók, illetve különböző pszichoterápiás irányzatok képviselői. Az első felhívásra huszonnégyen jelentkeztek, akikkel elkezdtük az interjúk felvételét, valamint ezzel párhuzamosan kezdetét vette az elemzés, a kódok kialakítása is. A mintavételt a továbbiakban „elméletvezérelt” módon – azaz a kódok variációit és értelmezhetőségét növelve – addig folytattuk, amíg a kódok telítetté nem váltak (lásd Charmaz 2006), tehát az újabb interjú tartalmi már a korábbi kódokba illeszkedtek (Jáki és mtsai 2019b). A toborzólevélben a spiritualitás, a pszichoterápia és a lelki egészség kapcsolatát jelöltük meg a kutatás témájául, és egy személyes interjúban való részvételt kértünk. A legalább tízéves terápiás gyakorlat mellett az is kritériuma volt a kutatásba kerülésnek, hogy a vizsgálati személyek jelenleg is praktizáljanak.

Az interjúk és a kódolás során felmerülő kérdések alapján – melyek a szakmai együttműködésen túl más témákat is érintettek – a második körben újabb terapeutákat kerestünk meg az országos névsorból, így harmincra bővült az interjúk száma.

A disszertációm témáját képező egyes speciális kérdéskörök, mintázatok telítetlensége miatt harmadik adatfelvételre is sor került (Charmaz 2006, Corbin és

Strauss 2015).²³ Az interjúalanyok kiválasztását, megkeresését három különböző úton kezdeményeztem: a hólabdamódszer elvei szerint megszólítottam olyan pszichoterapeutákat, akikről az együttműködő féltől (lelkivezető) tudtam, hogy vannak aktív együttműködési tapasztalataik. Továbbá a már felvett interjúk közül elővettem azokat, amelyekben az interjúalanyok említenek ilyen tapasztalatokat, de nem fejtették ki őket. Végül a szakirodalom utalása alapján is választottam olyan személyt, akit érdemes volt megkeresni, hiszen írt olyan esetekről, amelyekbe fontos lett volna mélyebb betekintést nyerni a kutatási kérdéseink jobb megértése, megválaszolása érdekében. Végül három új interjú készült: két korábbi interjúalanyhoz mentem vissza kiegészítő interjú felvétele céljából (a 7SV és 8SV kódnevű alanyokhoz), és egy új interjúalany is került a mintába, akit az említett szakirodalmi utalás nyomán kerestem meg. Végül a harmincegy interjúalanyt megszólaltató harminchárom interjú elkészítése után az adatfelvétel az elméleti telítettség kritériumainak megfelelően lezárult.

Az interjúalanyok életkora negyven és nyolcvan év között volt, egyharmaduk (11 fő) férfi és egyharmaduk vidéki. Mivel többen nem csak egy módszerrel dolgoznak, a terápiás beállítottság vonatkozásában átfedéseket figyeltünk meg. Tizenketten analitikusan orientált, öten kognitív, négyen relaxációs és hipnoterapeuta, heten családterapeuta és nyolcan pszichodramatista végzettséggel rendelkeznek.

A válaszadók felekezeti, vallási hovatartozására a téma kényessége miatt nem kérdeztünk rá, de az interjú során nyolc válaszadó megosztotta velünk, hogy melyik vallásnak a követője. Közülük négyen katolikusok, hárman reformátusok és egy evangélikus. A személyes világnézeti meggyőződésükkel és hitükkel kapcsolatos kérdéseket sem alkalmaztunk, de a spirituális téma ezeket behívta az interjúba, és mindannyian nyilvánvalóvá tették számunkra a hithez és a transzcendenshez fűződő viszonyukat. Az interjúalanyoknak közel a fele (14 fő) mondta azt, hogy van hite, fontos számára a transzcendenssel fenntartott kapcsolat. A többieknek nincs kötődésük a transzcendenciához, nincs erre irányuló hitük.

3.2. Eszközök és adatgyűjtés

A kutatás során a félig strukturált interjú módszerét alkalmaztuk. Az interjúk vezérfonalát a kutatói team fogalmazta meg, ahogy a későbbi újrafogalmazást,

²³A „telítettség” fogalmát, mely a Grounded Theory módszer lényegi eleme, a későbbiekben részletesen bemutatom.

változtatást is mi végeztük a már felvett interjúk tapasztalatainak beépítésével, kutatói alapállásunk konstruktivista szemléletének (Henwood és Pidgeon 2003) megfelelően.

A kezdeti kérdéssor megfogalmazását követően a vezérfonal pontosítása és a kérdések érvényességének ellenőrzése céljából szakértői megbeszélést hívtunk össze, melyen különböző világnézetű és többféle módszerrel dolgozó pszichoterapeuták, kutatók és egy lelkivezetésben, lelkigondozásban jártas lelkész vett részt. A megbeszéléseken kapott reflexiókat beépítettük a továbbfejlesztett interjúkérdésekbe, és az így előállt vezérfonal mentén három előinterjút készítettünk három különböző módszerrel dolgozó pszichoterapeutával, akiktől az interjú végeztével visszajelzést kértünk közben megélt érzéseikről. A szakértői megbeszélést, az előinterjúkat, majd a kutatási interjúkat diktafonon rögzítettük, majd intézetünk egy munkatársa szó szerint leírta őket.

Az interjúk öt témakört öleltek fel: (1) a spiritualitás fogalma a terapeuta értelmezésében és a terapeuta saját spiritualitásélményeinek kibontása; (2) a spiritualitás helye a terápiás munkában, a terápiában megjelenő spirituális témák és élmények kezelése konkrét esetek bemutatásával, a spirituális témák és élmények hatása a terapeutára; (3) a spiritualitás helye a szakmai kapcsolattartásban; (4) a spiritualitás helye a szakmai életút során; (5) kényes kérdések a terápiában, a spiritualitás és vallásosság mint kényes kérdés. Az interjúk kezdetén röviden rákérdeztünk demográfiai adatokra (kor, nem, végzettség, foglalkozás), zárásképpen pedig magáról az interjú tapasztalatáról kérdeztük meg az interjúalanyokat.

Doktori munkámban a harmadik témakörre vonatkozó válaszokat dolgoztam fel: *a spiritualitás helye a szakmai kapcsolattartásban*. Az adatfeldolgozás, kódolás során keletkezett kérdések nyomán a teammal közösen gondolkodva, a lelkivezetővel való együttműködés témakörében újabb, specifikus kérdéssort, vezérfonalat (2. melléklet) alakítottam ki, melyet az adatfelvétel harmadik körében alkalmaztam.

Az interjúkat a kutatócsoport hat tagja vette fel, tizenegyet én készítettem. Az interjúkat személyes találkozás keretében vettük fel, helyszínként esetenként az interjúalany munkahelye/rendelője szolgált, kivételes esetben az otthona vagy épp egy semleges hely. Az első interjúk 2010-ben, az utolsók 2015-ben készültek. A beszélgetések átlagosan százhusz percesek voltak (a legrövidebb kilencvenperces, a

leghosszabb kétszáz perces). A beszélgetésekről készült átiratot az interjúvoló még a kódolási folyamat megkezdése előtt ellenőrizte és anonimizálta.

3.3. Etikai szempontok

A kutatás során mind a szakértői megbeszélés résztvevői, mind az előinterjúk, illetve a kutatási interjúk alanyai részletes tájékoztatást kaptak a megbeszélés és az interjú témájáról, majd írásos beleegyezésüket adták a részvételhez. Tájékoztattuk őket, hogy az interjú készítője a személy- és helységnevek törlésével anonimizálja az interjút. A tájékoztatásban név szerint felsoroltuk azokat a szakembereket, akik az anonimizált átiratot az elemzéskor olvasni fogják. A szűkebb, hatfős kutatócsoport tagjai minden résztvevőtől engedélyt kaptak az átiratok olvasására. Az alanyok kis összegű honoráriumot kaptak közreműködésük fejében.

3.4. A kutatócsoport

A kutatás a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetéhez kapcsolódik, a kutatócsoport vezetője dr. Tomcsányi Teodóra, az intézet alapítója és volt igazgatója, aki pszichoanalitikus- (IPA), pszichodráma-terapeuta- (Überlingeni Moreno Intézet), családterapeuta- (Lehranstalt für Systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien), csoportanalitikus-, és Európai Pszichoterapeuta-diplomával (The European Certificate of Psychotherapy) rendelkezik. A csoport további kilenc tagjának végzettségei: egy pszichológusi, három klinikai szakpszichológusi, három családterápiás, két pszichodráma-vezetői, három pszichoterapeuta, egy mentálhigiénés szakemberi-matematikusi és két szociológusi végzettség. E tágabb kutatócsoport együttesen vett részt az adatfelvétel első két körében, illetve az interjúkban körüljárt öt kérdéskör közül a legtágabbnak az elemzésében, amely a kutatás központi témája volt (a spiritualitás megjelenése és sorsa a pszichoterápiás folyamatban). A doktori munkám témájául választott együttműködési mintázatok a kutatás további fázisát képezték. Ennek feldolgozásában egy szűkebb team vett részt a kutatócsoport tagjai közül. Az interjúk kódolását Kiri Edittel végeztem (CBT szak-pszichoterapeuta), rendszeres konzultációt tartva témavezetőimmel, dr. Tomcsányi Teodórával és dr. Ittész Andrással. Ez a négyfős team rendszeres megbeszéléseken reflektált a kutatás aktuális fázisával kapcsolatos kérdésekre. Ezeken a megbeszéléseken formálódott ki az újabb interjúk

felvételére vonatkozó döntés, az újabb interjúk vezérfonalának véglegesítése is teammunka keretében folyt, valamint a kódfák alakulásával kapcsolatos kérdéseket is ezeken az üléseken dolgoztuk át újra meg újra. Módszertani kérdésekről időszakonként konzultáltam dr. Sallay Violával, aki szintén a tágabb kutatócsoport tagja, családterapeuta, doktori fokozatát a közelmúltban (2014) szerezte meg szintén a Grounded Theory módszerét alkalmazó kvalitatív vizsgálatával.

3.5. Az elemzés módszere – a Grounded Theory

Kutatásom módszerül egy kvalitatív kutatási eljárást, a Grounded Theoryt (GT, Charmaz 2006) választottam, mely az utóbbi évtizedekben vált ismertté hazánkban (Rácz 2006, Sallay 2014). 2015-ben jelent meg róla magyarul is Corbin és Strauss könyve, *A kvalitatív kutatás alapjai* (Corbin és Strauss 2015). A Grounded Theory magyar elnevezése: *megalapozott elmélet* (Corbin és Strauss 2015). A továbbiakban a módszer bemutatásakor ezt és az angol rövidítést használom.

A GT története az 1960-as évek közepére nyúlik vissza: Barney G. Glaser és Anselm L. Strauss dolgozta ki terminális állapotú kórházi betegek élményvilágának kutatásakor (Charmaz 2006). Ebben az időszakban az Egyesült Államokban az egészségügyi ellátásban dolgozók között kevésbé volt bevett szokás a terminális állapotú betegek tájékoztatása, a vizsgálat tehát annak feltárását célozta, hogy miként és mikor tudják vagy érzik meg a személyzet tagjai, illetve maga a beteg a közelgő halál tényét, és hogyan kezelik ezt a helyzetet. 1967-ben megjelent, *Discovery of Grounded Theory* [A Grounded Theory felfedezése] című könyvükben mutatják be a módszert, melyet kutatásuk során dolgoztak ki. Az elnevezés arra utal, hogy az adatok elemzéséből, azon alapulva rajzolódik ki egy új összefüggésrendszer, elmélet a vizsgált jelenségre vonatkozóan. Az elemzés tehát nem deduktív, hanem induktív logikát követ, nem előzetes hipotézissel dolgozik, hanem még feltáratlan összefüggéseket kíván megragadni. Emiatt alkalmas módszere a még kevésbé ismert, újszerű területek vizsgálatának, mint például a pszichoterápia vagy a tanácsadás (counselling) belső folyamatait, érzelmi és tartalmi összefüggésrendszerét feltáró kutatásoknak (Crossley és Salter 2005, Magaldi-Dopman és mtsai 2011, Brown és mtsai 2013, Blair 2015).

A GT két elméletalkotójának (Glaser és Strauss) tudományos háttere, illetve szocializációja a társadalomtudomány két különböző intellektuális és metodológiai

hagyományára épít, azt egyesíti. Strauss a szociológia és szociálpszichológia úgynevezett chicagói iskolájának kvalitatív módszertani irányultságú hagyományát képviseli, valamint a szimbolikus interakcionizmusból merít. Glaser ezzel szemben az úgynevezett columbiai iskolából való, melyben pozitivista és túlnyomórészt kvantitatív irányultságú metodikát képviseltek. A közös kutatási és fejlesztési munka során produktív módon hidalták át a különbségeket, így a GT mindkét hagyományra épít (Charmaz 2006, Ponterotto 2005). A kvantitatív hagyomány úgy tekint a társas világra (social world), mint a megfigyelőn kívül eső megismerhető valóságra, elemzésében pedig a kemény adatokra alapoz. A kvalitatív hagyomány ellenben a megfigyelő által konstruált valóságként tekint a társas világra (Todd 2004). A GT pozitivista megközelítésből forraszó elemei az objektív megalapozás, az adatokban gyökerező elméletalkotás, az explicit kódolás, az adatredukció / elemzési módszer, míg a GT-t szintén jellemző verifikációra törekvés már posztpozitivista alapállást feltételez (Ponterotto 2005). A konstruktivista megközelítés inkább a Strauss által képviselt hagyományból lett meghatározó a GT-ben. Idővel a két elméletalkotó eltérő módon kezdte alkalmazni és továbbfejleszteni a GT-t. Vitájuk hátterében a különböző tudományelméleti alapállás feltételezhető (Charmaz 2006). Napjainkban a GT legnépszerűbb irányzata a konstruktivista megközelítésmód, melyet különösen a terápiás (counselling) folyamatok elemzésében alkalmaznak (Ponterotto 2005). Kutatásomban én is a Strauss-féle terminológiát követem (Corbin és Strauss 2015).

A GT legfontosabb jellemzői közé tartozik az adatfelvétel és az adatelemzés párhuzamossága, az adatokból forraszó analitikus kódok és kategóriák megalkotása (szemben az előzetes hipotézisekre támaszkodó deduktív elemzéssel), az állandó összehasonlítás módszere, mely az elemzés mindegyik stádiumának sajátja, valamint az elméletalkotásra való törekvés az adatgyűjtés és elemzés minden lépésében (Charmaz 2006).

3.6. Kvalitatív érvényesség, trianguláció

A GT konstruktivista-interpretatív megközelítésének megfelelően a kutatás alapvetése nem a kutatótól megfelelő távolságra helyezett, objektív valóság feltárása, nem kizárólagosan az objektivitáshoz kötött validitás. Az adatokban gyökerezettségén túl, melyet a módszer szoros követése biztosít, fontos része a validitásnak a kutatói

önreflexió, hiszen az adatok értelmezése, egyes összefüggések kiemelése már szubjektív kutatói döntést is feltételez. Minél reflektáltabb módon van(nak) jelen a kutatói perspektíva (perspektívák), annál inkább hozzájárul(nak) az eredmények értelmezésének validitásához.

A kvalitatív kutatás érvényességét (vagy következetességét, Yardley 2008) szolgálják a trianguláció különböző formái is (Schwartz-Shea 2006). A trianguláció a kutatott jelenség különböző módszerekkel való megközelítését jelenti egyazon kutatás keretein belül. Ez jelentheti több forrásból származó adatok gyűjtését, több kutató bevonását az elemzésbe, illetve több elméleti keret alkalmazását a kutatás megtervezésében és az adatok értelmezésében. A GT-ben a memóírás is olyan sajátos eszköz, mely a kvalitatív érvényességet szolgálja. A memók kutatói feljegyzések, melyek kötődhetnek az adatfelvételhez, az elemzési folyamathoz és az elméletalkotáshoz is.

3.7. A GT alkalmazása a kutatás során

Kutatásunkban az adatfelvételkor az elméleti mintavétel szabályai szerint jártunk el (Corbin és Strauss 2015). Az interjúk elemzésekor kutatói megfigyeléseinket memókban rögzítettük, az adatelemzési eljárás során pedig a GT szisztematikus kódolási lépéseit alkalmaztuk.

Memók készültek

- az interjúfelvétellel kapcsolatban (az interjúkészítők minden alkalom felvételét követően leírták vagy diktafonra mondták benyomásaikat, (ön)reflexióikat; e memók tartalmazzák az alanyoknak a beszélgetésre vonatkozó visszajelzéseit is, amelyek egy része a diktafon kikapcsolása után hangzott el);

- a team megbeszélései során (a négyfős team rendszeresen egyeztetett a kutatás egyes fázisainál, az eredmények elemzésének kérdéses pontjainál);

- a kódolási munka során (két kódoló végezte az interjúszövegek elemzését, a nyílt, axiális és szelektív kódok megfogalmazása, alakítása során memókban rögzítettük a felmerült kérdéseket, gondolatokat, reflexiókat).

A kutatás során a triangulációt szolgálta az eltérő kutatói perspektívák érvényesülése, mind a tágabb teamben, mind a két kódoló kutató között. A kutatás validitásához hozzájárult a szisztematikus adatkezelés: a szószerintiség megőrzése

valamennyi fázisban, az interjúátiratokban, az elemzés lépései és az eredmények közlése során is. Végző soron az interjúszövegek és a kutatói önreflexiók, terepfeljegyzések, memók összevetése, szisztematikus elemzése, integrálása szolgálta az elméletalkotás érvényességét (Charmaz 2006, 2008, Magaldi-Dopman 2011).

A kódolási folyamat a GT szisztematikus elemzési eljárás módja szerint haladt, melynek során a folyamatos összehasonlítás módszere (constant comparison method, Charmaz 2006, 2008) tette lehetővé a mintázatok megragadását mind az egyes interjúkon belül, mind az interjúkon átívelően. A témák kiemelése és összerendezése a háromszintű kódolási folyamat mentén történt (nyílt, axiális és szelektív kódok kialakítása, Corbin és Strauss 2015).

Az elemzés első lépése az adatredukció: az interjúszövegek végigolvasása sorról sorra, a kutatási kérdés szempontjából releváns gondolati egységek kiemelése, érthető, szöveghű átírata. Ez az első harminc – öt különböző kutatási témára fókuszáló – interjú esetében azt is jelentette, hogy kijelöltük azokat a szövegrészeket, melyek a saját kutatási kérdésekre vonatkozó tapasztalatokat, információkat tartalmaznak. Ezután egy első, sűrített átírat (lineáris kódolás) készült az adott szakaszban található főbb állításokról, melyek a kutatási kérdéssel kapcsolatosak. Ez a fázis még egyszerű szöveges dokumentumként készült el, és a későbbi nyílt kódok megalkotásának alapjául szolgált, melyeket már az ATLAS.ti (Frieze 2014, Sántha 2011) szövegelemző programban rögzítettünk. A program segítségével lehetővé vált a szövegrészek kijelölésének megőrzése, a kódok és memók szövegrészekhez rendelése, illetve a folyamatos átírások (a kódnevek és hierarchiájuk az állandó összehasonlítás módszeréből adódóan folyamatosan alakulnak) egyes lépcsőfokainak rögzítése, a változások visszamenőleges hozzárendelése a már lekódolt szövegrészekhez.

A lineáris (szövegszerű) kódolás, átírat példjaként idézek egy szövegrészt és annak átíratát:

„Magyarországon is a pszichoterápia és spiritualitás téma ez egyre inkább tehát ilyen szakmailag is így kezd beérni, tehát hogy erről lehet beszélni. Meg pont a Pszichoterápiában volt egy ilyen cikksorozat, ahol szerintem ilyen nagyon alapvető írások meg nagyon ebben a kérdésben nagyon jó orientáló írások jelentek meg. Nem mindegyiket olvastam, de pl. X-nek volt szerintem egy nagyon jó cikke, ami szerintem nagyon fontos, tehát hogy a szakmai közéletnek erre is van már egy ilyen nyitottsága.

Tehát ez is elképzelhetetlen volt. Mondjuk furcsa módon Ny-Európában is ez csak az utóbbi vagy az Egyesült Államokban is csak az utóbbi, nem tudom, 10-20 évben jött elő mint téma. Érdekes, hogy pedig ott elméletileg nem voltak ilyen ideológiai gátak. De hát tényleg van egy ilyen nemzetközi nyitás.” (25 JZS 1, 181)

A szövegrész rövid tartalmi kivonata (lineáris kódolás) a következő volt (ezt rögzítettük ugyanabban a dokumentumban, egy külön oszlopban):

„Magyarországon egyre inkább lehet beszélni a pszichoterápia és spiritualitás témájáról, a szakmai közéletnek erre is van már nyitottsága.

A Pszichoterápia folyóiratban olvasott egy spiritualitással kapcsolatos témájú cikksorozatot.

A T szerint nemzetközi nyitás is van az utóbbi 10-20 évben.”

A lineáris átiratokban törekedtünk a szöveghűsége, az interjúalany szófordulatainak használatára.

A nyílt kódolás során e szöveghű átiratokra támaszkodva rövid tartalmi egységeket fogalmaztunk meg, ezek lettek a későbbi nyílt kódok. A fenti szövegrész két nyílt kódot kapott:

3.1.4. A spiritualitás témája iránt növekszik az érdeklődés a szakmai fórumokon

1.1.4. Azokat a képzési, önképzési lehetőségeket keresi, amelyeknek témája a spiritualitás²⁴

Az újabb interjúk kódolásakor a kódok megfogalmazása természetesen folyamatosan változott. Az állandó összehasonlítás során a szövegrészekben előforduló tartalmak közös lényegi elemét törekedtünk kifejezni a nyílt kódok neveivel.

A nyílt kódolással párhuzamosan a kódok a kirajzolódó összefüggések mentén felettes kategóriákba, axiális kódok alá rendeződtek, melyek a kódolás folyamán, az újabb interjúk adatai mentén szintén folyamatosan alakultak. Az axiális vagy tengelykódok aletei a nyílt kódok: ezek az egyedi esetek rajzolják ki a felettes kategóriát a tartalmi összetartozás alapján. Így például az interjúalanyok megosztották tapasztalataikat arról, hogy a páciensük a pszichoterápia mellett lelkiezetőhöz is járt. Eltérő utakról számoltak be, ahogy az erre vonatkozó kereteket kezelni próbálták a terápiás munkában. Volt, aki a páciensre bízta annak eldöntését, mit visz a

²⁴E kódnév alá csoportosultak a konkrét továbbképzési lehetőségek keresésén túl az olvasmányélmények (önképzés) is, ahogy ebben a példában is látjuk.

pszichoterápiába, mit a lelkivezetésbe, de feltételül szabta, hogy ezek különüljenek el. Volt, aki maga jelölte ki ezt a határvonalat. Arra is volt példa, hogy a terapeuta egyeztetett a pácienssel arra vonatkozóan, hogy az kitől mit vár, vagy a szakember egyszerűen követte és elfogadta azt a helyzetet, hogy a spiritualitással, istenkapcsolattal, hitérettel kapcsolatos kérdéseket a lelkivezetőjéhez viszi a páciens. Ezek a nyílt kódok tehát kirajzolták egy axiális kódot:

2.2. Kézben tartja a pszichoterápiával párhuzamosan futó lelkivezetés pszichoterápiára vonatkozó kereteit (axiális)

2.2.1. A terapeuta a páciensre bízza a döntést, hogy mit visz terápiába és mit a lelkivezetésbe, de ennek el kell különülnie (nyílt)

2.2.2. Párhuzamosság esetén egyezteteti a pácienssel, hogy kitől mit vár (nyílt)

2.2.3. A pszichoterapeuta tiszteletben tartja, hogy a páciensnek van lelkivezetője, és az odatartozó témákat ott beszélnek meg (nyílt)

2.2.4. A pszichoterapeuta kijelöli, hogy a páciens milyen témát hozzon a terápiába, és mit vigyen a lelkivezetésbe (nyílt)

A kialakuló axiális kódok újabb adatok keresését és újabb nyílt kódok létrehozását tették lehetővé, cirkulárisá téve a kódolás folyamatát, egészen a gondolati egységek telítődéséig (Corbin és Strauss 2015). Az axiális kódok további felettes kategóriákba, szelektív kódokba rendeződtek.

A fenti példában említett és további két axiális kód együttesen adta ki a 2. szelektív kódot, mely az együttműködési tapasztalatokra vonatkozó alapmintázatot képviselt:

2. Pszichoterapeuta és lelkivezető kapcsolatfelvétel nélkül, párhuzamosan dolgoznak a pácienssel (szelektív)

Ezt a szelektív kódot a következő axiális kódok rajzolták ki, természetesen az alájuk tartozó nyílt kódokra, végső soron pedig a kódok megfogalmazásának alapjául szolgáló interjúrészletekre támaszkodva:

2.1. A pszichoterápiás térben megjelenhet a lelkivezetői kapcsolat (axiális)

2.2. Kézben tartja a pszichoterápiával párhuzamosan futó lelkivezetés pszichoterápiára vonatkozó kereteit (axiális)

2.3. Dolgozik a pszichoterápia és lelkivezetés konfliktusával (axiális)

A szelektív kódok és az alájuk tartozó axiális és nyílt kódok összességéből rajzolódott ki a kutatási kérdésre válaszoló kódfa. Ennek véglegesítése után következett az újrakódolás folyamata, melynek során a teljes kutatási anyag szövegrészeihez hozzárendeltük az immár végleges kódneveket, ellenőrizve, hogy minden releváns kód megjelenjen egy-egy szövegrész mellett, és az idézetek hossza (kijelölése) is az érthetőséget szolgálja. Az újrakódolási folyamat során is együtt dolgoztunk kutatótársammal, Kiri Edittel, ezáltal is elősegítve a folyamat érvényességét. Az eredmények rögzítésekor továbbra is az ATLAS.ti szövegelemző programot használtuk.

4. EREDMÉNYEK

A harminchárom interjú feldolgozása során kapott eredmények két kódfába rendeződtek – válaszul a két kutatási kérdésre. Az első kódfa a pszichoterapeuták egymás közti szakmai kapcsolataiban mutatja be a spiritualitás témájának megjelenését, míg a második kódfa a lelkivezetővel való együttműködésről szól. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a pszichoterapeuták saját spiritualitásfogalmaira támaszkodtunk mind az interjúk felvételekor, mind az elemzés során, tovább nem kategorizálva a megjelenő tapasztalatokat (például teisztikus, humanisztikus stb. spirituális élményekre). Mindazon tapasztalatokat spirituálisként kódoltuk, melyeket maguk az interjúalanyok ebbe a kategóriába soroltak. Az eredmények értelmezésénél visszautalok az elméleti bevezetőben bemutatott fogalmakra, felhasználva őket a feltárt jelenségek magyarázatánál.

Az első kódfában megjelennek a képzésekhez, továbbképzésekhez, formális és informális szakmai kapcsolatokhoz, fórumokhoz (például az esetmegbeszélő és szupervíziós csoportokhoz, konferenciákhoz, munkatársi megbeszélésekhez) fűződő tapasztalatok: megjelent-e a spiritualitás ezeken a fórumokon, és ha igen, milyen formában? A kódok a pszichoterapeuták attitűdjeit, megélését is tartalmazzák, túl a tényeken: tapasztalataikról beszélve az igényeiket, nehézségeiket, viszonyulásukat is megfogalmazták. A kapott nyílt és axiális kódok végül három nagy témát képviselő szelektív kód alá csoportosultak: az első a képzésre vonatkozó tapasztalatokat összegzi, a második a spiritualitás szakmai fórumokon való megjelenésének hiányát, illetve konfliktusait mutatja be, míg a harmadik a szakmai fórumokon a spiritualitással való munka megjelenésének variációit rendszerezi.

A második kódfában a lelkivezetővel való együttműködésre vonatkozó attitűdöket és tapasztalatokat rendszerezik a kódok, s helyet kapnak benne a lelkigondozóval való együttműködés mintázatai is. A négy szelektív kód közül az elsőben annak a eseteit láthatjuk, hogy ha nincs együttműködés a pszichoterapeuta és a lelkivezető között, milyen tényezők állnak ennek háttérében, illetve mik lennének az együttműködésre vonatkozó attitűdök és irányelvek, melyeket a pszichoterapeuta megfogalmaz. A második szelektív kód alatt annak tapasztalatait olvashatjuk, amikor a pszichoterapeuta és a lelkivezető párhuzamosan dolgozik (egy közös pácienssel/klienssel), anélkül hogy felvették egymással a kapcsolatot. A harmadik szelektív kódhoz tartozó esetekben a

pszichoterapeuta és a lelkipásztor, lelkipásztor kapcsolatban van egymással. A negyedik szelektív kódban pedig azokat a tapasztalatokat gyűjtöttük össze, melyekkel a terapeuta értékeli a megvalósult együttműködést.

Az eredmények bemutatásakor a kódján szisztematikusan haladva ismertetem az adott főtema megjelenési módjait, a kódok alapjául szolgáló idézetekkel támasztva alá a leírtakat. Így a pszichoterapeuták saját megélése, tapasztalata kap szót a kódok által rendszerezett formában.

4.1. Első kódfa: A spiritualitás témája a pszichoterapeuták közti szakmai kapcsolatokban

4.1.1. Első szelektív kód: A pszichoterapeuta a képzése során kevés ismeretanyagot kapott a spiritualitás tárgykörében

„Az első szelektív kód, valamint a hozzá tartozó axiális és nyílt kódok a pszichoterápiás képzésre vonatkozó tapasztalatokat összegzik. A pszichoterapeuták arról számolnak be, hogy kevés ismeretanyagot kaptak a spiritualitás tárgykörében” (Jáki és mtsai 2019b, 5). Ezt többen hiányolják, és az erre vonatkozó ismereteket, élményeket más utakon próbálják megszerezni, pótolni. Ha bekerült a képzésbe a spiritualitással való foglalkozás, ez többnyire a saját élményű képzésben valósult meg (tehát elsősorban maguk a képződő terapeuta hozták be a témát) (Jáki és mtsai 2019b). Az első szelektív kódhoz (1. táblázat) a következő axiális és nyílt kódok tartoznak:

1. táblázat: Az I. kódfa 1. szelektív, axiális és nyílt kódjai

1. A pszichoterapeuta a képzése során kevés ismeretanyagot kapott a spiritualitás tárgykörében (szelektív)
<i>1.1. A pszichoterapeuta hiányolja a képzésből a spirituális tematikát (axiális)</i>
1.1.1. A képzésben nem esett szó a spiritualitásról (nyílt)
1.1.2. Hiányolja a spiritualitás témában képzettebb kollégákat (nyílt)
1.1.3. Szükségesnek tartja a spiritualitással kapcsolatos szakmai irányelvek megfogalmazását, oktatását (nyílt)
1.1.4. Azokat a képzési / önképzési lehetőségeket keresi, amelyekben benne van a spiritualitás (nyílt)
1.1.5. A saját élményű / önismereti képzést tartaná leginkább szükségesnek a spiritualitás témájában (nyílt)
1.1.6. Képzését alternatív irányzatokkal egészíti ki (nyílt)
<i>1.2. Csak a saját élményű képzésben került szóba a spiritualitás (axiális)</i>

1.2.1. Módszertől, képzőhelytől is függ, mennyire volt benne a spiritualitás témája a terapeuta saját élményű képzésében (nyílt)
1.2.2. Saját élményű képzésben dolgoztak spirituális tartalmakkal (nyílt)
1.2.3. A kiképző spiritualitása szavak nélkül hat (nyílt)

1.1. axiális kód: A pszichoterapeuta hiányolja a képzésből a spirituális tematikát

Az első axiális kódon belül azokat a tapasztalatokat olvashatjuk, melyekkel a pszichoterapeuta jelzi a spiritualitással kapcsolatos ismeretek elsajátításának hiányát a képzésben, megfogalmazza e tudás szükségességét, illetve beszámol azokról az erőfeszítéseiről, ahogy pótolni igyekszik ezt a hiányt.

„A pszichoterapeuták beszámolójában visszatérő tapasztalat, hogy képzésükben nem esett szó a spiritualitásról (1.1.1 nyílt kód): *»azt gondolom, hogy mindnyájan képződtünk valamilyen módszerben, és valószínű, hogy a képzésünkből ez kimaradt«* (2 TD 2, 213)” (Jáki és mtsai 2019b, 5).

Ezzel összefüggésben jelzik a terapeuták, hogy „bizonyos esetekben hiányolják a spiritualításban képzettebb kollégák jelenlétét, elérhetőségét, amikor erre szükség lenne, például amikor páciens küldenének tovább valamilyen, a spiritualitást is érintő elakadás kapcsán (1.1.2. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019b, 5). Ezt szemlélteti a következő idézet: *„hogya valaki istenhívő nagyon, akkor van bennem egy óvatosság, hogy meddig mehetek el. [...] Egyszer volt mondjuk egy ilyen páciensem, akivel tényleg nem tudtam, hogy mik a koordináták. [...] Na most neki egy büntető istene volt. [...] Elmondtam neki ezt a nehézségemet, ezt a dilemmát. [...] arról is volt szó, hogy esetleg kereshetne olyan terapeutát, aki biztosabb kézzel tud ezzel a kérdéssel bánni. [...] az az igazság, hogy nem tudom, tényleg nem tudom, hogy a pasztorálpszichológusok mit csinálnak, szóval igazából és akkor az egy olyan ingoványos terület nekem, hogy én akkor most mit mondjak...”* (9 SV 2, 195).

A megkérdezett pszichoterapeuták közül többen jelezték, hogy szükségesnek tartanak a spiritualitással kapcsolatos szakmai irányelvek megfogalmazását, oktatását (1.1.3. nyílt kód). Erről vall a következő idézet: *„Ez nehéz a betegeknek is, szerintem nekünk is nehéz, mert ez nincs így leírva, erről lehet, hogy tényleg kéne írni, ilyen irányelveket, vagy nem tudom. Vagy lehet, hogy azt kéne, hogy egy ilyen konszenzust, hogy néhányan összeülnek, akik ilyenekkel foglalkoznak, és aztán ilyen guideline-okat lefektetni valahogy. Szerintem ez jó lenne, mert nem tudják az emberek, bennem is*

most..., igazából erről senkivel nem tudok beszélni, és ugyanakkor pedig nagyon fontos lenne” (10 SV 2, 95).

A képzésben nem szerepelt ismeretanyagot pótolandó az interjúalanyok közül többen specifikus képzéseken vagy önképzéssel (célzott szakirodalom olvasásával) próbálják kiegészíteni tudásukat, illetve követni személyes érdeklődésüket (1.1.4. nyílt kód). A következő két idézet erre vonatkozik: *„Úgy cikkek terén hát az Embertárs c. újság nekem jár, és ott lehet erről olvasgatni. Másutt nem nagyon van módomban, hát most már olyan szervezeten nem olvasom az irodalmat annyira, de régebben hát tudjuk, hogy ezt nem tanították, és szerencsére azért, hogy ilyen elemeket használtam eddig is” (24 JZS 1, 29).* *„Én most már két éve járok a transzperszonális-terapeuta-képzésre, ahol ez ott egyértelmű. Tehát mindnyájan, kollegák, akik ide járunk, hasonló módon gondolkodunk, és hát mindenki egyfajta kereső pozícióban van” (27 MT 2, 88).*

Az interjúalanyok közül többen megfogalmazták, hogy a spiritualitásra vonatkozó ismeretek elsajátításához a saját élményű / önismereti képzés volna a leginkább szükséges (1.1.5. nyílt kód): *„...hogya kimaradt a képzésünkből, akkor nekünk kéne beemelnünk. De ahhoz, hogy be tudjuk emelni, először saját magunkkal kéne tisztába lenni, hogy mi hogy vagyunk ezzel, s ezt nem tudjuk. Ehhez viszont az kellene, hogy elmenjünk újabb terápiába vagy újabb képzésbe vagy újabb bármilyen módszerbe megnézni, hogy hogy is vagyok ezzel, hogy tisztába kerüljek saját magammal, mert akkor tudnék ezzel komolyabban kifelé fordulni. De hogy ezt nem tesszük meg” (2 TD 2, 213).*

További reakció a terapeuták részéről, hogy a spiritualitással kapcsolatos érdeklődés sokakat a hivatalos képzési programokon kívül eső tanfolyamok felé vezet (1.1.5. kód: „Képzését alternatív irányzatokkal egészíti ki”). Erre példa a következő idézet: *„A másik oldal, hogy most iratkoztam a Napútnak a képzésére – nem tudom, mond-e számodra valamit –, a Napút egy alternatív művészeti akadémia, akiknek a képviselői abszolút a transzcendens irányából és nagyon komoly terápiás tudással, pszichoterápiás tudással tanítanak. [...] Tehát ez is egyfajta útkeresés. Nem tudom, hogy meddig tudok velük tartani. Egyelőre nagyon lelkesít, nagyon izgalmas” (27 MT 2, 94).* Az interjúkban sokféle tanfolyam megjelent, melyet egy-egy interjúalany elvégzett, sőt a pácienseinek is ajánlotta ezeket: agykontroll, bioenergetikai tanfolyam, sámánutazás, szellemi jóga stb.

1.2. axiális kód: Csak a saját élményű képzésben került szóba a spiritualitás

A második axiális kód azokat a tapasztalatokat sűríti, melyeket említve a pszichoterapeuták arról számolnak be, hogy a képzésükben miként jelent meg a spiritualitás. A behozott példákban, tapasztalatokban közös, hogy a saját élményre utalnak, ezen belül került sor a spiritualitással való munkára.

Az első nyílt kód (1.2.1.) szerint „módszertől, képzőhelytől is függ, mennyire volt benne a spiritualitás témája a terapeuta saját élményű képzésében”. Több terapeuta nevesítette, hogy milyen módszerben végezte saját élményű képzését: véleményük szerint az adott módszerhez is köthető volt, hogy bekerült-e a saját élménybe a spirituális élményekkel való foglalkozás. Ezt példázzák a következő idézetek: „*A képződésem során nem találkoztam. A pszichodramajátékokban előjött, hazudnék, ha azt mondanám, hogy nem, tehát ugye pszichodramában meg benne is van, tehát hogy ebben tényleg találkoztam*” (2 TD 2, 31). A csoportos saját élmény mellett (másoknál) az egyéni kiképző pszichoterápia is megjelent a spiritualitással való munka tereként: „*...a képzésekben hogyan jelenik meg a spiritualitás mint téma? Szóba került-e például? – Interjúalany: Hát ugye én jó helyzetben voltam, ugye, mert a jungi analitikusoknál ez evidens, hogy evvel a témával foglalkozni kell, és én egy különleges helyzetben voltam, mert ugye jártam a jungi analízisembe, de már elkezdtem ezt a bizonyos transzléghést. Tehát egy csomó transzban szerzett spirituális élményt a jungi analízisben tudtam kielemezni. Tehát egy különleges helyzet volt egy különleges terapeutával, ugye ezt nem mindegyik terapeuta fogadta volna el, hogy én közben transzolni járok, de ő egy befogadó volt ezen a téren, és nekem erre nagy szükségem volt. Tehát ha csak a transzléghés lett volna, ahol nincs elég integrációs része, tehát az nagyon rám volt bízva, de nekem volt egy partner, akivel ezt meg tudtam beszélni. Ez nagyon fontos volt. Ez, ha valami ártalmas ebben a New Age-mozgalomban, ez az. Hogy nagyon sok élményt nyújt, és nem nyújt lehetőséget az integrációjára, tehát a tudatossal való összedolgozásra. Ez pedig fontos lenne*” (17 CSK 2, 196).

A következő példa azt szemlélteti, hogy adott esetben hogyan is folyt a spiritualitással végzett saját élményű munka: „*Arra pl. emlékszem, hogy volt egy ilyen konkrét élményem, amikor egy ilyen drámajáték során, azt hiszem, hogy volt egy imagináció az elején, és akkor utána tematizáltuk, és hogy Istent kellett valamilyen módon megjeleníteni, és én arra emlékszem, hogy én rajta voltam Isten tenyerén, és*

ahogy ránéztem, azt vettem észre, hogy Isten vak. Mármost hogy a szónak a klasszikus értelmében természetesen, de hogy ez a vakság ez egy ilyen mindent látó vakság volt természetesen. Hogy kifelé vak. És hát nagyon érdekes volt ez az élmény egyébként, mert én így sose gondoltam volna úgy egyébként, hogyha én tudatosan gondolkodtam, hogy én Isten tenyerén lennék. Tehát ez egy jó élmény, erre emlékszem” (32 JZS 2, 33).

Más esetekben a spiritualitás tulajdonképpen nem tematizálódott, az interjúalanyok mégis arról számoltak be, hogy szavak nélkül is hatott vagy átadódott a képző spiritualitása (1.2.3. kód: „A kiképző spiritualitása szavak nélkül hat”). Ezt példázza a következő idézet: „Hát a képződésben konkrétan nem volt erről szó. Én csoportanalitikus-továbbképzésben részesültem a Tündérhegyen, de hát azért nyilván, hogy jelen volt, mert sok olyan személy volt ott a kiképzők között, aki nagy hatással volt rám, és azt gondolom, hogy ez biztos, hogy benne volt a dologban. – Kérdező: Hogy nem volt kimondva, ha jól értem? – Interjúalany: Nem volt kimondva, de mégis azért ez valahogy ott lebegett” (4 MT 2, 87).

A képzésre vonatkozó kódok sora ezzel zárult. Összességében a saját élményű munka tapasztalata mellett tehát elsősorban a képzés hiánya, igénye hangsúlyozódott az interjúalanyok válaszaiban.

4.1.2. Második szelektív kód: A spiritualitás témájának megjelenése a szakmai fórumokon hiányos vagy konfliktusos

„A második szelektív kódhoz tartozó kódokban és idézetekben azok a tapasztalatok jelennek meg sűrítve, melyek a szakmai fórumokon a spiritualitás megjelenésével kapcsolatos nehézségekről vallanak” (Jáki és mtsai 2019b, 6). Az interjúalanyok által megfogalmazott tapasztalatok egy szelete tehát arra vonatkozik, hogy a spiritualitás témája nem jelenik meg a szakmai fórumokon, vagy a megjelenését konfliktusok övezik. Ezeket (2. táblázat) mutatják be rendszerezetten az alábbi axiális és nyílt kódok:

2. táblázat: Az I. kódfa 2. szelektív, axiális és nyílt kódjai

2. A spiritualitás témájának megjelenése a szakmai fórumokon hiányos vagy konfliktusos (szelektív)
2.1. Nem kerül szóba a szakmai kapcsolatokban a spiritualitás (axiális)
2.1.1. Nem téma a szakmai kapcsolatokban a spiritualitás (nyílt)
2.1.2. Tabu téma a spiritualitás a szakmában (nyílt)

2.1.3. A spiritualitással való foglalkozás hiányát egyes irányzatokhoz köti (nyílt)
2.1.4. Hiányolja a spirituális témák iránti nyitottságot és párbeszédet a szakmai kapcsolatokban (nyílt)
2.1.5. A saját spiritualitás témáját a szakmai kapcsolatokban túl személyesnek tartja (nyílt)
2.2. A pszichoterapeuta nehézségeket tapasztal szakmai körökben a spiritualitással kapcsolatban (axiális)
2.2.1. Ellenséges légkörben inkább nem hozza szóba a spiritualitás témáját (nyílt)
2.2.2. Próbálta behozni a spiritualitást a szakmába, de elutasítást tapasztalt (nyílt)
2.2.3. A szakmai párbeszédet nehezítik az előítéletek a spiritualitással szemben (nyílt)
2.2.4. A spiritualitás leegyszerűsítő, elméleti bemutatása negatív érzéseket kelt (nyílt)
2.2.5. A spiritualitás túlhangsúlyozása negatív érzéseket kelt (nyílt)

2.1. axiális kód: Nem kerül szóba a szakmai kapcsolatokban a spiritualitás

Sokan nem találkoztak a spiritualitás témájával a szakmai fórumokon, s vannak, akik kifejezetten tabutémának érzékelik az ezzel való foglalkozást. Itt is megjelenik az a szempont, amely a képzésnél: az interjúalanyok szerint az egyes szakmai fórumok, irányzatok sajátja is lehet, hogy mennyire nyitottak a téma befogadására. A reakciók eltérők: vannak, akik hiányolják a spiritualitással kapcsolatos szakmai munkát, vannak, akik túl személyesnek tartják a témát, legalábbis ami a saját érintettségüket, viszonyulásukat illeti.

Az első nyílt kód azokat az idézeteket tartalmazza, melyek szerint nem téma a szakmai kapcsolatokban a spiritualitás. Nem kerül be az esetmegbeszélésekre, szupervízióba, nem hozzák szóba az esetekről szóló kollegiális beszélgetésekben, ahogy erről a következő idézet is vall:

„Beszél egy kicsit arról, hogy más kollégák spiritualitását időnként vélte felfedezni. Előkerült esetleg szakmai kapcsolattartásban, szupervízióban, esetmegbeszélésen? [...] Interjúalany: Nem. Nemigen. De csodálkozom is rajta, de nem” (15 CSZS 1, 252).

További mintázatot képvisel az interjúalanyok válaszai között, amikor nem pusztán hiányzónak, hanem tabunak élik meg a spiritualitás témáját a szakmai fórumokon (2.1.2. nyílt kód): *„Megkockáztatom, hogy tabutémaként kezelt vagy kezeltnek tűnik ez a terület”* (12 SZT 1, 27). Vannak, akik a háttérre is utalnak, például a társadalmi folyamatokkal vagy a freudi örökséggel hozzák összefüggésbe, hogy a szakmai életbe nem kerül be a spiritualitással kapcsolatos munka. *„Szóval hogy*

valahogy egy kicsit úgy vagyunk mi a másik ember hitével, gondolkodásmódjával, mint a fejlett ny-i társadalmakban az emberek a másik politikai beállítódásával, hogy ott az tabu, és nem beszélnek arról, hogy ki kire szavazott, és milyen pártállása van. Mo.-on meg sokszor a pártállást azt kiteszik a gomblyukba, és a hitről nem beszélnek. Vagy az is lehet, hogy ez még ilyen rendszerváltás körüli állapotra hajazik ez a dolog. Ugye hát tudjuk jól, hogy a vallásos ember sem nyíltan kereszteltette a gyermekét, hogyha valamilyen közszolgálati pozíciót töltött be a szocializmus alatt. Szóval vallásos emberek névadót tartottak a gyerekeiknek, vagy vidéki városban kereszteltették a gyerekeiket, vagy mondjuk egy pedagógus, hogy ne beszélje ki a fél falu, vagy a nem tudom én, ki, hogy vallásos nevelést ad a gyerekének. Hogy talán még ezek a régi beidegződések, hogy a vallás az egy túrt dolog, és nem beszélünk róla” (20 CSK 2, 214).

„Nem kerül be a kollegák egymás közti beszélgetésébe. Nem téma. Lehet, hogy ennek az a történelmi hagyománya, hogy a pszichoterápia tényleg Freud nevéhez kötődik, ő alapozta meg, s akkor a Freud ateizmusán is, hogy is mondjam, alapul” (1 TD 1, 146).

Innen vezet tovább az a gondolat, hogy az interjúalanyok egy része különbséget lát az egyes irányzatok között abban, hogy mennyire van jelen vagy épp hiányzik a spiritualitással való foglalkozás az adott szakmai fórumon (2.1.3. nyílt kód: „A spiritualitással való foglalkozás hiányát egyes irányzatokhoz köti”). Illusztrációképpen álljon itt egy rövid idézet: *„De hát azért vannak olyan közegek, hogy ezeket a dolgokat nem lehet az embernek a száján kiejteni” (19 CSK 2, 273).* Azok közül, akik beszámoltak arról, hogy nem jelentek meg szakmai fórumokon spirituális témák, többen kifejezték, hogy ezt hiányolják (2.1.4. nyílt kód). Így gondolkodik erről az egyik interjúalany: *„Volt egy ilyen kör, ahol pedig erről beszéltünk, de inkább kognitív szinten, mint személyes szinten. Szóval személyes szinten beszélni erről nagyon kevés emberrel lehet, azt gondolom. Nincs még ennek meg a kultúrája, szokásjoga, de lesz, tehát meggyőződésem, hogy erre tartunk” (27 MT 2, 90).* Mások a spiritualitást olyan személyes kérdésnek tartják, ami jó is, ha nem jelenik meg, nem kell bevinni a szakmai párbeszédbe (2.1.5. nyílt kód). Az egyik interjúalany a következőképp fogalmazza meg ezt: *„...konkrétan egy kollégámról tudom, akivel ilyen baráti jellegű kapcsolatot ápolok, hogy vallásos, és hogy én nála ezt hitelesnek láttam ezt a vallásos beállítódást.*

De hogy őnála ez a terápiában hogyan alakul, hogy a terápiába hogy jön be nála a spiritualitás, arról nem beszélünk. [...] – Kérdező: Miért nem vajon? – Interjúalany: Talán azért, mert hogy nem vagyok kíváncsi erre, vagy annyira intimnek tartom ezt a témát” (20 CSK 2, 214). Egy másik interjúalany az interjú élménye kapcsán reflektál arra, hogy ebben a helyzetben tudott beszélni a saját spiritualitásáról, de általában a szakmai fórumokon a saját spiritualitás behozása túl intim kérdés: „Hát, úgy egyébként... Azt gondolom, hogy ezzel kapcsolatban szemérmesek. Azt hiszem, hogy X-től hallottam, és igaz van, hogy a hit ügyében az emberek szemérmesebbek, mint a szexualitás ügyeiben. És hogy én ezt minden közegben megtapasztalom. Mert amit most én elmondtam a Caminóról, azért volt könnyű elmondani, mert egy monológ. És hogy nem érzem azt, mert hiszen ez a témánk, hogy utána lenne egy rossz érzésem, hogy én most túlzottan levetkőztem... De nagyon nem találtam, vagy nagyon kevés olyan fórumot találok, ahol én ezt meg tudom tenni, vagy volt, ahol megtettem, és azt éreztem, hogy nem tudnak velem tartani...” (27 MT 2, 88).

Ebben az idézetben már megjelennek a spiritualitás behozásával kapcsolatos nehézségek is, melyekről a kódfa következő ágában tájékozódhatunk.

2.2. axiális kód: A pszichoterapeuta nehézségeket tapasztal szakmai körökben a spiritualitással kapcsolatban

„A spiritualitás behozásával kapcsolatos nehézségek sokszínűek. A spektrum a tapasztalt ellenállástól és előítéletektől kezdve a negatív reakciókon át a túlkapásokig terjed, amikor inadekvát módon hangsúlyozódik túl a spiritualitás az adott szakmai fórumon, közösségben” (Jáki és mtsai 2019b, 7).

Az első nyílt kód (2.2.1.: „Ellenséges légkörben inkább nem hozza szóba a spiritualitás témáját”) azokat a történeteket tartalmazza, „amikor a terapeuta ellenállást tapasztalt a témával kapcsolatban az adott szakmai fórumon, emiatt inkább visszavonult, nem vállalta fel nyíltan a véleményét, gondolatait” (Jáki és mtsai 2019b, 7). Az egyik interjúalany egy konferencián kialakult vitában élte meg ezt: „Volt, ez egy nem hívő kollega, de ez csak kiakadt egy konferencián... hogy milyen dolog, hogy a betegek, azok így keresnek pszichológust, hogy hívő vagy nem hívő, és hogy az milyen hülyeség, diszkrimináció. De aztán egy szót se szóltam, mert ezzel most... nincs mit mondanom. – Kérdező: És mit gondolsz te erről egyébként? – Interjúalany: Hát hogy szíve joga a

betegnek kiválasztani, hogy kihez megy. Ezt nem lehet így... hogy ez nem ilyen igazságos elosztással megy, hogy most kihez mennek, vagy miért mennek az emberek” (10 SV 2, 153). A következő idézetben egy másik interjúalany arról is vall, miért dönt inkább amellett, hogy ne vállalja fel a témát: *„...minden változás agressziót hoz, mert lesznek ellenzői, lesznek, akik haragszanak, lesznek, akik nem akarják, tehát fölteszem magamnak is, hogy megér nekem ennyit, hogy most egy csomó haragosom legyen, nekifeszüljek, az energiáim java részébe hadakozzak? Nem ér a dolog ennyit”* (2 TD 2, 215) (Jáki és mtsai 2019 b).

A megkérdezett pszichoterapeuták közül voltak, akik végül is felvállalták, hogy beviszik a spiritualitás témáját az adott szakmai fórumon, de számukra ez negatív tapasztalattal járt, elutasítást, konfliktust hozott (2.2.2. nyílt kód: „Próbálta behozni a spiritualitást a szakmába, de elutasítást tapasztalt”). Több történetben, mint a következőben is, egy még nem „bevett”, de sokak által gyakorolt módszer váltott ki ellenállást:

„Igazából énnekem ez eléggé fájdalmas és nehéz élmény, mert nagyon sokunk szakmai tapasztalatát szedtük össze ahhoz a cikkhez, amit írtunk a családállítás hatásvizsgálatáról, és ezt megelőzte egy olyanfajta igen komoly szakmai lekicsinylés a szakma, a nagybetűs szakma részéről a családállítás irányába, ami én azt gondolom, hogy a családállítás elsősorban spirituális jellegének szólt. Holott, mint ahogy mondtam is, én azt gondolom, hogy nem lehet meg terápia spirituális érzékenység, a spirituális erőter használata nélkül. De úgy tűnik, hogy a szakma, az nagyon dühös a spiritualitással való kóklerkedésre, ami előfordul. De hát vannak hamis próféták, hát annak is lennie kell” (21 CSK 2, 172).

A spiritualitással szemben meglévő előítéletek szintén nehezítik a szakmai párbeszédet (2.2.3. nyílt kód). A következő példában tulajdonképp az ismerethiány számlájára is írható a témát övező zavar: *„...a terapeuták számára én azt gondolom, lila kód a vallás, a spiritualitás, összekapcsolódik az ezotériával és egyéb ilyen gyanús dolgokkal, olyan világgal, olyan talajjal, amin egyszerűen nem mozognak biztos lábbal, mert egy transzcendens tapasztalat az már inkább egy pszichotikus tünet, mint egy kulturális jelenség”* (1 TD 1, 146).

A spiritualitás behozásával kapcsolatos további negatív tapasztalat, amikor nem adekvát módon mutatják be a témát: vagy túl leegyszerűsítően (2.2.4. kód: „A

spiritualitás leegyszerűsítő, elméleti bemutatása negatív érzéseket kelt”), vagy épp ellenkezőleg, a spiritualitás szerepét túlhangsúlyozva (2.2.5. kód: „A spiritualitás túlhangsúlyozása negatív érzéseket kelt”). Ezt példázzák a következő idézetek: „*Volt egy előadása [ami a spiritualitásról szólt]. [...] Hát persze én lelkesen elmentem, nagyon sokan voltak. Nekem olyan komoly csalódás volt, mert ott végig csak kökeményen a grafikonok [jelentek meg]. Tehát ott spiritualitást nem éreztem ennyit sem. És akkor jöttem rá, hogy a legérdekesebb témát is hogy lehet lecsupaszítani*” (3 MT 2, 136). Egy másik terapeuta kritikája: „...*olyan is van, hogy borzasztó is, hogy a csukott újságból is a kaporszakáll²⁵ lóg már ki*” (8 SV 1, 132). Ugyanez a terapeuta említ olyan példát is, mely már a pozícióval való visszaélésre és a vallásosság erőltetésére utal: „*Hívő szakember került elég autoriter vezető pozícióba, ahol... nagyon sokat hangoztatta a hitbeli dolgokat, és szerintem olyan módon és mértékben, ami inkább a pszichoterápiát kiszorította, kiszorító hatása volt a szakmában. [...] Nem volt ennek komoly következménye, de én ekkor találkoztam először, hogy... inkább vallásosnak mondanám, hogy vallásos ember próbál irányt mutatni olyan kérdésekben, ami a pszichoterápia szakmai területére tartozik. Én most is úgy gondolom, hogy ő pl. eltévesztette a határt ebben, ez az én személyes véleményem*” (8 SV 1, 118).

4.1.3. Harmadik szelektív kód: Szakmai kapcsolatokban megjelenik a spiritualitás témája

Az interjúk egyik jellegzetes, központi tartalma, amely így a kódfa külön főágát (szelektív kód) képezi, az a tapasztalat, hogy a spiritualitás iránt egyre nagyobb az érdeklődés és nyitás a szakmai fórumokon. A bemutatandó axiális és nyílt kódok (3. táblázat) ennek színtereit, megjelenési formáit mutatják be (Jáki és mtsai 2019b).

3. táblázat: Az I. kódfa 3. szelektív, axiális és nyílt kódjai

3. Szakmai kapcsolatokban megjelenik a spiritualitás témája (szelektív)
3.1. Nyilvános szakmai fórumokon foglalkoznak a spiritualitás témájával (axiális)
3.1.1. Spirituális témájú szakmai rendezvényen vesz részt a pszichoterapeuta (nyílt)
3.1.2. Szupervízióban/esetmegbeszélésen téma a spiritualitás (nyílt)
3.1.3. A spiritualitás megjelenését a szakmai fórumokon egyes irányzatokhoz köti (nyílt)

²⁵Kaporszakállon az Atyaisten-ábrázolások szakállát érti.

3.1.4. A spiritualitás témája iránt növekszik az érdeklődés a szakmai fórumokon (nyílt)
3.2. A pszichoterapeuta kollegiális kapcsolataiban téma a spiritualitás (axiális)
3.2.1. Csak bizalmas szakmai kapcsolatokban beszélgetnek spirituális témákról (nyílt)
3.2.2. A szakmai párbeszédben a spiritualitás szakmai vetületével foglalkoznak (nyílt)
3.2.3. Nagyon különböző spirituális beállítottságú szakemberekkel dolgoznak együtt harmonikusan (nyílt)
3.2.4. Szakmai kapcsolataiban szavak nélkül megjelenik a spiritualitás (nyílt)
3.3. Aktívan beviszi a szakmai fórumokra a spiritualitás témáját (axiális)
3.3.1. Publikál a spiritualitás témájában (nyílt)
3.3.2. Küld pácienseket a spiritualitással integráltan dolgozó intézményekbe (nyílt)
3.3.3. Szakmai rendezvényt szervezett a spiritualitás témájában (nyílt)
3.3.4. Szupervizorként rákérdez a spiritualitásra, vagy kibontja a felmerülő spirituális témát (nyílt)
3.3.5. Képzőként/szupervizorként vesz részt teológiai végzettségűek továbbképzésében (nyílt)
3.3.6. Egyesületet alapított, hogy együttműködhessen hasonló spirituális szemléletű kollégákkal (nyílt)

3.1. axiális kód: Nyilvános szakmai fórumokon foglalkoznak a spiritualitás témájával

Az első axiális kód azokat a tapasztalatokat sűríti, amikor a pszichoterapeuták valamilyen szakmai fórumon, rendezvényen, szupervízióban foglalkoztak a spiritualitás témájával. Számos ilyen tapasztalat gyűlt össze, ami utal a spiritualitás iránti fokozódó nyitásra, érdeklődésre. Az első nyílt kódban (3.1.1.) olyan konferencia-előadásokat és workshopokat említenek a pszichoterapeuták, amelyeken ők maguk is részt vettek. Például: „...idén januárban volt a Pszichiátriai Társaságnak a kongresszusa, akkor volt egy olyan szekció, már nem tudom pontosan, hogy volt a szekció címe, de valahogy a spiritualitás mint téma volt benne. Annyi ember jelentkezett erre a szekcióra, és jött oda, hogy a társaságnak több mint a fele kint maradt, és nem tudott bejönni, pedig lenn a földön is ültünk. Ez csak arra egy példa, hogy érdeklődés van. Most a Pszichoterápiának a konferenciáján is volt ezzel kapcsolatban szekció, és az emberek jöttek, és van érdeklődés efelé” (7 SV 1, 107).

A következő nyílt kód (3.1.2.) arról vall, hogy a szupervíziók során és az esetmegbeszéléseken a terapeuták beszámolója szerint téma volt a spiritualitás. Érdekes, hogy az idézetek mind olyan speciális helyzetről szólnak, amikor nem „véletlenszerűen” került szóba a spiritualitás, hanem valami ezt predesztinálta: vagy a képző/szupervizor személye, vagy a közeg maga. Így például amikor interdiszciplináris

esetmegbeszélőkről volt szó, ahol a pszichoterapeuták mellett a spiritualitással professzionálisan foglalkozó segítők (lelkigondozók, lelkivezetők) is jelen voltak.²⁶ Olyan szupervíziós helyzetet nem említettek az interjúalanyok, ahol teljesen „semleges” közegben került volna szóba a spiritualitás. Van, aki erre még reflektál is a válaszában: *„Csak ilyen értelemben volt szó, egyszer, hogy talán reformátusoknál ugye nincs gyónás, és akkor a büntudatos körrel másképpen kell foglalkozni, tehát hogy erre figyelemmel kell lenni, mint jelenségre, de ilyen spirituális élmény nem jelent meg a szupervízióban. Szerintem nyilván az esetmegbeszélők is úgy válogatódna össze, hogy magamfajtaikkal ülök esetmegbeszélőn... Tehát hogy magamfajta hitetlenek vannak ott”* (13 SZT 2, 134).

A terapeuták között vannak, akik azt hangsúlyozzák, hogy a spiritualitás megjelenése a szakmai fórumokon inkább kötődik egyes irányzatokhoz (3.1.3. nyílt kód). Mivel az irányzatokról az interjúkban nem szerepelt kérdés, és a kutatási elrendezés nem a reprezentativitást célozza, az egyes pszichoterápiás iskolák megnevezését mellőzöm. Csupán a tényt szeretném jelezni, hogy a megkérdezettek közül többen összefüggésbe hozták a pszichoterápiás iskolákkal, hogy a spiritualitással való munkára mennyire van lehetőségük.

Összességében (3.1.4. nyílt kód) a fokozott nyitás, érdeklődés a szakmában a terapeuták szerint egyre inkább tapasztalható a spiritualitásra vonatkozóan. Többen kiemelik, hogy ezt szükségesnek is tartják az általános igény miatt, amely mostanában egyre jellemzőbb társadalmi szinten: *„...talán a világ most egy ilyen irányba megy el, vagy egy ilyen irány felé halad, hogy nagyon nagy spirituális igény vagy éhség van az emberekben, és hogy különböző csatornákon próbálnak ehhez valahogy hozzájutni. Ezt látom. És hogy ettől a szakma se marad érintetlen szerencsére, tehát hogy sokkal nyitottabb”* (19 CSK 2, 268). A következő idézet a nemzetközi nyitással állítja párhuzamba a hazai változásokat: *„Mo.-on is a pszichoterápia és spiritualitás téma ez egyre inkább tehát ilyen szakmailag is így kezd beérni, tehát hogy erről lehet beszélni, meg pont a Pszichoterápiában volt egy ilyen cikksorozat, ahol szerintem ilyen nagyon alapvető írások meg nagyon ebben a kérdésben nagyon jó orientáló írások jelentek meg. [...] A szakmai közéletnek erre is van már egy ilyen nyitottsága. Tehát ez is elképzelhetetlen volt. Mondjuk furcsa módon Ny-Európában is ez csak az utóbbi vagy az*

²⁶Ezeket a második kódra, a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködés kapcsán mutatom be.

Egyesült Államokban is csak az utóbbi nem tudom 10-20 évben jött elő, mint téma. Érdekes, hogy pedig ott elméletileg nem voltak ilyen ideológiai gátak. De hát tényleg van egy ilyen nemzetközi nyitás... most így a spiritualitás helyét keresendő. Igen, ezt lehet érezni szerintem még a mi szintünkön is, hogy van egy ilyen fokozott érdeklődés” (25 JZS 1, 182).

3.2. axiális kód: A pszichoterapeuta kollegiális kapcsolataiban téma a spiritualitás

„Ebben az axiális kódban a terapeuták arról vallanak, hogy informális munkatársi kapcsolataikban miként kerül szóba a spiritualitás” (Jáki és mtsai 2019b, 8). Érdekes, hogy az idézetek kivétel nélkül „olyan helyzetekről szólnak, ahol egy erős bizalmi (többnyire baráti) kapcsolat is van a kollegiális kapcsolat mellett, a spiritualitást ezekben a kapcsolatokban hozzák szóba az interjúalanyok” (3.2.1. nyílt kód: „Csak bizalmas szakmai kapcsolatokban beszélgetnek spirituális témákról”) (Jáki és mtsai 2019b, 8). Ezt példázza a következő idézet: „...*mi hárman, volt pszichiáterek, ilyen nagyon régi barátságunk megmaradt, és időről időre találkozunk, ugyan nekem van szupervizorom, az XY, aki jár le hozzánk a pszichiátriai gondozóba, és oda járok szupervizióra, az XY-nál kevésbé, de hogy mi így hárman ugye havonta egyszer találkozunk, és beszélgetünk a szakmáról, hogy ne butuljunk el, abban a spiritualitás rendszeresen benne van” (2 TD 2, 134). Vannak, akik kiemelik, hogy a spiritualitás szakmai vetületét szokták bevinni a párbeszédbe (3.2.2. nyílt kód): „*Én így nyíltan, teljes nyíltsággal politikai beállítottságról, vallási kérdésekről nem szoktam beszélni. Spiritualitásról szoktam, mert az más, annak van egy szakmai felülete is. Azt szoktam képviselni mostanában, hogy az egy fontos dolog” (8 SV 1, 178). A kollegiális szakmai kapcsolatokban úgy is megjelenik a spiritualitás, hogy különböző spirituális beállítottságú szakemberek dolgoznak együtt, a hozott példákban harmonikusan (3.2.3. nyílt kód). Az egyik interjúalany például egy olyan, osztályos közegben megvalósuló együttműködést említ, ahol a kollégák között van, aki konzervatívabban vallásos, de olyan kolléga is, aki buddhista főiskolára jár. „*Előkerülnek ilyen beállítottsági különbségek, az egy eléggé pezsgő dolog, de elmondanám, hogy nem emlékszem most olyan esetre, mert gondoltam, ez következik a kérdésben, hogy ebben a szuperviziós dologban nagyon markánsan külön véleményeket foglaltunk volna el egy-egy konkrét esetről, pedig már vagy 10 éve összejárunk” – vallja az interjúalany (11 SZT 1, 143).***

A spiritualitás kollegiális kapcsolatokban való megjelenésének további útja, amikor szavak nélkül, kimondatlanul marad mindaz, ami erre a dimenzióra utal. „Nem nevezük mi ezt néven spirituálisnak, csak tudom, hogy ő ezzel foglalkozik, de amikor mi beszélünk erről, meg ő beszél a pap édesapja történetéről, akkor azt mi nem így nevezük. Beszélgetünk, de én tudom, hogy neki van egy ilyen szószerű apja, ő meg tudja, hogy nekem meg van egy orvos apám a múltban, és hogy tehát ki-ki nyilván azt hozza, és olyan spirituális élményeket, nem tudom, anélkül, hogy azt mondaná, hogy ez az” (6 SV 2, 140).

3.3. axiális kód: Aktívan beviszi a szakmai fórumokra a spiritualitás témáját

„A megkérdezett terapeuták egy része aktív szerepet is vállalt a spiritualitás szakmai fórumokon való képviselése terén. Ennek példáit mutatja be a 3.3. axiális kód, sorra véve az egyes megjelenési módokat, melyek a következők: publikáció, szakmai hozzászólás közzététele a spiritualitás témájában (3.3.1. nyílt kód); a páciens továbbküldése olyan intézményekbe, melyek vállaltan spirituális orientációval (is) dolgoznak, mint például egyes alkoholrehabilitációs osztályok (3.3.2. nyílt kód); a spiritualitás témájáról szóló szakmai rendezvény szervezése (3.3.3. nyílt kód); aktív szerepvállalás képzőként vagy szupervizorként (3.3.4. és 3.3.5. nyílt kódok), illetve megjelent az egyesületi tevékenység is, mint a spiritualitás szakmai képviselésének fóruma (3.3.6. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019b, 9).

A továbbiakban egy-egy példával szemléltetem ezeket a helyzeteket. A spirituális orientációval működő intézménybe küldésről így vall az egyik terapeuta: „Az Istenben való hit vagy a spiritualitásba való kapaszkodás, ez segíthet. És szoktam is mondani, hogy különböző rehab intézetekben, ami vallási alapon működik, például a Református Iszákosmentő Misszió, meg nem tudom én, oda érdemes esetleg elmenni, mert sokaknak segít. – Kérdező: Volt már, hogy kifejezetten ilyen vallási intézményt ajánlott? – Interjúalany: Igen, volt olyan, meg hallottam, hogy jó eredménnyel jöttek vissza onnan a betegek” (4 MT 2, 51).

A 3.3.3. nyílt kód („Szakmai rendezvényt szervezett a spiritualitás témájában”) még fokozottabb szakmai szerepvállalást jelez, ahogy azt a következő példa is szemlélteti: „89-ben volt itt X. városban egy fórum, amit én szerveztem. Azon vett részt a Gyökössy Endre, Gyökössy Bandi bácsi, és hát ilyen pasztorálpszichológia meg

ilyesmikről volt szó [...]. Tehát az egy ilyen elfogadható hozzáállás volt a számomra, amikor ott ő akkor beszélt” (22 JZS 1, 108).

A 3.3.4. nyílt kódban olyan példákat olvashatunk, ahol egy szupervíziós helyzetben maga az interjúalany pszichoterapeuta a szupervizor, és dolgozik a spiritualitással, amikor a hozott esetek vonatkozásában felmerül ennek szükségessége. A következő példában egy idős kliens egzisztenciális kérdéseinek kísérésével kapcsolatban akad el az esethozó. A feldolgozás során erre reflektálnak, érintve mind a páciens, mind a szupervíziót kérő segítő szakember spiritualitásának kérdését: *„Például egy olyan esetre emlékszem, amikor ez egy ilyen gyerekjóléti és családsegítő szolgálatnál volt, és az egyik családsegítő hozta ezt az esetet egy nagyon idős néniről, akinek volt egy borzaszó deviáns lumpen fia. És gyakorlatilag arról szólt az ő kérdése, hogy mit tudna még tenni a néniért, mert hogy nagyon-nagyon félti. Akkor egy ilyen dramatikus megoldással néztük ezt meg, és hát az jött a végén, hogy ő praktikusán attól félti, hogy a néni meg fog halni. Ez tulajdonképpen az ő haláltól való félelméről szól, hogy vajon az hogy is van... Ott megjelent az, hogy hát Bea néni az nem biztos, hogy fél meghalni, mert neki a halál az az örök élet, tehát hogy ő másképp gondol a halálra. És ott pl. emlékszem erre, hogy ennél a családgondozónál akkor nagyon megjelent ez, hogy vajon ő hogy is van a saját hitével, és hogy mit gondol arról, hogy mi is van a halál után. Attól, hogy ő fél tőle, hogy mi van a halál után, attól még egy másik ember, aki másban hisz és másképp hisz, nem biztos, hogy fél tőle. [...] Ott is azt éreztem, hogy jelen van, hogy valami olyan jelenik meg, ami már több annál, amit én itt most a saját eszközeimmel meg tudtam jeleníteni, meg az illető maga is nagyon mélyen megérintődött ettől. Úgyhogy több szinten is megjelent a spiritualitás” (32 JZS 2, 127).*

A 3.3.5. nyílt kód szintén olyan idézeteket tartalmaz, melyek szerint aktívan, képzőként, szupervizorként dolgozik a spiritualitás kérdésével a pszichoterapeuta. Az együttműködés itt azonban egyházi személyekre, segítőkre irányul, az ő továbbképzésükben való szerepvállalás tapasztalatai jelennek meg. A következő példa arról szól, hogy a pszichoterapeuta egy képzés részeként tart önismereti csoportot segítőknak, köztük lelkészeknek is. *„Az egyik csoporttag az abúzus témáját vitte be a saját érintettsége kapcsán. Elhangzott az is, hogy akitől elszenvedte, az apja börtönben van – idősen, már a halálra készülve, de nem tud meghalni” (Jáki és mtsai 2019b, 9).* A csoportban ki lehetett mondani, hogy az apa *„egy csomó igazságtalanságot követett el,*

de valószínű az ő sorsa is nehéz volt. Tehát hogy elismertük, és akkor azt kérte az áldozat, hogy mi lenne, ha mondanánk közösen egy imát érte, és a csoport, így karácsony előtt vagy két héttel volt ez az önismereti csoport, és akkor tényleg egy ilyen közös ima született, és rá három napra hallottam, hogy meghalt. És hogy valahogy mintha várta volna ezt, hogy igen, megbűnhődött a bűneiért, de hogy ő is emberként el tudjon menni innen, hogy ez egy ilyen nagyon, és karácsony előtt, tehát hogy ilyen nagyon érdekes történet volt” – emlékezik vissza a pszichoterapeuta (2 I 72).

4.2. Második kódfa: A lelkivezetővel való együttműködés

Az első fontos eredmény, melyet ez a kódfa felmutat, az az a tény, hogy különvált az előző kódjától. Eredetileg közös kutatási kérdés vonatkozott mindegyik együttműködési formára (a pszichoterápiás szakmán belüli, illetve a lelkivezetővel való együttműködés), és a kódolás során is együtt kezeltük ezeket az eredményeket. A két kódfa különválása azon a tényen alapult, hogy olyan sokféle és szerteágazó tapasztalat, attitűd jelent meg az interjúkban kifejezetten a lelkivezetővel való együttműködéssel kapcsolatosan is, hogy hasonlóan vagy – a kódok számából is leszűrhetően – bővebben részletgazdag, önálló egységet képezett, mint a szakmai kapcsolatokon belüli együttműködésre vonatkozó információk sora. Ez a tény önmagában is figyelemre méltó, hiszen ezek szerint valóságosan jelen van a pszichoterapeuták jelentős részének praxisában (s nem csak ritkaságszámba menően egy-egy szakembernél) olyan helyzet, amelyben vallási/spirituális oldalról is jelen van egy segítő a páciens életében. Ezeket a tapasztalatokat összegzi a második kódfa.

4.2.1. Első szelektív kód: A pszichoterapeuta nem működik együtt a lelkivezetővel

A megkérdezett pszichoterapeuták közül többen nem működtek még együtt lelkivezetővel, nincs ilyen tapasztalatuk. Ugyanakkor az ezzel kapcsolatos attitűdjeik, hogy mennyire volnának erre nyitottak, széles skálán mozognak. Vannak, akik különféle szakmai megfontolások alapján elutasítanák az együttműködést. Mások nyitottak lennének, és megfogalmazzák a lehetséges formákat. Ismét mások nyitottak, de az együttműködést feltételekhez kötnék. Egy részük pedig arról számol be, hogy bár szívesen együttműködnének, ez meghiúsul, ők maguk nem tapasztalnak nyitottságot a másik fél vagy épp a páciens részéről. Az együttműködésre vonatkozó kérdés előhívja a

kompetenciahatárok dilemmáját, melyre szintén reflektálnak az interjúalanyok (Jáki és mtsai 2019a). Ezeket a mintázatokat gyűjti egybe és rendszerezi az első szelektív kód (4. táblázat), valamint a hozzá tartozó axiális és nyílt kódok.

4. táblázat: A II. kódfa 1. szelektív, axiális és nyílt kódjai

1. A pszichoterapeuta nem működik együtt lelkivezetővel (szelektív)
1.1. Elutasítja a lelkivezetővel való együttműködés lehetőségét (axiális)
1.1.1. A pszichoterápiával párhuzamosan folyó lelkivezetést szakmailag ellenjavaltnak tartja (nyílt)
1.1.2. Választás elé állítaná a páciens, hogy lelkivezetőhöz vagy pszichoterapeutához járna (nyílt)
1.1.3. A közös nyelv hiánya miatt nem tudna együttműködni a lelkivezetővel vagy egyéb spirituális vezetővel (nyílt)
1.1.4. A pszichoterapeuta a terápiás kapcsolatra koncentrálna, nem engedi be a lelkivezetővel kapcsolatos témát (nyílt)
1.1.5. Elutasítaná a kapcsolatfelvételt a páciens lelkivezetőjével szakmai szabályokra hivatkozva (nyílt)
1.2. Nyitott a lelkivezetővel való együttműködésre (axiális)
1.2.1. Elfogadná, ha páciense lelkivezetőt keresne fel (nyílt)
1.2.2. Szívesen konzultálna lelkivezetővel (nyílt)
1.2.3. Hasonlóan tartana kapcsolatot, mint a gyógyszerelő orvossal (nyílt)
1.2.4. A pszichoterapeuta és lelkivezető bármelyike kezdeményezhetné az együttműködést (nyílt)
1.3. A lelkivezetővel való együttműködést feltételekhez kötné (axiális)
1.3.1. Csak nagyon szoros jó együttműködésben tudna párhuzamosan dolgozni a lelkivezetővel (nyílt)
1.3.2. A két segítőhöz járás feltételének szabná, hogy a páciens számoljon be a lelkivezetés tartalmairól (nyílt)
1.3.3. Büntető, korlátozó hozzáállással nem tudna együttműködni (nyílt)
1.3.4. Csak krízis esetén venné fel a kapcsolatot a páciens lelkivezetőjével (nyílt)
1.3.5. A páciens tudtával/kérésére tartja csak elképzelhetőnek a kapcsolatfelvételt (nyílt)
1.3.6. A lelkivezetőhöz küldést a páciens mentális állapotától teszi függővé (nyílt)
1.4. Az együttműködés akadályát a páciensben látja (axiális)
1.4.1. A páciens mentális állapota nem teszi lehetővé az együttműködést (nyílt)
1.4.2. A páciens a lelkivezetőhöz küldést nem fogadja el (nyílt)
1.4.3. A páciens elhallgatja, hogy lelkivezetőhöz is jár (nyílt)
1.4.4. A páciens titkolja a lelkivezető előtt, hogy pszichoterápiába jár (nyílt)
1.5. Együttműködni, de egyházi oldalról tapasztal akadályokat (axiális)
1.5.1. Hiányolja az együttműködést (nyílt)
1.5.2. Elutasítást tapasztal egyházi oldalról a pszichoterápiával szemben (nyílt)
1.5.3. Kevés a képzett lelkigondozó, akivel együttműködhet (nyílt)

1.6. Keresi a kompetenciahatárokat (axiális)
1.6.1. Nem tudja, mit csinál a lelkivezető (nyílt)
1.6.2. Nem különül el számára a lelkivezetői és lelkigondozói kompetencia (nyílt)
1.6.3. Egymás riválisának tekinti a pszichoterápiát és a lelkigondozást (nyílt)
1.6.4. Összeegyeztethetőnek tartja, hogy egy kézben legyen a pszichoterápia és a lelkivezetés (nyílt)
1.6.5. Nem tartja összeegyeztethetőnek, hogy egy kézben legyen a pszichoterápia és a lelkivezetés (nyílt)
1.6.6. Fontosnak tartja, hogy ne lépje át a saját kompetenciahatárait (nyílt)
1.6.7. Felismeri és reflektálja, hogy a spirituális témáknál a lélektani szinten túli rész lelkivezetői kompetencia (nyílt)

1.1. axiális kód: Elutasítja a lelkivezetővel való együttműködés lehetőségét

A pszichoterapeuták egy része a lelkivezetővel való együttműködés lehetőségét mérlegelve arra az álláspontra helyezkedett, hogy ezt – valamely szakmai szabály alapján – nem elutasítaná, nem javasolná.

Az első (1.1.1.) nyílt kódhoz tartozó idézetekben a megkérdezettek az ellen foglalnak állást, hogy a páciens párhuzamosan vegyen részt pszichoterápiában és lelkivezetésen. Vannak, akik arra hivatkoznak, hogy mivel a spiritualitás nem különálló része a léleknek, hanem más tartalmakkal összefüggésben jelenik meg, mesterséges lenne ez a szétválasztás, és nem segítené, hanem inkább nehezítené a páciens élményvilágának integrációját. Így vall erről az egyik interjúalany: *„Azért nem tudom elképzelni, mert a léleknek része a spiritualitás. Most ha pszichológusra bízom a lelkemet, akkor azt a részét is rábízom, de ez tényleg már nagyon nehéz téma nekem is, mert hogy akkor ez azt jelenti, hogy a pszichológus kvázi lelkivezetővé válik, ill. filozófiai tanárrá. Igen, érzem ennek veszélyét, de mégis ezt kisebb veszélynek érzem, mint azt, hogy egyszerre tartozik egy lelkivezetőhöz, egy pszichológushoz, és tegyük fel, még jár valahova csoportba, aztán szétcincáljuk a lelkét. Azt gondolom, hogy az lenne jó, hogy egy kéz segítené őt”* (17 CSK 2, 204). „A páciens szempontjából kisebb kockázatnak érezné azt, ha »egy kéz segíti« őt, még akkor is, ha az a kéz vallási/spirituális szempontból avatatlan. Ez az attitűd tehát hangsúlyozza az integráció fontosságát, ugyanakkor reflektál a kompetenciahiány veszélyére, amennyiben csak a pszichoterapeuta foglalkozik a páciens spirituális kérdéseivel is (Jáki és mtsai 2019a, 19). Egy másik szakmai szempont is felmerült, melynek alapján többen ellenjavalltnak

tartják a párhuzamosan folyó pszichoterápiát és lelkivezetést: ez pedig arra vonatkozik, hogy milyen pszichodinamikát hoz a párhuzamos segítői helyzet, milyen áttételeket generál, illetve milyen kapcsolati mintákat ismétel, jelenít meg, mobilizál (például elvált szülők gyermeke, aki hol az egyik, hol a másik szülőhöz megy).

A megkérdezett pszichoterapeuták között vannak olyanok is, akik még kizárólagosabb álláspontra helyezkednek: választás elé állítanák a páciens, hogy lelkivezetőhöz vagy pszichoterapeutához járna-e (1.1.2. nyílt kód), s nem vállalnák, hogy a két segítőkapcsolat párhuzamosan folyjon. Így fogalmaz erről az egyik interjúalany: „...most úgy képzem, hogy azt mondanám, hogy ha úgy érzi, hogy a lelki problémáit meg tudná oldani a lelkivezetője, akkor vigye oda, ha úgy érzi, hogy én jobban tudnám most segíteni, akkor tényleg átmenetileg csak hozzám járjon” (17 CSK 2, 208).

Vannak, akik a közös nyelv hiánya miatt nem tudnának együttműködni lelkivezetővel (1.1.3. nyílt kód). Ezen az eltérő nyelvhasználaton túl az eltérő emberképet, világnézetet is értik azok, akik a szempontot behozzák: „...szerintem ez fölösleges meg értelmetlen is, az én véleményem szerint, mert más hajóban evez a két ember. [...] Nem tudnak együttműködni a páciens érdekében még akkor sem, hogyha mindkettőjüktől vár segítséget a páciens. Szóval én azt gondolom, hogy ez egy nagyon erőltetett és fölösleges dolog, a két területet összehozni. Az lehet, hogy a lelkészeknek vagy a lelkivezetőknek sok segítséget tud nyújtani az, hogyha bizonyos pszichológiai ismereteket kapnak, de még ráadásul az sem dolguk, hogy a saját vezetettjükről esetleg a vezetett pszichoterapeutájával konzultáljanak, hogy ők is jobban tudják vezetni ezt az embert. Egyszerűen azért nem, mert hogy nincs közös nyelv. Mert hogy egy olyan, hogy is mondjam, világnézeti paradigma az, amiben gondolkodnak, ami nem kompatibilis egymással” (1 TD 1, 224).

Többen azt is hangsúlyozzák, hogy szakmailag nem is tartják szükségesnek, indokoltnak a lelkivezetővel való konzultációt (1.1.4. nyílt kód), mivel a terápiás, valamint a lelkivezetői keretek és célkitűzések nem közösek: „...én azt gondolom, hogyha a terapeuta tudja a dolgát, és jól ismeri a szakmáját, akkor ezzel nincs különösebb tennivalója. Ugyanazt kell tenni, amit minden más ellenállás esetén. De nem ugyanazt, mint akkor, hogyha kórházi beteg valaki, és többen is kezelik. Mert ott közös a keret, közös a cél, ott kezelő team van és a teamtagokat játssza ki egymás ellen. Azt

pszichotechnikailag kell kezelni. De azt, amikor egy lelkivezetőt próbál kijátszani a terapeuta ellen, azt nem kell különösebben a lelkivezetővel együtt kezelni, az ő bevonásával, mert nem ugyanaz a célkitűzés, nincsenek közös térben a páciens életében” (1 TD 1, 218).

Mások – szintén szakmai szabályokra hivatkozva – kifejezetten a lelkivezetővel való kapcsolatfelvételtől határolódnak el, attól nem, hogy a páciens párhuzamosan járjon a két segítőtől: *„Elképzelhetőnek tartod-e, hogy a terapeuta együttműködjön a kliensnek a lelkivezetőjével? Szakmailag korrektnek tartod-e, vagy gyakorlatilag megvalósíthatónak tartod-e? – Interjúalany: Hát a pszichoterápiás munkámban nem. Azt, hogy mégis egyfelé evezünk, arra biztosan van példa, de hát hogy kapcsolatfelvétel, ezt nem gondolom, mert hát ugye egy analitikusan orientált terápiában egy harmadik személlyel kapcsolatot tartani nem lehet. – Kérdező: Akkor az egyfelé evezés az kapcsolattartás nélkül, tehát mind a kettő külön. – Interjúalany: Igen, az lehet... Hogy egy csónakban evezünk mégis, de a kapcsolatfelvétel nem” (13 SZT2, 137).* Van, aki a kapcsolatfelvételt is elfogadhatónak tartja szakmailag, azonban az általa választott terápiás módszertanba nem fér bele, végül emiatt határolódik el: *„Én éppen azt elképzelhetőnek tartom elvileg, hogy szakmai kapcsolat legyen lelkivezető és pszichoterapeuta között, de abban a terápiás módszerben vagy módon, ahogy én dolgozom, más terapeutákkal sincs kapcsolat, tehát hogyha lenne, akkor lehetne lelkivezető is” (18 CSK 2, 186).*

E szakmai szempontok mentén tartják tehát ellenjavalltnak a pszichoterapeuta és a lelkivezető együttműködését azok az interjúalanyok, akik erre az álláspontra helyezkednek. Mindez természetesen csak az attitűdjüket, szakmai gondolkodásukat képezi le, a gyakorlatuk során nem találkoztak ezzel a kérdéssel, így más helyzetek analógiájára, illetve a pszichoterápiás tudásukra támaszkodva próbálták a maguk számára is megfogalmazni az interjú közben, hogyan is viszonyulnának ehhez a helyzethez, mit tartanának szakmailag járható útnak.

1.2. axiális kód: Nyitott a lelkivezetővel való együttműködésre

Azon terapeuták közül, akiknek még nem volt alkalmuk lelkivezetővel együttműködni, többen elfogadhatónak találnák ezt a lehetőséget, nyitottak lennének rá. Ennek egyes formáit mutatják az alábbi nyílt kódok (Jáki és mtsai 2019a). Vannak, akik egyszerűen

elfogadnák, ha a páciensük lelkivezetőt keresne fel (1.2.1. nyílt kód): „...*Hát én azt gondolom, hogy erre nincs gyakorlat, legalábbis nekem erre nincs gyakorlatom, de nagyon jó lenne, hogyha ez megtörténne, hogyha ilyen lenne*” (20 CSK 2, 229).

Az együttműködés felé való még fokozottabb nyitás azok álláspontja, akik a konzultációra is nyitottak lennének, amennyiben páciensük lelkivezetőhöz is járna a pszichoterápia mellett (1.2.2. nyílt kód): „...*az nekem nagyon érdekes lenne, hogy mondjuk egy probléma, ami nálam megjelenik, arról én mit gondolok, és ő, mint lelkész mit gondol erről. Hát az nekem nagyon érdekes lenne. Mert hogyha el is megy, mondjuk elküldöm, hogy most ezzel a problémával azért keresse meg a lelkivezetőjét is, mert hogy van egy olyan réteg, amiben én nem tudok segíteni, és azt gondolom, hogy az segítene, hát én azt nem tudom, mert vagy elmondja vagy nem mondja. Hát valamennyit elmond róla, de én azért nem faggathatom ki. De az hát az nagyon érdekes lenne*” (19 CSK 2, 214). Az idézetből látható, hogy a szakmai szempont az integráció, ami motiválná a terapeutát a konzultációra, főként ha ő maga küldi lelkivezetőhöz a páciensét valamilyen spirituális elakadás miatt. A visszacsatolás, integráció érdekében látná fontosnak a konzultációt, számolva azzal, hogy a páciens visszajelzéséhez képest többletet hordoz, ha maguk a segítők konzultálnak (Jáki és mtsai 2019a).

„A terapeuták közül többen annak analógiájára képzelik el a lelkivezetővel való együttműködést, mint ahogy a páciens gyógyszerelő orvosával működnek együtt” (Jáki és mtsai 2019a, 20) (1.2.3. nyílt kód): „*Az orvosokkal is végül is így dolgozunk, hogy elküldünk klienseket orvoshoz, és utána megbeszéljük, hogy én mit látok, te hogy látod. Az illető tudja nyilván, hogy mi konzultálunk. [...] Én ezt én teljesen jól el tudnám képzelni erre a formára. Azt így nehezen, azt nem tudom, ahhoz még gondolkodni kellene, hogy hárman ülünk le. Hát azt nem. Talán azt nem. De egy ilyen modellben, ahogy az orvosokkal. Abszolút, ahogy mi dolgozunk, teljesen együttműködünk. Már olyan értelemben, hogy konzultálunk*” (19 CSK 2, 216).

Szintén az együttműködés formájára vonatkozóan többen megjegyzik, hogy bármelyik fél kezdeményezhetné a konzultációt: akár a lelkivezető, akár a pszichoterapeuta (1.2.4. nyílt kód): „*Mindig az kezdeményez, akinek nagyobb szüksége van a másik segítségére. Erre megint csak nem lehet szakmai protokollt állítani*” (21 CSK 2, 178). Ugyanakkor vannak, akik a páciens igényére helyezik a hangsúlyt ebben a kérdésben, azt várnák, hogy ő maga kezdeményezzen, amennyiben ezt szükségesnek

érzi: „...a páciens a meghatározó ebben, hogyha a páciens ezt kívánja, tehát ha ő ezt szeretné, akkor mindenképpen. Hogyha ő azt mondja, hogy beszéljek már vele, akkor persze, abszolút. Hogyha a lelkipásztor kezdeményezné, és a páciens azt mondja, hogy végül is nincs ellenére, akkor megint csak azt mondom, hogy természetesen. Én nem feltétlenül kezdeményezném” (28 CSZS 2, 238).

1.3. axiális kód: A lelkivezetővel való együttműködést feltételekhez kötné

„Visszatérő, gyakori mintázat a pszichoterapeuták válaszaiban, hogy amikor a lelkivezetővel való együttműködésről gondolkodnak, feltételeket fogalmaznak meg, melyek teljesülésével tudnának csak nyitni az együttműködés felé” (Jáki és mtsai 2019a, 20).

Az egyik ilyen feltétel az együttműködés minősége: nem bárkivel tudnák ezt megtenni, csak azzal, aki hasonló szemléletű, és szintén nyitott a párbeszédre, illetve akivel szoros és jó a munkakapcsolat (1.3.1. nyílt kód): „...csak akkor mondom, hogyha nagyon szoros az együttműködés, különben olyan onnét ide, innét oda való áttételek keletkeznek, amik ezt a kapcsolatot szétrobbantják. Tehát én nem ajánlom. Nem ajánlom tapasztalat alapján, csak [...] olyan emberekkel, akik tudnak együtt dolgozni” (7 SV 1, 127). Kimondatlanul az a szempont is megjelenik, hogy a lelkivezetőnek legyenek mentálhigiénés ismeretei, például legyen tisztában azzal, hogy egy alkoholbetegből nem lesz szociális ivó, hanem a teljes absztinenciára kell törekednie: „Hát, valószínű, hogy lehet, csak kellene akkor tényleg közösen megbeszélni dolgokat, hogy ők hogy gondolják, mert vannak olyan technikai részei is ezeknek a kezeléseknak, és vannak olyan alapvető megfontolások, amiket nekik is figyelembe kell venni, amire esetleg ők nem gondolnak. Hogy például egy alkoholfüggő az egy kortyot sem ihat, mert soha nem lesz szociális ivó, szóval ilyen szakmai dolgok, amiket a lelkészek mondjuk nem biztos, hogy tudnak vagy tudatában vannak. Lehet együttműködni, azt gondolom, igen” (4 MT 2, 106).

További együttműködési feltételként néhányan azt nevezik meg, hogy a páciens számoljon be a lelkivezetés tartalmairól (1.3.2. nyílt kód): „...tőlem járhat csoportba is a páciens, ha jár hozzám egyénibe, de az ottani élményeit ossza meg, tudjunk dolgozni. Tehát mint egy élményforrás, hogy ő ott volt, stb., stb. – Kérdező: Tehát ez a feltétele

annak, hogy ez így működjön? – Interjúalany: Igen, és egy ilyen lelki nem tudom minél is ugyanez lenne” (30 JZS 1, 166).

Többeknél az a szempont is előkerül, hogy ha a lelkivezető attitűdjét a páciensre nézve károsnak érzik (büntető, korlátozó hozzáállás), akkor nem vállalnák az együttműködést (1.3.3. nyílt kód): *„...úgy állok hozzá, hogy ebből a páciens érdekében csak nyerhetünk. Mondjuk igen, azért el tudok képzelni olyat, hogy az lehet akadály, hogyha én tudom arról az emberről, vagy kiderül, hogy másfele viszi nagyon, tehát hogy nagyon nem értünk egyet dolgokban. Most így nem tudom megfogni, de van egy ilyen határozott érzésem, hogy azért lehet ilyen. Nem tudok ilyen konkrétumot mondani hirtelen, de... tehát mondjuk, hogy a vallásnak ezt a nagyon büntető részét hangsúlyozni, meg azt a részét, hogy ha ezt csinálod, akkor az azért nem lesz jó, meg az Isten megbüntet, tehát az ilyen nagyon büntető vagy nagyon korlátozó hozzáállással én biztos nem tudnék együttműködni. De akkor is jó, hogyha azt tudom, hogy a másik oldalon egy ilyen ember áll. De nem tapasztaltam még meg ezt így” (14 CSZS 2, 364).*

Sokan ahhoz a szakmai irányelvhez térnek vissza, hogy amennyiben a páciens krízisben van, az szükségessé teheti a konzultációt, amelyet alapesetben nem tartanának a terápiás keretekhez illeszkedőnek (1.3.4. nyílt kód): *„Hát ha lóg a páciens a folyosón – ez egyszer volt, azért mondom –, akkor mindenkivel beszélnek. A mélység fölött ott lóg részegen, akkor mindenkivel beszélnek, egyébként nem. ...ha közvetlen életveszélyben van, akkor igen. Egyébként nem gondolnám. Ahogy a hozzátartozókat sem keressük, csak közvetlen életveszélyben” (30 JZS 1, 28).* Van, aki a szuicid krízis mellett olyan patológiát is megnevez, melynek esetében fontosnak tartaná a konzultációt, konkrétan a pszichózist. Mindkét állapot veszélyeztető, és felveti a páciens beszámíthatóságának kérdését. Ilyenkor a terapeuta fontosnak tartaná, hogy ő maga kezdeményezze a konzultációt: *„...azt el tudom képzelni, hogy ha súlyos betegség lenne, tehát ilyen pszichózis valakinél, vagy mit tudom én, családból jönne valami ilyesmi, hogy akkor ilyen kibővített helyzet legyen, hogy ilyen konzultációjellel összeülnek a szakemberek, tehát olyanban el tudom képzelni, hogy részt vennék én is. Tehát ilyen pszichoterápiás, különösen, ha egyéni, akkor nyilvánvaló, hogy nekem kéne kooperálni” (22 JZS 114).*

Ismét mások azt látják az együttműködés feltételének, hogy maga a páciens tudjon erről (1.3.5. nyílt kód): *„Én, hacsak lehet, akkor én beteggel együtt szoktam*

hozzátartozókkal is leülni, tehát azt se tudnám elképzelni, hogy valakinek a háta mögött a gyóntatójával. Nyilvánvalóan ezt egy lelkivezető is aggályosnak tartaná” (13 SZT 2, 143).

A feltételekre vonatkozó utolsó nyílt kód (1.3.6.) a páciens mentális állapotára vonatkozik: többen megfogalmazzák, hogy a mentális egészség egy bizonyos szintje szükséges ahhoz, hogy a páciens működtetni tudjon egy lelkivezetői kapcsolatot. Ennek hiányában nincs értelme a lelkivezetőhöz küldésnek, hiszen nagy eséllyel úgyis megszakadna az a kapcsolat, vagy a páciens nem tudna érdemben élni a lehetőséggel: *„Ha mondjuk, ha a napi kapcsolatainak, fontos emberi kapcsolatainak az ilyenfajta dinamikáját már érdemben tudtuk érinteni, és ő behozza a hittel kapcsolatos kételyét, akkor valószínűleg azt mondom, hogy szerintem a hitben, vallásban kell, hogy legyen helye a kételynek. Én tényleg így képzelem, hogy nincs-e valaki abban a közegben, akivel erről tovább tudnak gondolkozni meg beszélni, mert az egy olyan rétege a dolgoknak, aminek inkább ott a helye, itt meg inkább a belső folyamatok, konkrét kapcsolatok meg a múlt meg a kisgyerekkor, ezek a rétegek a fontosak. Akár azt is jelezném, hogy most nem kell éles határt vonnunk, de pont ezt a kérdést, hogy a vallással akkor ő hogyan birkózik, és hogy mit kezdjen ezzel, hogy ezt tudná-e ott keresni. És akkor ez ugye behoz egy ilyen határterületi kérdést, mert amit én javaslok, az mégis egy konkrét kapcsolat, csak a hit világában, ahhoz kell valamennyi egészségesség, hogy valaki egy konkrét kapcsolatban el tudja kezdeni ott működtetni a hit kérdését” (8 SV 1, 68).*

1.4. axiális kód: Az együttműködés akadályát a páciensben látja

Olyan tapasztalatokról is beszámoltak az interjúalanyok, amikor elsősorban nem rajtuk múlt, hogy nem jött létre együttműködés a lelkivezetővel, hanem a páciensen. Az előző kódban megfogalmazottakhoz hasonlóan hangsúlyt kap a páciens mentális állapota, de most már konkrét esetekkel kapcsolatban, nemcsak az attitűd, a szakmai elv szintjén. Ezekben az esetekben valóban a páciens mentális állapota volt az akadály a lelkivezetői kapcsolat működtetésének (1.4.1. nyílt kód): *„Is-isként indult [a lelkivezetés párhuzamosan a pszichoterápiával], és akkor inkább az a jellemző, hogy ezeket a pácienseket én továbbra is, vagy hát évek óta gondozom, és nem tudom, két vagy három lelkivezetőt már váltottak azóta. Ilyen problémásabb vagy komolyabban*

beteg embereket nem tud egy ilyen vallásos közösség sokszor viselni, mint problémát, tehát hogy ez túl nagy teher általában véve. Tehát kiesnek” (25 JZS 1, 72).

Az együttműködés meghiúsulásának további formája, amikor a lelkivezetőhöz küldést a páciens nem fogadja el (1.4.2. nyílt kód): *„Volt ilyen eset [amikor a páciens kifejezetten az istenkapcsolatáról akart beszélni], tehát ott éreztem azt, hogy én ehhez azért nagyon kevés vagyok, és ott az illetőt olyan valakihez irányítottam, akiről tudtam, hogy ő neki van olyan tudása, végzett olyan tanulmányokat, ami azért ehhez szükséges. Nagyon érdekes, mert aztán nem ment el az illetőhöz, énhozzám ellenben időnként visszajött, függetlenül attól, hogy pontosan tudta, hogy erről nem fogunk tudni beszélni, de hogy azért neki valahogy ez elég volt. Nagyon érdekes egyébként, mert közben viszont rengeteg egyéb alternatívát talált arra különféle módokon, hogy megélje [a hitét, istenkapcsolatát, válaszokat találjon a kérdéseire]” (32 JZS 2, 87).*

További előforduló mintázat, hogy a pszichoterapeuta hosszú ideig nem is tud róla, hogy páciense lelkivezetőhöz is jár, az hallgat erről a pszichoterápiás folyamatban (1.4.3. nyílt kód). Akkor kerül felszínre ez a kérdés, amikor tartalmi ellentmondásba kerül, amit a két segítőkapszolatban hall (jó lenne-e a páciensnek egy hosszabb, csendes, magányos, imádságos elvonulás az aktuális állapotában, vagy sem): *„...eddig a pontig, amíg ez az elvonulás föl nem merült, nagyon nem tudtam vagy mondtam, hogy van lelkivezetője” (8 SVK, 58).*

A fordított helyzetről is osztottak meg példát a terapeuták: amikor azt tapasztalták, hogy a páciens a lelkivezető előtt nem meri, nem akarja felvállalni, hogy pszichoterapeutához is fordult. *„Volt olyan betegem, aki nem merte megmondani az ő lelkiatyjának, hogy pszichológushoz jár, mert azt mondta nekem, hogy tulajdonképpen az meg van tiltva, hogy pszichológushoz járjanak, mert hogy a pszichológus az elveszi az Istent, ugye” (9 SV 2, 101).* Valószínűleg attól tarthatott a páciens, hogy talán a lelkivezetője is osztja azt az előítéletet, miszerint a terápiában pszichológiai szintre redukálják az istenkapcsolatra vonatkozó élményeket.

1.5. axiális kód: Együttműködni, de egyházi oldalról tapasztal akadályokat

Az előző axiális kódhoz hasonlóan ezekben a példákban is közös, hogy a pszichoterapeuta nyitott lenne a lelkivezetővel való együttműködésre – itt azonban a másik fél (a lelkivezető) részéről nem tapasztalja ugyanezt.

Az első nyílt kód (1.5.1.) egyszerűen arról szól, hogy a pszichoterapeuta hiányolja az együttműködést, nyitottságot a másik fél részéről. Ezt példázza a következő idézet: *„Az a tapasztalatom, hogy nem olyan jól működik ez a konzultáció. Az a tapasztalatom, hogy a vallási oldalról valahogy kevésbé motiváltak arra, hogy egy pszichológussal vagy pszichiáterrel beszéljenek. Tehát ez lehet, hogy nem így van, de az én tapasztalatom az, hogy elvileg nyitottak a papok vagy lelképásztorok, mondjuk egy adott, hát páciensről beszélünk, aki mondjuk a gyülekezetbe jár, és akkor ott is érezhetően vannak gondok vele, vannak bizonyos helyzetek, amit így nehezebben tudnak értelmezni és akkor fölmerül, hogy érdemes lenne beszélgetni. Akkor azt mondják, hogy persze, de igazából ilyen konzultációra szerintem még nem került sor. Talán egy-egy ilyen rövid telefonra emlékszem, de igazából együttműködés senkivel nem alakult ki. És én úgy érzem, hogy nem annyira az én nyitottságommal volt itt a baj, hanem inkább a másik oldalon”* (25 JZS 1, 63).

A következő kódhoz tartozó idézetek még egy szinttel mélyebb konfliktust jeleznek, nemcsak a kapcsolódás hiányát, hanem kifejezett elutasítást, ellenséges attitűdöt a pszichoterápiával szemben (1.5.2. nyílt kód): *„Ami még bennem egy ilyen kérdés, meg hát amit látok, hogy amilyen ellenállás van bizonyos terapeutakörökben a spiritualitással szemben vagy a transzcendenciával szemben, vagy hogy egyáltalán ebben lehessen akár paralel gondolkodni. Fordítottan ugyanezt látom, hogy a pszichoterápiával meg a pszichológiával szemben akár papokban vagy lelkészekben vagy vallásos emberekben milyen nagy ellenérzések vannak”* (19 CSK 2, 377).

Az 1.5.3. nyílt kód kifejezetten arra utal, hogy mentálhigiénésen képzett lelkivezetőkkel/lelkigondozókkal dolgozna együtt szívesen a terapeuta, de kevés ilyen végzettségű egyházi emberrel van kapcsolata: *„Pl. az illető valamilyen oknál fogva pszichoterápiára nem alkalmas, viszont van egyfajta nyitottsága egyfajta vallásos hitbeli munkára. Ilyen esetben, pl. hogyha találok ilyen lelkivezetőt, ha van ilyen, akit megfelelőnek, tehát kellően képzettnek, rugalmasnak, stb.-nek tartok, azért mondom, hogy ha találok, mert ez lokálisan is probléma. Mert egy K-mo.-i embert hiába küldök el egy fővárosi vagy Ny-mo.-i lelkészhez ugye, mert azért ez rendszeresebb kapcsolatot igényelne”* (7 SVK 140).

1.6. axiális kód: Keresi a kompetenciahatárokat

Az együttműködés lehetősége a kompetenciahatárok kérdését hívja elő a pszichoterapeutákban. Próbálják leképezni, értelmezni a maguk számára, mi is a lelkivezetés, lelkigondozás. Többen meg is fogalmazzák, hogy nem tudják, mit értsenek ezen (1.6.1. nyílt kód): „*Nem tudom, mi az a lelkivezetés, így vallásilag ezt nem tudom*” (8 SV 1, 228). „Természetesen az interjú során adtunk munkadefiníciót magáról a lelkivezetésről, a kérdéseket ez után, ennek kapcsán tettük fel. Mégis, sokszor azt tapasztaltuk, hogy amennyiben a definícióhoz nem kapcsolódik élmény (nem találkozott az adott terapeuta ezzel a gyakorlatban), önmagában a fogalom tisztázása még kevés lehet ahhoz, hogy a gyakorlatba átvihető legyen az információ (Jáki és mtsai 2019a, 20). Ugyanígy szintén a tapasztalat, gyakorlat írta fölül a definíciókat, amikor a lelkigondozóval való együttműködésről kezdtek beszélni a terapeuták, annak ellenére, hogy a lelkivezetésről kérdeztük őket. Természetesen nem vártuk, hogy e fogalmak önmagukban bárki számára ismertek legyenek. Inkább az volt a meglepő, hogy amikor az interjú kérdéssorozatának bővítésével már mindkét fogalmat definiáltuk, sokszor ezt is felülírta a terapeuta saját szóhasználata, előzetes tudása, tapasztalata. Például egy olyan – egyébként magát nem vallásosnak definiáló – terapeuta, aki lelkivezetővel és lelkigondozóval is működött együtt, a fogalmak tisztázását megelőzően is egyértelműen elkülönítette a kettőt, s a gyakorlatban is más formát talált az együttműködésre, láthatóan otthonosan és adekváтан mozgott a helyzetben. A vallásos háttérrel rendelkező terapeuták közül többeknél előfordult, hogy saját vallási hagyományuk olyan meghatározó módon élt és hatott, hogy azon kívüli fogalmat nem tudtak beengedni. Például vallásukat gyakorló protestáns pszichoterapeuták számára a lelkigondozói hagyomány élő, ilyen példákat tudtak is mondani, de voltak, akik a lelkivezetés fogalmát nem tudták befogadni, a kettőt egymástól elkülöníteni. (Ezt ők maguk nem észlelték.) Amikor lelkivezetést mondtak, az esetpéldából, együttműködési mintából egyértelmű volt, hogy valójában lelkigondozásról beszélnek. A kompetenciákra vonatkozó kódok között emiatt helyet kapott egy olyan is, amelyet akkor adtunk ki, amikor látható volt, hogy a lelkivezetői és a lelkigondozói kompetencia nem különül el a terapeuta számára (1.6.2. nyílt kód). Az egyik terapeuta például így érvel emellett, hogy miért nem különíthető el a lelkivezetés a lelkigondozástól: „*Hát mind a két definíciót alapvetően rossznak tartom. [...] De gyakorlati szempontból valószínűleg*

mégis szükség van rájuk. [...] Tehát azért tartom alapvetően rossznak, mert azt a szemléletet tükrözi, hogy az Istennel való kapcsolat az a gyakorlati élet problémáitól függetlenül kezelhető” (7 SVK 84).

Ugyanígy kérdésként vetődött fel a pszichoterápia és a lelkipozás kompetenciaterülete, határa. Volt, aki nem értett egyet azzal, hogy önálló létjogosultsága, kompetenciaterülete lenne a lelkipozásnak a pszichoterápiához képest, egymás riválisának nevezte a két segítőhivatást (1.6.3. nyílt kód): *„...a pszichoterápia [...] riválisa szerintem a lélekgyógyásznak, vagyis hát az egyházi, a hivatásos lélekgyógyásznak riválisa, mert ugyanazzal a dologgal akar foglalkozni” (17 CSK 2, 266).*

A további kompetenciakódok lelkivezetés és pszichoterápia viszonyára vonatkoznak, erről vallanak – különbözőképpen – a terapeuták. Vannak, akik összeegyeztethetőnek tartják, hogy egy kézben legyen a pszichoterápia és a lelkivezetés (1.6.4. nyílt kód): *„Hát akkor el tudnám képzelni, hogy egybe legyen... Tehát hogyha valakinek van ilyen terápiás végzettsége meg mit tudom én, ilyen teológia, vagy nem tudom, mi kell ehhez a lelkivezető dologhoz, akkor miért ne?” (22 JZS 1, 104).* Mások a pszichoterapeuta kompetenciakörébe sorolnák a spirituális kérdéseket is. Arra is volt példa, hogy a terapeuta kifejezte: ő maga is érzi, hogy ez túlmutat ugyan a pszichoterápiás kompetencián, de még mindig jobb, mint amikor a páciens két segítőhöz jár, és ebből származik kára. Ugyanakkor volt, aki a spiritualitással kapcsolatos kompetenciák fejlesztésére helyezte a hangsúlyt, és csak akkor sorolná a pszichoterápia hatáskörébe a lelkivezetést is, ha az ezeket a kompetenciákat is elsajátítja a pszichoterapeuta. Az ellentétes álláspont is megjelenik: vannak, akik nem tartják összeegyeztethetőnek, hogy egy kézben legyen a pszichoterápia és a lelkivezetés (1.6.5. nyílt kód), ezt áttekinthetetlennek, kezelhetetlennek tartják: *„Én úgy gondolom, hogy a kettőt egy kapcsolatba tenni, az már akkora, hogy érdemben szerintem nem áttekinthető, én azt hiszem. Énszerintem itt a pszichoterápiának van egy határa” (8 SV 1, 68).*

Többen a saját viszonyulásukat emelték ki: fontosnak érzik, hogy ne lépják át saját kompetenciahatárukat (1.6.6. nyílt kód): *„Azt fontosnak találom, hogy a kompetenciám határát valahogy meghúzzam. Én a pszichodolgozóhoz értek. Tehát amikor valaki kétellyel jön az istenhitében, ez nem az én dolgom. Ha ilyen fölmerül, ezeket akkor, vannak pap kapcsolataim, akikhez el tudom küldeni. Tehát azt fontosnak*

találom, hogy tudjam, hogy én pszichodolgozokhoz értek, és tovább ne merészkedjek. – Kérdező: És hogy írnád körül azt, hogy mikor érzed a kompetenciád határát? – Interjúalany: Hát csak ezzel tudom, amikor az ő kételye vagy kérdése, azt a tünetet vagy kételyt vagy kérdést vagy bármit hoz, ami mögött nem sejlik föl bennem, hogy emögött valamilyen pszichés történés húzódik. Tehát ha ez fölsejlik bennem, akkor azonnal azt mondom, hogy az enyém. De ha ez nem sejlik föl, hogy amit ő hoz nekem, akár tünet, akár kétely, akár bármit a spiritualitásban, hogy emögött azért nem valamilyen pszichés történet húzódik meg, akkor az nem az enyém” (2 TD 2, 82). Az idézett példában a terapeuta meg is nevezi, hol húzódik számára ez a kompetenciahatár: a primer módon spirituális kérdéseknél, szemben a primer módon pszichésékkal. Mások úgy fogalmazzák, hogy egy kérdés, például a büntudat lélektani szintje az ő kompetenciájuk, ugyanazon kérdés spirituális, vallási vonatkozása azonban már nem.

A pszichoterapeuták közül többen felismerik és reflektálnak rá, hogy a spirituális témáknál a lélektani szinten túli rész lelkivezetői kompetencia (1.6.7. kód): „...*hogya valaki hívő, és azt látom, hogy van ilyen jellegű problémája, amiben nem én tudok segíteni, hanem egy pap tudna, akkor azt meg szoktam mondani. Tehát hogy akkor azt mondom, hogy ennek van egy olyan rétege, amivel ne itt foglalkozzunk, hanem hogy akkor keressen egy lelkivezetőt vagy egy papot, aki ebben segíteni tud” (19 CSK 2, 273).*

4.2.2. Második szelektív kód: Pszichoterapeuta és lelkivezető kapcsolatfelvétel nélkül, párhuzamosan dolgoznak a pácienssel

„A második szelektív kód azokat a tapasztalatokat sűríti, melyekben a páciens egyszerre jár pszichoterápiába és lelkivezetőhöz, a két segítő tud egymásról, de csak közvetett módon működnek együtt, kapcsolatot nem vesznek fel egymással” (Jáki és mtsai 2019a, 20) (5. táblázat).

5. táblázat: A II. kódfa 2. szelektív, axiális és nyílt kódjai

2. Pszichoterapeuta és lelkivezető kapcsolatfelvétel nélkül, párhuzamosan dolgoznak a pácienssel (szelektív)
2.1. A pszichoterápiás térben megjelenhet a lelkivezetői kapcsolat (axiális)
2.1.1. Magától értetődőnek tartja, hogy a lelkivezetővel való kapcsolat bekerül a terápiás folyamatba (nyílt)

2.1.2. Elakadásnak tartja, ha a terápiás folyamatba nem kerül be a lelkivezetővel való kapcsolat (nyílt)
2.1.3. Párhuzamosság esetén a lelkivezetés tartalmait is feldolgozzák a pszichoterápiában (nyílt)
2.1.4. A lelkivezetés pozitív hatását megerősíti a terápiában (nyílt)
2.2. Kézben tartja a pszichoterápiával párhuzamosan futó lelkivezetés pszichoterápiára vonatkozó kereteit (axiális)
2.2.1. A terapeuta a páciensre bízta a döntést, hogy mit visz terápiába és mit a lelkivezetésbe, de ennek el kell különülnie (nyílt)
2.2.2. Párhuzamosság esetén egyeztetni a pácienssel, hogy kitől mit vár (nyílt)
2.2.3. A pszichoterapeuta tiszteletben tartja, hogy a páciensnek van lelkivezetője, és az odatartozó témákat ott beszélnek meg (nyílt)
2.2.4. A pszichoterapeuta kijelöli, hogy a páciens milyen témát hozzon a terápiába, és mit vigyen a lelkivezetésbe (nyílt)
2.3. Dolgozik a pszichoterápia és lelkivezetés konfliktusával (axiális)
2.3.1. A pszichoterápia és lelkivezetés tartalmainak ellentmondása esetén a páciensre bízta ezek mérlegelését (nyílt)
2.3.2. Lojalitáskonfliktus esetén tisztázza a terápiában a pszichológiával kapcsolatos előítéleteket (nyílt)
2.3.3. Lojalitáskonfliktus esetén kibontja a kapcsolati dimenziót (nyílt)
2.3.4. Lelkivezetés és pszichoterápia konfliktusa megoldatlan marad (nyílt)

2.1. axiális kód: A pszichoterápiás térben megjelenhet a lelkivezetői kapcsolat

Párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés esetén a lelkivezetői kapcsolat – mint fontos kapcsolat a páciens életében – megjelenhet a terápiás térben. Ugyanígy a lelkivezetés tartalmai is szóba kerülhetnek a terápiás ülésen.

Azok a pszichoterapeuták, akiknek van erre vonatkozó tapasztalatuk, megfogalmazzák, hogy természetesnek, magától értetődőnek tartják, hogy a terápiás folyamatban megjelenik a lelkivezetővel való kapcsolat (2.1.1. nyílt kód): „*Azt mindig képviselem, hogy hát próbáljon beszélni itt a dolgokról, az óra aszerint megy, ahogy éppen benne vannak a dolgok. És abba minden beletartozik, anyja ugyanúgy, mint a lelkivezetője vagy a hierarchiában a főnöke vagy a beosztottja*” (8 SVK 62).

Tovább pontosítva van, aki kifejezetten elakadásnak tartja, ha nem kerül be a terápiás kapcsolatba a lelkivezetői kapcsolat (2.1.2. nyílt kód): „*Hát ilyen természetes, evidens módon került be a beszélgetésbe meg a folyamatba, mert hogy az ilyen kapcsolatok azok a páciens életében nagyon fontos kapcsolatok. És az nagyon furcsa lenne, az egy elakadás lenne, hogy ha egy terápiás menetbe az életének a fontos*

kapcsolatai, helyszínei, amik érzelmileg jelentősek, gondolatilag is, egy tartós kötődés, szóval minden szempontból fajsúlyos, az ne kerülne be...” (8 SVK 20).

A terapeuták egy része arról is beszámolt, hogy dolgoznak a terápiában azzal, ami a lelkiezetésről bekerül a terápiás térbe (2.1.3. nyílt kód). A következő részletben a terapeuta elmondja, hogy ő például arra szokott rákérdezni a páciensnél, hogy mit hozott neki az a segítői kapcsolat, miért volt fontos, így annak eredményeit is integrálni tudják a terápiás munkába: *„Tehát hogy megtettek egy utat, és ebben voltam én, különböző módon kísértem őket, de együttesen másokkal [a többes szám arra utal, hogy több eset tapasztalatairól beszél egyszerre]. És tudtak rólam, én tudtam róluk, és hogy így azt érzem, hogy nem úgy, hogy fontos, hogy még ha azt mondják is, hogy erre nem volt jó vagy arra, mindig megkérdem, hogy mire, mert hogy nem véletlen jár valaki valahova...” (2 I 106).*

Vannak pszichoterapeuták, akik a lelkiezetés pozitív hatását próbálják megerősíteni a terápiában (2.1.4. nyílt kód). A következő esetpéldában egy anorexiás lány terápiájáról van szó, akinek, miután a terapeuta intuitív javaslatára²⁷ hallgatva elment gyónni, hirtelen javulni kezdett az állapota, jelentősen növekedett a súlya. A terapeutának nem mondta el, miről beszélt a gyónásban – de ezt nem is kérdezte tőle a terapeuta, csak megerősítette benne, hogy azáltal, amit letett, most jogosultságot nyert a növekedésre, az életre: *„...nem rám tartozott, vagy ott tudta leadni, akkor annak ott a helye, és mondtam, hogy nem vagyok titokvadász. Tehát hogy annak ott a helye, akkor maradjon ott. Az a lényeg, hogy ő utána majdnem három kilót hízott, rövid időn belül, ahhoz képest, hogy addig inkább lefele ment a súlya. És mondtam, hogy ami terhet ott leadtál, az most elkezd fejlődni, jogosultságot kaptál arra, hogy fejlődjél, vagy hogy éljél, és hogy amennyi terhet leadtál, annyival nőtt a súlyod” (2 I 48).*

2.2. axiális kód: Kézben tartja a pszichoterápiával párhuzamosan futó lelkiezetés pszichoterápiára vonatkozó kereteit

²⁷Mivel érezhető volt, hogy a lány valamit nem tud elmondani, letenni, a terapeuta arrafelé vitte a beszélgetést, hogy mi segítené a lányt ebben, utalva például a gyónásra mint lehetőségre, amelyre a lány rögtön nyitottnak mutatkozott.

„A második axiális kód olyan kódokat és idézeteket tartalmaz, melyekben a pszichoterapeuták utalnak arra, hogyan kezelik a kereteket párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés esetén. Az egyik álláspont szerint a terapeuta a páciensre bízta a döntést, hogy mit visz terápiába és mit a lelkivezetésbe, de ennek el kell különülnie (2.2.1. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019a, 99): *„Olyan volt, hogy valaki járt ide is, oda is [...] Az ellen semmiféle kifogásom nincs, tehát hogy persze. Ha úgy érzem, hogy akadályozza a munkát, mert itt is megbeszélte, ott is megbeszélte, akkor ezt szóvá teszem, és akkor dönteni kell a páciensnek, hogy akkor mit visz oda, mit hoz ide, mert hogy ez két különböző dolog legyen”* (14 CSZS 2, 349). A keretekre vonatkozó egyeztetés tehát itt már akkor történik, amikor valamilyen zavart okoz a terápiás folyamatban ezek összemosódása.

Egy másik munkamód a pszichoterapeuta részéről, hogy párhuzamosság esetén a kezdetekkor egyezteti a pácienssel, hogy kitől mit vár (2.2.2. nyílt kód): *„Mind a két, gyermekét egyedül nevelő nő [...] akik egyénibe jöttek, és ők kezdtek el járni lelkészhez [párhuzamosan a pszichoterápiával], és hogy akkor így azt mondta, hogy nekik ugye a bibliamagyarázatok a történetekkel próbálták segíteni őket, és akkor mindig megbeszéltük, hogy mi az, amit tőlem várnak még, vagy mi az, amit ott. És hogy én azt tapasztaltam, hogy nem ütközött. Lehet, hogy ugyanazt a történetet elhozta ide, megnéztük egy szempontból, ott egy másik aspektusát kapta, ami nem érzem, hogy konfliktusba került volna egymással”* (2 I, 42). Tehát mindkét esetben egy gyermekét egyedül nevelő nőről volt szó, aki a pszichoterápia mellett lelkivezetésben is részesült. A terapeuta előre egyeztette a kereteket, és úgy érezte, nem volt zavaró, inkább kiegészítő a két folyamat, még akkor is, amikor azonos élethelyzet került szóba. Ennek az volt az oka, hogy más aspektusból foglalkoztak vele a két folyamatban, a pszichoterápiában a pszichés és kapcsolati dimenzió szintjén, a lelkivezetésben pedig a hitéleti vonatkozásokról volt szó.

„Szintén a keretek kezelésére vonatkozó mintázat, hogy a pszichoterapeuta tiszteletben tartja, hogy a páciensnek van lelkivezetője, és az odatartozó témákat ott beszél meg (2.2.3. nyílt kód). Leggyakrabban olyan esetekről van szó, amikor már eleve része a páciens életének az, hogy rendszeresen lelkivezetőhöz jár, amikor dönt arról, pszichoterápiába megy. A terapeuta ezt elfogadja, engedi, hogy tovább fusson a lelkivezetés, párhuzamosan a pszichoterápiával” (Jáki és mtsai 2019a, 100). A

következő példában a pszichoterapeuta még inkább aktívan él annak lehetőségével, hogy tudja, a páciensnek van lelkivezetője: bizonyos témáknál jelzi, hogy jobb lenne, ha a lelkivezetői kapcsolatban dolgoznának ezekkel. *„Volt ilyen, hogy azt mondtam, hogy ez már inkább lelkivezetői téma, és nem ide tartozik. Nem én határoltam le, csak úgyis tudtam, hogy van lelkivezetője, és akkor ezt inkább vele beszélje meg”* (10 SV 2, 83).

Arra is volt példa, hogy a pszichoterapeuta kifejezetten próbálta szabályozni, kijelölni, hogy a páciens milyen témát hozzon a terápiába, és mit vigyen a lelkivezetésbe (2.2.4. nyílt kód): *„Nem állítom, hogy világosan látok ebben, de valahol... na pl. most is van egy férfi, aki jár lelkivezetőhöz, ő küldte ide, alvászavara van, impulzuskontroll-zavara van, tehát állandóan iszonyúan dühös mindenért, fölmeleg a vérnyomása. Tényleg ez egy nagyon-nagyon frusztrált valaki, van egy életközépi válság is... és akkor neki állandóan megy, hogy itt miről beszéljen, ott miről beszéljen. Nehéz meghúzni a határt, de ott úgy húztuk meg, hogy a hitéletéről, az istenkapcsolatáról beszéljen a lelkivezetőjével, velem meg a többi dolgról...”* (10 SV 2, 91). *„Az elkülönítés tehát arra vonatkozott, hogy a hitéleti és az istenkapcsolatra vonatkozó kérdések azok, melyek a lelkivezetés témáját képezik”* (Jáki és mtsai 2019a, 100).

2.2. axiális kód: Dolgozik a pszichoterápia és lelkivezetés konfliktusával

„Bizonyos esetekben a párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés konfliktusba került egymással. A pszichoterapeuták arról vallanak, hogyan próbáltak dolgozni ezzel a konfliktussal. A pszichoterápia és lelkivezetés tartalmainak ellentmondása esetén voltak, akik a páciensre bízták ezek mérlegelését (2.3.1. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019a, 100): *„Ő [a páciens] mit gondol arról [...] mi az, ami számára összeegyeztethetetlen esetleg azzal a tanítással, amit a lelkivezető mond, mi az, amiben elvesztette esetleg a bizalmát a terápiát illetően, és akkor ezt ugyanúgy kibontjuk, mint minden más területét az életének. És azt gondolom, hogy a páciens dolga, hogy értékeli azt, hogy a lelkivezető mit képvisel, és a terapeuta mit képvisel”* (1 TD 1, 202). Egy további példában a konfliktus konkrét témáját is megnevezték (a szexualitás kérdését): *„És én nem fogok vitatkozni az ő vallásával, hogy most miért mondja a szabadkeresztény egyház, hogy nem lehet szexuális életet élni, sőt maszturbálni se lehet, utánaolvastam. Én erről nem fogok vitatkozni, hanem azt mondom, hogy ha neki az jó,*

akkor jó, de én ezekről másképp gondolkodok. Én továbbra is meg fogom kérdezni, hogy és mi van a szexualitással. Tehát tudod. Hogy hol van? Akkor hogyan elaborálja. Hogy fojtja el? Netalántán pánikzavarok azzal függhetnek össze? De majd ő dönti el, hogy mit csinál velem. Én csak az összefüggésekre fogom őt rávezetni, abban a hitrendszerben, amit én vallok, de én nem fogok vitatkozni azzal, és nem fogom tiltani attól a vallástól, amit ő választ” (16 CSK 2, 182).

„Bizonyos esetekben nem tartalmi konfliktusba kerül a két segítőkapcsolat, hanem lojalitáskonfliktusba kerül a két segítő között a páciens. Ilyenkor – például amikor a lelkivezető a pszichoterápia ellen szól – a terapeuta próbálja tisztázni a pszichológiával kapcsolatos előítéleteket (2.3.2. nyílt kód), hogy ezzel segítse a páciens belső konfliktusának oldását” (Jáki és mtsai 2019a, 100). *„Tehát ha van is ilyenfajta rivalizálás vagy súrlódás, akkor tehát én ezt így meg tudom beszélni a pácienssel. Hogy szerintem ezt nem kellett volna, vagy ez az ilyen indokolatlan félelem mondjuk a pszichológiával kapcsolatban, vagy előítéletnek gondolom. Ez megbeszélhető szerintem. Tehát ilyen komolyabb zavart nem okozott, mert ha volt is, akkor én ezt igyekeztem megbeszélni...” (25 JZS 1, 69).*

„Más esetekben a terapeuta a két segítő közti lojalitáskonfliktus esetén a kapcsolati dimenzióval kezd el dolgozni, azt bontja ki a terápiában (2.3.3. nyílt kód). Erre példa, amikor a terápiával kapcsolatos bizalmatlanság kérdésével kezd dolgozni a terapeuta, vagy felismeri az ellenállást a terápiával szemben abban, ahogy a lelkivezetői kapcsolat jelentősége a páciens számára a terápiás kapcsolathoz képest változik. A következő idézetben az alkudozás, saját vélemény kialakítása, a más férfi véleményével való konfrontálódás mint lélektani feladat mentén kezd dolgozni a pszichoterapeuta a pácienssel, mely munka a lelkivezetés és pszichoterápia konfliktusa kapcsán indul. A páciens lelkivezetője egy hosszabb, magányos, csendes elvonulást javasolt a páciensnek, amit viszont maga a pszichoterapeuta nem tartott előnyösnek a páciens akkori pszichés állapota szempontjából: »...Erre az is rossz lett volna, hogy ha én csak úgy azt mondom, hogy persze, szabad ember, döntse el, az is rossz lett volna, hogy ha azt mondom, hogy erről szó sem lehet, mert itt terápia van, és akkor nem vállalom tovább [...] hanem hogy valahogy együtt nézzük meg, és ütközhessenek a szempontok. Ami egyrészt átdolgozásnak is jó, másrészt ő megtapasztalhatta, hogy hogyan lehet egy

férfivel lökdösődni, egymásnak feszülni, és nem lesz belőle baj» (8 SVK 70)” (Jáki és mtsai 2019a, 23–24).

Olyan esetekről is beszámoltak a terapeuták, amikor a pszichoterápia és a lelkivezetés konfliktusa megoldatlan maradt (2.3.4. nyílt kód). A páciens elakadt az integrációban, szélsőséges esetben ez odáig vezetett, hogy végül megszakadt a pszichoterápiás kapcsolat. Erre példa a következő idézet: „...volt egy beteg, nagyon vallásos volt, és aztán járt hozzám, és járt ehhez a paphoz. És én ezeket... ilyen... nem fogadtam el, nem tudtam azt mondani, hogy az isten mint tökéletesen önálló abszolútum, hanem elkezdtem egy kicsit úgy relativizálni, meg úgy pszichologizálni, és akkor befejeződött a beszélgetésünk. [...] [A kliens járt] oda a paphoz, és hozzám pszichoterápiára. És akkor ő ezt akarta integráltatni, de ez nem sikerült így. Tehát hogy én tulajdonképpen nem tudom, hogy a spiritualitás mint felettünk lévő dolog, hogy abban én igazában együtt tudok-e működni. Én a spiritualitást mint rajtunk kívül levő dolgot tudom kezelni” (15 CSZS 1, 43).

4.2.3. Harmadik szelektív kód: A pszichoterapeuta kapcsolatban van a lelkivezetővel, lelkigondozóval

„Az együttműködés egy további formája a pszichoterapeuta és a lelkivezető vagy lelkigondozó között, amikor nemcsak tudnak egymásról, és ezt a helyzetet kezelik valahogy, hanem kifejezetten kapcsolatba is kerülnek egymással. Az erre vonatkozó idézeteket, kódokat összegzi a harmadik szelektív kód” (Jáki és mtsai 2019a, 24) (6. táblázat).

6. táblázat: A II. kódfa 3. szelektív, axiális és nyílt kódjai

3. A pszichoterapeuta kapcsolatban van a lelkivezetővel, lelkigondozóval (szelektív)
3.1. Az együttműködés a küldés szintjén valósul meg (axiális)
3.1.1. Hitbeli téma esetén lelkivezetőhöz küldi tovább a páciens (nyílt)
3.1.2. A pszichoterápia lezárása után továbbküldte a páciens egyéb spirituális vezetőhöz (nyílt)
3.1.3. A pszichoterapeutához a lelkivezető akkor küld páciens, ha a vezetettél súlyos pszichés probléma kerül elő (nyílt)
3.2. A pszichoterapeuta konzultál a lelkivezetővel közös eset kapcsán (axiális)
3.2.1. A folyamat egyeztetése céljából felveszi a kapcsolatot a páciens lelkivezetőjével (nyílt)

3.2.2. A terapeutát konzultációs igénnyel keresi meg a páciens lelkivezetője (nyílt)
3.2.3. Lelkivezetés és pszichoterápia szemléletbeli különbsége esetén a pszichoterapeuta átadja a lelkivezetőnek a páciensnek annak védelme érdekében (nyílt)
3.3. Képzett lelkigondozóval működik együtt közös eset kapcsán (axiális)
3.3.1. Egymást váltja a lelkigondozás és a pszichoterápia, átadáskor egyeztetik a folyamatot (nyílt)
3.3.2. A folyamatban levő lelkigondozást a pszichiátriai osztályos kezelés kiegészíti és szupportálja (nyílt)
3.3.3. Jobban tud együttműködni a képzett lelkigondozókkal (nyílt)
3.4. Egyéb szakmai fórumokon működik együtt lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal (axiális)
3.4.1. Konzultációt kér teológiai képzettségű szakembertől (nyílt)
3.4.2. Esetmegbeszélő csoportra járt közösen lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal (nyílt)
3.4.3. Az utógondozást segítette a lelkésszel, egyházi közösséggel való kooperáció (nyílt)
3.4.4. Intézményi keretek között, teammunkában dolgozik együtt lelkészekkel (nyílt)

3.1. axiális kód: Az együttműködés a küldés szintjén valósul meg

„A legelemibb együttműködési forma, amikor a két segítő úgy kerül kapcsolatba egymással, hogy valamelyikük a páciensnek a másikhoz küldi. A pszichoterapeuta valamilyen spirituális, hitbeli elakadás kapcsán küldte lelkivezetőhöz a páciensnek (3.1.1. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019a, 24). A következő példa egy gyermek-pszichoterápiából való, ahol felismeri a terapeuta, hogy a hozzá járó gyerek a gyászán túl, annak részeként az istenképével kapcsolatosan is krízisbe került: „...most pl. egy kisfiú jutott az eszembe, akinek egy autóbalesetben meghalt a testvére. Ő egy kisfiú volt, nem lehetett vele ilyen dolgokról nyíltan beszélni, de azt pl. lehetett látni, hogy ők egy hívő család voltak, hogy megrendült a hite a Jóisten jóságában, és hogy ott pl. lehetett a szülőkkel erről beszélni, hogy a gyerekük egy ilyen állapotban van, és hogy beszéljenek a lelkésszel, és próbáljon ő ebben a dologban segíteni neki” (19 CSK 2, 91).

Bár az interjúkban (definiáltan) a lelkivezetőkkel való együttműködésre kérdeztünk rá, volt, aki arról számolt be, hogy más spirituális vezetőhöz küldte tovább a páciensnek a terápia lezárását követően (3.1.2. nyílt kód): „...Volt egy depressziós fiú, és aranyos volt, pont tavaly mondta, mert aztán találkoztunk ott ugye, a feleségével jártak, nagyon szorgalmasan jártak, depresszió eltűnt. Tehát amikor én már eljutottam odáig, hogy most már, hogy megmaradjon neki, tehát maradjon neki, tehát ne hozzám járjon vissza, ha akar, bármikor jöhet, de kezdjen el az S.-nél dolgozni a jógával, a tannal, a

mindennel [...]. És van, akit agykontrollba, mert éreztem, hogy neki tömeg kell, a tömeghatás, hogy ott érezze az agykontrollt. Nem végzett agykontrollt? Érdemes megnézni, érdekes. Mindent meg kell próbálni” (3 MT 2, 96).

Fordított helyzetről is sokan osztották meg tapasztalatukat: a lelkivezető akkor küldött hozzájuk páciens, amikor felismerte, hogy az illető súlyos pszichés problémával küzd (3.1.3. nyílt kód). Többféle betegséget neveztek meg az összegyűlt számos esetpéldában, pl. depresszió, kényszer, borderline személyiségzavar, pszichózis. Arra is volt példa, hogy a lelkivezető valamilyen kapcsolati zavar esetén küldte párterápiába a nála segítséget kérőt. A következő példában a gyónató-lelkivezető küldte pszichoterápiába a hozzá fordulót, miután sikeresen felismerte, hogy kényszeres betegséggel küzd az illető: *„...volt egy olyan betegem, akit kifejezetten a lelkiatyája küldött ide, kényszeres beteget. Mert hát a gyónásnál látta, hogy hát kényszerbeteggel van dolga, és hát mondta, hogy ezzel pszichológushoz kell menni” (9 SV 2, 101).*

3.2. axiális kód: A pszichoterapeuta konzultál a lelkivezetővel közös eset kapcsán

„A pszichoterapeuták gyakorlatában arra is volt példa, hogy konzultáltak a páciens lelkivezetőjével. Volt, amikor a folyamat egyeztetése céljából ők maguk vették fel a kapcsolatot a lelkivezetővel (3.2.1. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019a, 25). A következő példában egy többéves terápiás folyamat zárásához közeledve, zavartalan együttműködést követően egyeztetett a két segítő a terapeuta kezdeményezésére: *„Akkor az olyan volt, az is egy szerzetes volt, aki járt hozzám, és járt a lelkivezetőjéhez is... Tehát ezt ő találta ki, hogy jár mind a kettőnkhez, de nekünk nem volt semmiféle kapcsolatunk, nem egyikünk ajánlotta a másikat, tehát semmi ilyesmi nem volt. Ott ő [a páciens] nagyon jól tudta, az nagyon jó volt, tehát mentálhigiénésen [képzett] ember volt [...] tehát nagyon jól ketté tudta választani. Az nagyon édes volt, mert ott egy idő után ahhoz vezetett, hogy összeérték a szálak. Ezt most nem tudom konkrétan mondani, nem is fontos, és akkor a lelkivezetője mondta, hogy na, ezt beszéld meg a Z.-vel (saját nevét mondja), na, a Z. ehhez mit szól, meg ilyesmi, és akkor utána esett le nekem a tantusz, két év után, ez egy hosszú terápia volt, hogy meg is kereshetném a lelkivezetőjét, hogy egyeztessünk. [...] És megkerestem a lelkivezetőjét. Abszolút ugyanazt gondoltuk az emberről, ez nagyon érdekes volt” (10 SV 2, 99).* A fenti példában a zavartalan együttműködés záloga a terapeuta megítélése szerint jórészt az

volt, hogy maga a páciens rendelkezett olyan mentálhigiénés kultúrával, ismeretekkel, amelyek alapján jól el tudta különíteni, hogy a két segítőkapcsolatba mit vigyen be. Végül egységbe került a két folyamat, összeérték a szálak, ami a két segítő egyeztetése során még nyilvánvalóbbá vált. A többi esetben azért került sor a konzultációra, mert az volt a terapeuta benyomása, hogy egymás ellen hat a két folyamat. Volt, amikor az egyeztetést követően sem történt változás, nem alakult ki jó együttműködés. Más esetben a konzultáció jelentős változást hozott az együttműködésben. Ilyen volt például egy anorexiás lány esete. A lelkivezető (orvos végzettségű szerzetesnő) évésre próbálta biztatni a páciens, ami olaj volt a tűzre. A pszichoterapeuta emiatt felvette vele a kapcsolatot. Az egyeztetést követően egységben, egy irányba tudták tovább segíteni a páciens: *„Neki beszéltem a lelkivezetőjével [...] katolikus iskolába járt, és ott volt a lelkivezetője egy szerzetes nővér, és eredetileg orvos végzettségű volt, és később, mikor a gyerekei felnőttek, csatlakozott a rendhez. Tehát hogy orvosi szemmel nézte ő is, de hogy ő nagyon, tehát lelkileg is vezette volna, és hogy ezt nem szabad, hogy a Jóisten megteremtette, és ő meg halálra éhezze magát. Tehát hogy volt egy kicsit erőszakosság ebben, hogy ez bűnös dolog, amit csinál, meg hát életveszélyes ugye. És akkor egy kicsit ott valamennyire megosztottam azt a dinamikát úgy, hogy nem elárulva családi titkokat. De a szülei is tudták, és a lány is tudta, hogy beszélni fogunk, tehát hogy felhatalmazásom volt rá, hogy mi beszélhetünk. Kérdeztem, hogy van-e, amiről nem beszélhetek, azt mondták, hogy nem. És akkor egy kicsit, hogy rálásson erre a dinamikára, ami zajlik ebben a lányban vagy családban, türelmesebb lett, én azt éreztem. És ez meg fontos volt a lánynak, hogy minél inkább ugye sürgették, mint az anorexiásokat, annál kevésbé eszik. És hogy akkor így azt éreztem, hogy beszélgettünk majdnem három óra hosszát, de hogy ő sem tudta megosztani senkivel a kétségeit, már a lelkivezető, és akkor én is, és ketten egyrészt megnyugtattuk egymást, másrészt meg azt éreztem, hogy ő is türelmesebb lett a lánnyal. De ugyanakkor ott maradt mellette, mert, hogy ha sürgeti, meg ezt bűnnek nevezi, akkor elveszíti a lelkivezetőt, vagy akkor nem mer neki beszélni dolgairól. És pont az a funkciója, ami lenne, tehát ugyanúgy ellenáll neki, és akkor nem tud segíteni” (2 I 48).*

Az egyeztetés esetenként a lelkivezető kezdeményezését követően valósult meg (3.2.2. nyílt kód). Volt, hogy személyesen, volt, hogy telefonon zajlott, mint a következő példában is. *„Igen, igen, telefon [felhívta a lelkivezető a pszichoterapeutát],*

és utána egyszer-egyszer elbeszélgettünk. [...] Annyi [lett a beszélgetés célja, gyümölcse], hogy jobban elfogadtuk egymást. Mert ezeket a papokat el tudtam fogadni, el lehetett fogadni. És ők elfogadtak engem. – Kérdező: Mi az, amit egyeztetni tudtak vagy meg tudtak beszélni egy ilyen alkalommal? – Interjúalany: A tolerancia, hogy más világnézetűek vagyunk, más identitásunk van, mind a kettőnk az vezérli, hogy az a kuncsaft az jól legyen, és nem az a lényeg, hogy most más páholyban ülünk, hanem az, hogy hol értjük meg egymást. És én úgy gondolom, hogy ez a legfontosabb. És ezekben sikerült. És az eredmény, hogy a beteg egyre jobban lett. – Kérdező: Akkor leosztották a határokat vagy a kompetenciákat, hogy ki mivel foglalkozik, vagy...? – Interjúalany: Nem jutott idáig. Ez az egy pap volt, akivel idáig eljutottunk, inkább csak egymást akartuk megérteni, mert ha mi megértjük egymást, akkor megértjük jobban a beteget, és jobban működünk” (15 CSZS 1, 271).

Ebben az esetben tehát nem egy konkrét elakadás, kérdés volt az egyeztetés indoka, inkább a megértés, megismerés volt a cél, ami segítette a pácienssel való munkát. Konkrét elakadást követő megkeresésekre szintén hoztak példákat az interjúalanyok.

A két segítő közti egyeztetés speciális esete, amikor tekintettel a párhuzamos segítőfolyamatok ellentmondásának kibékíthetetlenségére a terapeuta átadja a pácienszt a lelkipásztoroknak, a páciens védelme érdekében (3.2.3. nyílt kód): *„Sajnos csak a rossz tapasztalat jut el, tehát hogy volt korábban egy fiú, aki paranoid volt, és nagyon erős büntudata volt az önkielégítése miatt. És a mamája, mivel hívő volt, katolikus volt, a Gyurit állandóan vitte a templomba, és ő ment is. És volt neki egy lelkipásztorja, és a lelkipásztorja állandóan azt mondta, hogy nem szabad önkielégíteni, mert hogy ez nem jó. Érted? De hogy közben patológiás volt a büntudata a fiúnak, ez volt a betegsége, és ami nálam oldódott, a büntudata, azt a lelkiatya egy hét múlva tönkretette. Úgyhogy vettem egy mély levegőt, és gondoltam magamban, hogy most bemegyek, és próbálok velük beszélni, hogy hát ülünk le, mégiscsak beteg ez az ember, hát akkor egyfelé húzzuk ezt a szekert, mert ez a fiú... És a lelkipásztor pap azt mondta, hogy ez nem lehet pszichológus, érted? Amikor én mondtam, hogy ez paranoid, azért van ez a fokozott túlértékelése, túlértékelése, és hogy fél. [...] Ez volt az a határ, amikor azt mondtam, hogy hát nem szabad szétszedni ezt az embert, az én asztalom lenne, de én inkább*

átadom neki, érted? Vigye a lelkivezető, de hogy ne mondjunk kettőt egy embernek, mert ha egyet mondunk, az legalább megtartja” (2 TD 2, 90) (Jáki és mtsai 2019a, 93).

3.3. axiális kód: Képzett lelkigondozóval működik együtt közös eset kapcsán

A pszichoterapeuták megosztottak olyan tapasztalatokat is, amikor képzett lelkigondozóval működtek együtt. Eleinte spontán módon számoltak be ezekről az esetekről, a későbbi interjúkban azonban már külön kérdés vonatkozott a lelkigondozóval való együttműködésre. Arra is volt példa, hogy a lelkigondozás és a lelkivezetés fogalmat szinonimaként használta az interjúalany. Ez többnyire akkor fordult elő, amikor a lelkigondozással kapcsolatos tapasztalatai meghatározók voltak, a lelkivezetés fogalma viszont ismeretlen volt számára: ilyenkor is lelkigondozásként kódoltuk a vonatkozó idézeteket, jelölve a fogalomhasználat bizonytalanságát.

„A lelkigondozóval való együttműködés legjellemzőbb formája, ami az interjúkban megmutatkozott, az volt, hogy egymást váltotta a lelkigondozás és a pszichoterápia, átadáskor pedig egyeztették a folyamatot a szakemberek (3.3.1. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019a, 27). Ahogy az egyik interjúalany vallja: *„Az szokott lenni, ahogy mondtam, hogy [a lelkigondozás] egy előfázisát képezi a pszichoterápiának” (7 SVK, 128).* Ez a pszichoterápia előtti „előfázis” jelenthet terápiára való szocializálást, vagy azt is, hogy a folyamat közben látja szükségesnek az átadást a lelkigondozó. Tehát ő is kezdeményezheti az átadást, de van, hogy a pszichoterapeuta veti fel a keretekre vonatkozó egyeztetést: *„...van ilyen, hogyha hozzám jön, akkor megkérem, hogy egyezzen bele, hogy felvegyem a kapcsolatot a lelkigondozójával. [...] Én kezdeményezem, és akkor megbeszélem vele, hogy hogy s mint, és azt kérem a klientsől, hogy ha lehet, akkor próbáljuk eldönteni, hogy merre szeretne tovább együttműködni, és akkor elmagyarázom, hogy az miért nem jó, hogy ő kétféle járjon. Tehát hogy ide is járjon, oda is járjon. Lehet egyszer ide, akkor azt lezárjuk, akkor egyszer oda, akkor azt is lezárjuk, összekötjük a kettőt, és kapcsolatot fölvéve a lelkigondozójával lehet azokat a hasznokat, amiket az elsőben szerzett, a másikba is átvinni...” (31 JZS 2, 106).*

Egyedi esetként vetődött fel egy olyan példa is, amikor a lelkigondozás folyamatában a kliens osztályos kezelése vált szükségessé. Gyógyszerbeállítás céljából került osztályra, de közben folytatódott a lelkigondozása, kijárt az őt segítő lelkészhez (3.3.2. nyílt kód). A példa egyediségét érthetővé teszi, hogy a kliens lelkigondozója

Gyökössy Endre volt, aki pszichológusi és lelkeszi képzettséggel egyaránt rendelkezett, a pasztorálpszichológia hazai úttörője volt, a kompetenciahatárok a szakemberek együttműködése során ezért is alakulhattak a szokottól eltérően. *„Most mondok egy konkrét esetet, akit a Gyökössy lelkigondozott, de olyan mértékű biológiai zavarai is voltak, pszichotikus tünetei jelentkeztek az illetőnek. Bejött hozzánk, a mi pszichoterápiánk abban állt, hogy ezt a lelkigondozói kapcsolatot megerősítse. Mi nem vettük át a teljes pszichoterápiát, de egy szupportív, egy kiegészítő, támogató jellegű kezelést természetesen adtunk, hogy amikor a beteget elbocsátottuk ők folytathassák a munkát. – Kérdező: Tehát így váltották egymást ezek tulajdonképpen. – Interjúalany: Nem váltották, még csak nem is váltották, mert most kérem, konkrétan gondolok, hetente kijárt, és a Gyökössyvel is beszélgetett. Tehát a vele való lelkigondozói munka, ami tulajdonképpen egyfajta pszichoterápiás munka is, valamilyen, mondjuk úgy, kezdetlegesebb szinten, ha lehet ezt így mondani, már mélylélektani szempontból, csak mélylélektani szempontból mondom így, annak mi a szupportív, támogató kezelését adtuk” (7 SVK 42).*

Több interjúalany megfogalmazta, hogy a mentálhigiénésen képzett lelkigondozókkal tud igazán jól együttműködni (3.3.3. nyílt kód). *„Tehát olyan papokkal sikerült ilyen [együttműködést] létesíteni, akik valahogy nyitottak. Tehát főleg a mentálon végzett papokkal tudok így működni, akik nyitottak. Sok rossz tapasztalatom az inkább a pszichiáterségemből van, tehát nem pszichoterapeutaként, hanem ugye már a súlyosabb lelki betegség kategóriában” (2 TD 2, 151).* Voltak, akik nem a képzettséget nevesítették, hanem a kompetenciát (amely természetesen nem független a tanulmányoktól, a megszerzett készségektől): fontosnak tartották, hogy az adott lelkesz ne vigye túlzott regresszióba a klienst, ami már veszélyeztetné a stabilitását, felismerje mind a saját kompetenciahatárait, mind a kliens énejét.

3.4. axiális kód: Egyéb szakmai fórumokon működik együtt lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal

„A pszichoterapeuták nemcsak közös kliens kapcsán működtek együtt lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal, hanem egyéb szakmai fórumokon is dolgoztak együtt, ennek formáiról, módjairól a 3.4. axiális kód vall” (Jáki és mtsai 2019a, 27).

Volt, amikor a pszichoterapeuta konzultációs vagy szupervíziós igénnyel keresett meg teológiai végzettségű szakembert (3.4.1. nyílt kód), a spiritualitást is érintő pszichoterápiás kérdéssel, elakadással kapcsolatban. Az egyik terapeuta esetében ez rendszeres munkakapcsolat formáját öltötte, időnkénti konzultációval más-más páciensekre vonatkozóan. Egy másik terapeuta egyszeri, hosszabb, szupervízió-jellegű segítségkérésről számolt be: *„...egy nagyon nehéz problémával ugyancsak hozzám fordult [a páciens], ami engem lelkileg nagyon nehéz helyzetbe hozott, mert elnézték az orvosok, és Down-kóros gyereket szült. És a gyerek elfogadása körül óriási lelki problémák voltak, erről most nem akarok többet mondani. [...] Itt én egy nagyon komoly szupervizori segítséggel tudtam valahogyan vállalni a folyamatot, amiben éppen aki engem nagyon megsegített, X. lelkipásztor. [...] Ugye itt egy nagyon komoly problémáról van szó, ami több mint probléma, nem is tudom, minek nevezzem, hogy egy élet elvállalása akkor, amikor sújtja ez a tragédia, vagy sem. És hát ebben az X.-szel tudtam, ő tudott az én lelkemben valahogy egy egyensúlyt teremteni, hogy én tovább tudjam azon az úton vinni, amire képes voltam”* (31 JZS 2, 64).

További együttműködési fórumként többen beszámoltak olyan esetmegbeszélő csoportokról, melyeken jelen voltak lelkigondozók és/vagy lelkivezetők is (3.4.2. nyílt kód). Volt olyan csoport, amely az adott módszerspecifikus képzés részeként működött, mivel az adott módszertant (nem pszichoterapeuta-szakvizsga szinten) elsajátíthatóak lelkészek is. Volt olyan interdiszciplináris jelleggel meghirdetett esetmegbeszélő is, melyen több segítőszakmából vettek részt szakemberek, több intézményből. A következő idézetben az interjúalany kifejezi, hogy az együttműködést számára ezek az interdiszciplináris esetmegbeszélők segítették a leginkább, így tudott élményszinten belelátni a lelkigondozói munkába, ami segítette a későbbi kapcsolódást, közös gondolkodást: *„Tehát csoportos esetmegbeszéléseket [tartottak], ahol lelkészek, lelkivezetők, lelkigondozók és pszichoterapeuták, pszichiáterek, pszichológusok stb. együtt dolgoznak rendszeresen, hosszan, kitartóan, esetmegbeszéléseken keresztül. Ez a legfontosabb gyakorlati összehangoló munka. Tehát fontosak az oktatások stb., stb., ezt az osztályon ezt tapasztaltuk meg, hogy ennek van a legtöbb, igazán mélyreható értéke, a közös esetmegbeszéléseknek. Mert akkor nem csak azt látom, hogy a lelkész hogy áll a dologhoz, mi az ő terminológiája, itt rengeteg terminológiai probléma van. Használunk*

fogalmakat, és mást-mást értünk alatta. De ezek csak akkor tisztázódnak vagy kerülünk egy közös hangnemre, hogyha együtt vagyunk, és ezekről vitatkozunk” (7 SVK 148).

Pszichoterapeuták és lelkigondozók további együttműködési fóruma, amikor intézményi keretek között, teammunkában dolgoznak együtt (3.4.4. nyílt kód). Az intézmény, amelyet az interjúalanyok együttműködési szintéreként említettek, általában pszichiátriai osztály volt, de börtönlelkésszel való együttműködésről is volt szó. A következő példában egy pszichiátriai osztályon a lelkész csoportot tartott a betegeknek, és bekapcsolódott a nagycsoportba, részt vett az esetmegbeszéléseken: „[Az osztályon] dolgozott egy református lelkész, [aki] nagyon jól beépült. Tehát nekünk ott az esetmegbeszéléseinken részt vett, ő is elmondta, hogy mit lát. Tehát [...] abszolút elsajátította a szemléletet, a pszichiátriai szemléletet, sőt hát abban szocializálódott, mert ugye ott, és nagyon jól, adekváтан tudott illeszkedni. [...] Részt vett nagycsoportokon is, tehát abban is jó volt, hogy azt a közös élményt is meg tudtuk osztani. Ő elmondott valamit, hogy hogy látja, mert az a páciens egy kórházi közegben lejárta istentiszteletre vagy ilyen egyéni foglalkozásokra is, tehát szerintem kiegészíti” (16 CSK 2, 176).

„Szintén többen említették, mint a lelkigondozóval való együttműködési keretet, azt a helyzetet, amikor mintegy utógondozásként funkcionál a pszichoterápia után vagy az osztályos kezelést követően az, hogy a lelkészhez vissza lehet delegálni a páciens, és egy vallási közösség megtartóereje veszi körül” (3.4.3. nyílt kód) (Jáki és mtsai 2019a, 28). A következő idézetben osztályos kezelést követő delegálásról van szó: „Nekünk egy óriási segítség volt az – már a pszichiáternek –, hogy vissza tudtuk őket küldeni. Tehát hogy az utógondozásban egy biztos támpont van. Sőt még olyat is mondok, hogyha ez nem feltétlen lelkigondozói kapcsolatban, egy komoly, élő gyülekezet áll az illető mögött, akkor oda vissza tudtuk őket küldeni, és ott az esetek többségében egy jó, segítőkész, szeretetteljes környezet fogadta őket, és gondozás, és ez segítette a betegeket, még a legsúlyosabb betegeket is [...] abban, hogy ne essenek vissza” (7 SVK, 36). Volt, aki arról számolt be, hogy egy hosszas pszichiátriai gondozás zárulhatott le egy borderline betegnél azáltal, hogy nemcsak a lelkésszel, de egy befogadó vallási közösséggel kialakuló kapcsolata stabilizálta.

4.2.4. Negyedik szelektív kód: A pszichoterapeuta értékeli a lelkivezetővel való együttműködés tapasztalatait

A pszichoterapeuták a páciens állapota és a terápiás folyamat szempontjából értékelték a lelkivezetővel való együttműködést vagy teammunkát, említve előrevívó és negatív példákat is. Ezeket rendszerezi a 4. szelektív kód (7. táblázat).

7. táblázat: A II. kódfa 4. szelektív, axiális és nyílt kódjai

4. A pszichoterapeuta értékeli a lelkivezetővel való együttműködés tapasztalatait (szelektív)
4.1. A lelkivezetői kapcsolat hatását értékeli (axiális)
4.1.1. Azonosítja a lelkivezetői kapcsolat néhány negatív hatását a páciensre nézve (nyílt)
4.1.2. Azonosítja a magukat lelkivezetőnek mondó ezoterikus gyógyítók káros hatását a páciensre nézve (nyílt)
4.1.3. Azonosítja a lelkivezetés lélektanilag pozitív hatását (nyílt)
4.1.4. A párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés hatása összeadódott (nyílt)
4.2. A lelkivezetővel való együttműködésben a nehézségeket hangsúlyozza (axiális)
4.2.1. A lelkivezetővel való megbeszélés során nehézséget tapasztalt a titoktartás kapcsán (nyílt)
4.2.2. Zavarónak tartja, ha a pszichoterápia és a lelkivezetés párhuzamosan fut (nyílt)
4.2.3. A lelkivezetők számára nem tisztázottak a saját kompetenciahatáraik (nyílt)
4.2.4. A teammunkában feszültséget keltett a lelkész bevonása (nyílt)
4.3. A lelkivezetővel való együttműködésben a pozitívumokat hangsúlyozza (axiális)
4.3.1. Összhangban dolgoztak (nyílt)
4.3.2. Az együttműködésben gazdagodik a pszichoterapeuta és a lelkivezető szemlélete, egymástól tanulnak (nyílt)
4.3.3. Tapasztalata szerint egyházi oldalról betartják a kompetenciahatárokat (nyílt)
4.3.4. Az intézményes ellátást jól kiegészítette a lelkigondozás (nyílt)
4.3.5. Pszichoterápiás ellátás hiányában az elérhető lelkigondozást mentálhigiénés jelentőségűnek tartja (nyílt)
4.3.6. A jó együttműködés terápiás hatású (nyílt)

4.1. axiális kód: A lelkivezetői kapcsolat hatását értékeli

Azokban a helyzetekben, ahol a páciens a pszichoterápia mellett lelkivezetőhöz is járt, függetlenül attól, hogy a két segítő felvette-e a kapcsolatot, vagy sem, a pszichoterapeuták gyakran megfogalmazták arra vonatkozó benyomásaikat, hogy pszichológiai szempontból mennyire segítette vagy hátráltatta a páciens a lelkivezetés, illetve a két párhuzamos segítőfolyamat.

Bizonyos helyzetekben a pszichoterapeuta azonosította a lelkivezetői kapcsolat negatív hatását a páciensre nézve (4.1.1. nyílt kód). A felhozott esetekben a pszichoterapeuta szerint pszichodinamikailag hat a terápiával ellentétesen az, amit a lelkivezető képvisel, például megerősíti a páciens büntudatát vagy – mint a következő részletben – egy asszony mártírszerepét. *„Én csak konkrét esetet tudok mondani, hogy amikor mondjuk egy többgyerekes családban fölnevelték, úgy ahogy kiröptették az ötödik gyereket is, iskolába ment, és a feleség elkezdett újra dolgozni. Még viszonylag fiatalok, még 40 és 50 közötti a nő, a férfi az 50-es éveinek az elején van, miután lement ez a gyerekszületési projekt. [...] A családban a feleség elkezdett nagyon erősen a munkája felé fordulni, és mint feleség... mint anya is megosztotta a szülői szerepet a férjével erőteljesen, de még ez a része rendben van, de mint feleség teljes mértékig kivonult a házastársa életéből, és hogy úgy érzem, és hogy ezzel majdnem megbomlott az ő házasságuk. És hogy a lelkivezető, akihez rendszeresen eljár az asszony beszélgetni, hogy én úgy éreztem, hogy a feleség szerepére nem világít rá eléggé, és hogy nem küldi vissza a férje mellé feleségnek, hanem egy picit egy ilyen... Hagyja, hogy ez a nő megöregedjen, hagyja, hogy eljártssza a mártír, most éppen sokat dolgozó nő szerepét, és teljesen kivonult mint feleség a férfi életéből. Hogyha ebben lehetett volna együttműködni, akkor én azt gondolom, hogy ez a család nagyon sok krízist megspórolt volna”* (20 CSK 2, 238). Nem tudjuk pontosan, hogy a most idézett esetpéldában hogyan is zajlott valójában a lelkivezetői folyamat. Talán az történt, hogy a lelkivezető nem maradt meg a saját kompetenciaterületénél, s például ezért vált zavaróvá a két folyamat párhuzamossága. Természetesen nemcsak a keretek, hanem a lelkivezetés minősége is befolyásolhatta a negatív kimenetelt, megerősítve a páciens számára nem előnyös érzelmi viszonyulásokat, dinamikát.

Külön kód alatt jelentek meg azok az esetek, ahol a terapeuta megítélése szerint szintén negatívan hatott a páciensre a pszichoterápiával párhuzamosan futó segítőkapcsolat, de ezek csak nevükben utaltak a lelkivezetésre, tartalmukban ezoterikus

megközelítésmódot képviseltek (4.1.2. nyílt kód). A következő példában maga a „lelki erővel dolgozó vezető” került pszichiátriai ellátásba: *„Egy eset jut eszembe, hozzám került pszichotikus tünetekkel egy ilyen lelki erővel dolgozó vezető képző, aki Szerbiából jött át, aki hát ez volt, hogy nem én gyógyítok, hanem az erő gyógyít általam, és az ő mestere is, akitől ő tanulta, arról is olyan csúnya komplexusok és lélektani problémák derültek ki. Aztán órála is, amik tényleg hosszan tartó pszichoterápiás kezelést igényeltek, hogy tehát ez az ezoterikus vonal, ami, mondom, nagyon sokféle formában és variációban keveredve itt ebbe a vákuumba betört, ami, ha úgy tetszik, az egyházaknak és az egészségügynek a bűne, hogy ez a vákuum ennyire megvan, és fennáll mind a mai napig. Ez egy nagyon komoly gondot jelent, és így mondom, sokan nevezik magukat lelkivezetőknek, lelkigondozóknak stb. Nem e szerint a terminológia szerint” (7 SVK 170).*

Ebben a példában maga az interjúalany nevezte ezoterikusnak azt a tevékenységet, amellyel találkozott a praxisában. Ezért is került a kód elnevezésébe a fogalom. Külön kérdés nem vonatkozott hasonló tapasztalatokra, a kutatási kérdés kifejezetten a lelkivezetésre, a lelkivezetőkkel való együttműködésre irányult. Ugyanakkor a fogalomzavar jelensége miatt fontosnak tartottuk azoknak az idézeteknek a kódolását, amelyekben maga az interjúalany vagy a páciense sorolta (tévesen) a lelkivezetés fogalma alá az adott tevékenységet. Így teljesebb kép rajzolódik ki a pszichoterapeuták élményéről a fogalom használatával és végső soron az együttműködéssel kapcsolatosan.

A szó klasszikus értelmében vett lelkivezetés lélektani hatását sok esetben pozitívnak értékelték a megkérdezett pszichoterapeuták (5.1.3. nyílt kód). A pozitív hatás részben azt jelenti, hogy a lelkivezetés támogatta a pszichoterápiát: például a lelkivezető bátorította a páciens, hogy adott konfliktusokat, kapcsolati problémákat vigyen be a terápiába. Másrészt tartalmában, hatásában volt előnyös a páciens kapcsolati működésére, érzelmi egyensúlyára vonatkozóan. A következő példában több pozitív hatást is nevesít a terapeuta: a lelkivezető megerősítette a hozzá forduló lány hitét, ezáltal csökkent a lány szorongása, a heti gyakoriságú találkozások biztonságot jelentettek (ugyanilyen gyakoriságú találkozás a pszichoterapeutával a távolság miatt nem volt megvalósítható), oldotta a túl merev vallási előírásokkal kapcsolatos hiedelmeit, segítette az adekvátabb (nem neurotizáló) bibliaértelmezésekben, facilitálta az apjával való párbeszédet. *„Tehát hogy fontos volt, hogy ez a lány szétfeszült ebben az*

anyai nagyszülők és az apja közötti harcban, és hogy aztán neki lett egy lelki, a református lelkész egy ilyen lelkivezetője, és azt mondta, hogy neki nagyon sokat segít az, hogy ott megerősíti a hitét. Csökken a szorongása, és hogy heti rendszerességgel tudott, mert ugye nem X. városiak voltak, tehát ide két-három hetenként tudtak jönni, hogy összeegyeztetni, ott viszont hetente tudott járni a lelkészhez. És ott erősítette, én azt éreztem, hogy erősítette az ő hitét, kicsit szabadabbá is tette őt, mint ahogy a nagyapa hite volt. Tehát hogy ott a nagyapa így nagyon előírta, hogy hogy kell hinni, meg mi a tisztesség, mi a nem tisztesség, és hogy ez a fiatal református lelkész sokat segített akár a bibliaértelmezésekben, akár a vallásnak a rugalmasságában, és talán elment egyszer, az apával is tudott beszélgetni, mert az apa így abszolút elzárkózik az egész..., hogy beszéljen ott valakivel vagy bármi. És azt gondolom, hogy ott nagyon jó volt, hogy volt egy ilyen heti rendszerességgel valaki, akivel ő megosztotta a gondjait, és tudott beszélgetni. És akkor ott így szépen alakult” (2 I 58). Ebben a példában tehát „maga a lelkivezetés is hordozott indirekt módon olyan lélektani hatásokat (bár nem ezekre törekedett elsősorban), melyek hozzáadódtak a terápiás hatáshoz, eredményhez (4.1.4. nyílt kód)” (Jáki és mtsai 2019a).

Bizonyos esetekben a terapeuta kifejezetten úgy ítélte meg, hogy a párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés hatása összeadódott (4.1.4. nyílt kód). A következő példában egy szorongó páciensnél a pszichoterápiás munka hatásához hozzáadódott erőforrásként a hit megerősödése, ami szintén oldotta a szorongást. *„Igen, szorongó pácienseknél fontos volt, hogy korábban nem tartozott felekezethez, aztán elkezdett járni egy paphoz vagy egy református lelkészhez, és pl. emlékszek egy ilyen újra-újra előjövő szorongásos páciensemre. Egy nagyon fontos dolog volt a számára, amikor elkezdett járni, és ott is kísérték, hozzám is elkezdett járni, de hogy a kettő összeadódott, és csökkentette a szorongását, pont attól, hogy lett egy hite” (2 I 32).*

4.2. axiális kód: A lelkivezetővel való együttműködésben a nehézségeket hangsúlyozza

A pszichoterapeuták megosztották, milyen nehézségeket tapasztaltak a lelkivezetővel való együttműködés során. Az egyik ilyen nehézség a titoktartásra vonatkozott (4.2.1. nyílt kód), ki mit, mennyit mondhat el abból, amit a páciens megosztott vele. *„Egy nagyon szélsőségesen kóros személyiségnél volt, hogy így a lelkivezetője megkeresett minket, hogy úgy gondolja, hogy nagy baj van, és akkor elhívtuk, és beszélünk. De hogy*

ebben pl. egy nagyon kényes dolog lehet a titoktartás kérdése, hogy ki mit mond el. [...] Olyan szempontból jól sült el, hogy sikerült a lelkivezetőt megnyugtatni arról, hogy nem neki kell megoldani ezt a helyzetet, merthogy ez annál súlyosabb pszichológiai baj, és őt ez egy kicsit úgy felmentette. Tudtam a határokat képviselni [...] és akkor megegyeztünk, hogy ezt a részét mi vesszük” (23 JZS 2, 135).

Voltak, akik azt is zavarónak érezték, ha a pszichoterápia és a lelkivezetés párhuzamosan fut (4.2.2. nyílt kód). A terapeuták által megosztott történetek közül a legtöbb esetben valószínűleg határátlépés történhetett (4.2.3. nyílt kód) a lelkivezetésben, hiszen életvezetési kérdésekkel kezdtek foglalkozni, ezért érezték zavarónak a párhuzamosságot a pszichoterapeuta: *„Én konkrétan úgy vettem észre, hogy zavarja a terápiát nagyon, [ha a lelkivezetésben például arról van szó,] hogy akkor mit tudom én, a munkahellyel kapcsolatos problémáival mit kezdjen. És szerintem elég jól lehetne haladni, ha világos és egyértelmű lenne, hogy most akkor ide jár vagy oda jár [...] jó lenne szétválasztani, hogy miről ott és itt miről beszélünk, és neki [a lelkivezetőnek] is megírtam, hogy nagyon jó lenne kereteket tartani...” (10 SV 2, 95).* Arra is volt példa, hogy a páciens keltett dinamikát a két segítőkapsolat között: *„Volt egy olyan páciensem, szintén felnőtt, aki párhuzamosan járt egy lelkivezetőhöz meg hozzám, és ott azért nem vettem fel a kapcsolatot avval a férfival, de szóval ott annak volt több buktatója, annak a helyzetnek, mert az egy fiatal nő volt, és kicsit szerelmes volt ebbe a papba. És mintha a pap ezt táplálta volna, vagy hogy mondjam, szóval bátorította. És azzal nekem voltak fenntartásaim, meg hogy sokszor ez a hölgy, hogy mondjam, így kijátszott egymás ellen minket, vagy én úgy éreztem. Tehát ha én mondtam valamit, és az neki nem volt jó, akkor hivatkozott a papra, hogy de a pap meg ezt mondta, amit nem tudom, hogy igaz-e vagy nem, tehát ilyen takarózásnak, kibúvásnak használta, és akkor én azt próbáltam mondani, hogy ez így nem működik” (14 CSZS 2, 366).* A terapeuta reflektál rá, hogy valójában nem tudja, mit kommunikálhatott a lelkivezető a páciens felé, mindenesetre a páciens ezt úgy közvetítette, hogy a terapeuta intervencióit érvénytelenítse általa.

Osztályos keretek között zajló együttműködés során is előfordult negatív tapasztalat, amikor annak kapcsán keletkeztek feszültségek, hogy a teambe bevonták a lelkészt is (4.2.4. nyílt kód). Az egyik példában a terapeuta inkább a team, s kevésbé a páciensek szempontjából érezte problémásnak az együttműködést. Mintha rivalizáció

alakult volna ki, ami megosztotta a teammunkát. „*Én nem tudtam elboldogulni az egyik kórházlelkésszel, akivel egyébként nekem nem volt semmi bajom, meg tisztelem most is, csak valahogy azt gondolom, hogy ott valahogy nagyon nem beszéltünk egy közös nyelvet, annak ellenére sem, hogy pedig voltak közös tanulmányaink [...] én ott nagyon azt éreztem, hogy én valamit nem értek ebből az egészből, hogy ez miért történik. A mai napig nem értem egyébként. Ilyen emberi gondolataim vannak róla, hogy miről szólt ez a harc köztünk, de hogy ott ezt éreztem, igen, mint hogyha a spiritualitás az jobb és több lenne, mint amit én tudok, és hogy úgyse fogunk sose találkozni. Valahogy nagyon leegyszerűsítve ezt éreztem. Nyilván lehet másképp is. [...] Azt hiszem, hogy órájuk [a páciensekre] talán a legkevésbé hatott rosszul, mert hogy ott viszonylag kevés volt az átfedés, inkább azt mondanám [...]. Nem volt, hogy egyszerre két segítője van valakinek, hanem vagy A., vagy B. [...] Ott inkább a kollégákra hatott rosszul, mert hogy ez egy team volt, akiknek együtt kellett volna működni*” (32 JZS 2, 136).

4.3. axiális kód: A lelkivezetővel való együttműködésben a pozitívumokat hangsúlyozza

A lelkivezetővel való együttműködés pozitív tapasztalatai gyűltek össze ebben az axiális kódban. A jó együttműködés egyik alaptapasztalata, amikor pszichoterapeuta és lelkivezető összhangban dolgoznak (4.3.1. nyílt kód). Kereteit tekintve ez az együttműködés többféle lehetett, ahogy a korábbi kódok bemutatták: párhuzamos munka kapcsolatfelvétel nélkül, kapcsolatfelvétellel, vagy egyéb, például osztályos keretek között zajló együttműködés. Az ezekre vonatkozó példákat az adott együttműködési formánál már bemutattam, a kiegészítő kód az együttműködés minőségének jelölésére szolgált. A későbbiekben, a megbeszélésben elemzem azokat a fő szempontokat, amelyek a pozitív tapasztalatokat fémjelezték.

Az együttműködés pozitívumaként a terapeuták egyes esetekben azt hangsúlyozták, hogy kölcsönösen gazdagodott a szemléletük, tanultak egymástól a lelkivezetővel végzett közös munka során (4.3.2. nyílt kód). Az egyik terapeuta például a jezsuita rendhez tartozó lelkivezetőkkel való rendszeres együttműködés során szerzett pozitív tapasztalatokat. Együtt dolgozták ki azt a munkamódot, amely jól bevált a gyakorlatban (a lelkivezető az istenkapcsolattal foglalkozik, a pszichoterapeuta pedig a többi szinttel): „*A jezsuiták nagyon sokat segítettek nekem ebben így tisztán látni. A*

velük való együttműködésben azt láttam, tehát nagyon sokat tanultam tőlük, az istenkapcsolatot hagynám rájuk, a pszicho az idetartozik, ez így nagyon jó” (10 SV 2, 91).

További pozitív tapasztalatként azt fogalmazták meg az interjúalanyok, hogy az együttműködés során a lelkivezetők betartották a kompetenciahatárokat (4.3.3. nyílt kód), ami segítette a közös munkát. A következő példában a pszichoterapeuta pozitívan értékeli, hogy a pap (lelkivezető) a hozzá forduló asszonynak visszajelezte: az általa behozott házassági konfliktus inkább pszichoterápiás kérdés: *„Egy házassági problémával küszködő nő, akinek nagyon fontos és jó kapcsolatai voltak gyülekezetben meg pappal, és gazdag, intenzív életet élt ott is – tehát kifejezetten segítő része volt az életének –, az jött egyszer szomorúan, hogy ő megpróbált egy kérdést a férjével kapcsolatban megbeszélni az atyával, de az atya azt mondta, hogy ezt szerinte inkább vigye el a pszichológushoz, mert ez inkább oda tartozik. Tehát egy nagyon pontos szétválasztása történt meg a dolgoknak. Lehet róla beszélni ott is, de hogy érdemben egy terápiás folyamatban tud tovább gondolkodni” (8 SVK 28).*

Szintén pozitív hatásúnak értékelték a pszichoterapeuták azt az együttműködési formát, amikor az intézményes ellátást egészítette ki a lelkigondozás (4.3.4. nyílt kód). A következő idézet a „Lipót” valláslelektani osztályának idejéből való: *„Három nagy vallásból tehát a katolikus, református, evangélikus vallásból, hogy egy-egy lelkész dolgozott az osztályunkon. És akinek ilyen irányú igénye volt, tehát egy pszichiátriai osztályon ezt én nagyon szerencsés megoldásnak tartom, hogy ott a Lipóton nekünk olyan szerencsés helyzetünk volt, hogy olyan lelkészekkel találkoztunk, akik annyira rugalmasak voltak, hogy együtt tudtunk működni velük” (7 SVK 38).*

A pozitívan értékelt együttműködési lehetőségek között jelent meg az a sajátos mintázat is, hogy – főként ha valami miatt a kliens számára reálisan nem volt elérhető a pszichoterápiás ellátás – az enyhébb problémákkal küzdő klienst egy lelkigondozóhoz lehetett delegálni (bár ez rendszeren nem lenne lelkigondozói indikáció). Az interjúalany megítélése szerint mindez mentálhigiénés jelentőségű segítségnyújtást jelenthet az adott kliens számára (4.3.5. nyílt kód: *„Pszichoterápiás ellátás hiányában az elérhető lelkigondozást mentálhigiénés jelentőségűnek tartja”). „...attól függ, hogy az illetőnek van-e olyan képzett lelkigondozó, akihez lehet fordulni. [...] De ugyanúgy függ ez a pszichiátriai ellátástól is, mert nagyon sokszor a lelkésznek vagy lelkigondozónak olyan*

feladatot kell megoldania, mert emberség van benne, amit tud, hogy [...] ott a környéken nincs senki, aki pszichoterápiás szemponttal rendelkezik, és ilyen szempontból is tudna segíteni” (7 SVK 75).

Végül a pszichoterapeuták közt voltak, akik az együttműködés pozitívumaként azt emelték ki, hogy a jó együttműködés önmagában terápiás hatású a páciens számára (4.3.4. nyílt kód): *„Nekünk, a segítőknek kell egymással nagyon jó szövetségben lenni, mert az ő életében azok a kapcsolatok romlottak el, ahol a róla gondoskodó embereknek a szövetsége hiányzott. Ez a tapasztalatom” (31 JZS 2, 125).* Eszerint tehát a jó együttműködés, függetlenül a tartalmától, hordozhat olyan indirekt terápiás hatást, melyet a páciens korrektív emocionális élményként élhet meg, azáltal, hogy megtapasztalja a „róla gondoskodó személyek” egységét, összetartását, együttműködését, ennek biztonságát és megtartóerejét.

5. MEGBESZÉLÉS

A spiritualitással kapcsolatos szakmai együttműködés változatos képet mutat mind a pszichoterapeuták egymás közti szakmai kapcsolataiban, mind a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal együtt végzett munkában. A sokszínűség háttérében egyrészt a fokozódó érdeklődés, másrészt az egységes szakmai irányelvek (ismeretének) hiánya is tetten érhető.

A szakmai kapcsolatokat bemutató kódfa első szelektív kódja a képzési tapasztalatokból bontakozott ki, és alapvetően azt jeleníti meg, hogy a terapeutaik képzésében kevésbé jelent meg a spiritualitás témaköre. Mindez nem meglepő: nemzetközi szinten is inkább a hiányról számolnak be a pszichoterapeuták, illetve a képzésre vonatkozó igényről (Crook-Lyon és mtsai 2012, Hofmann és Walach 2011, Elkonin és mtsai 2014). Magyarországon ezt a képet színezi, hogy a rendszerváltás előtt mind a pszichoterápiás szakma, mind az egyházak, a vallás, a spiritualitás a maga teljességében el nem fogadott területnek számított, ami mind a képzésben, mind a szakmai életben tovább nehezítheti a spiritualitás kérdéskörével való foglalkozást, ahogy ezt az interjúalanyok közül többen szóvá is tették. A képzésre vonatkozó igény több szinten megfogalmazódott a megkérdezettek körében: elbizonytalanító, amikor a pszichoterápiás munka során olyan kérdésekkel találják szemben magukat, amelyek túlmutatnak a kompetenciahatárukon. Ilyenkor felmerül a továbbküldés igénye egy olyan kollégához, aki a spiritualitás témakörében otthonosabban mozog, de ehhez is hiányosak az információk (kiket lehetne keresni, mit jelent a „pasztorálpszichológia”, stb.). A szakmai konzultáció igénye szintén felmerül, de azzal is többen elakadnak, kihez is fordulhatnának. A megfogalmazódó igények egybecsengenek azzal, ami a szakirodalomban a spiritualitással kapcsolatos kompetenciák között szerepel. Sok esetben alapkompétenciának számítana a spiritualitással kapcsolatos hatások, elakadások felismerése, ennek kapcsán a más szakemberrel való konzultáció és a továbbküldés is (Vieten és mtsai 2013).

Fontosnak tartom kiemelni, „hogy a hazai szakemberek különösen is hangsúlyozták az igényt a spirituális önismereti képzésre, amelyre aztán ráépülhetnek a konkrét ismeretek. Azok az interjúalanyok, akik képzésük során foglalkoztak a spiritualitással, ezt az önismereti munka részeként tették” (Jáki és mtsai 2019b, 10). A saját spirituális önismereti élményekkel való munka alapját képezheti annak, hogy ne

vakfoltként jelenjen meg a terápiás munkában ez a terület. Lehetővé teszi, hogy ne bizonytalanodjon el a terapeuta, amikor ilyen tematika jelenik meg az üléseken. Többnyire kell egy alapélmény, hogy specifikus kérdések egyáltalán megfogalmazódhassanak. Ez az alap lehet a spirituális önismeret.²⁸ Itt szeretnék utalni a kutatás tágabb kontextusára: megjelentek már azok az eredmények, amelyek azt elemezték, hogy a terápiás üléseken miként jelenik meg a spiritualitás, és hogyan dolgoznak vele a pszichoterapeuták (Tomcsányi és mtsai 2017). Ennek kapcsán a megkérdezett terapeutaik közül sokan kiemelten is reflektáltak a kompetenciadilemmákra. A terapeutaik egy része kompetensnek tartotta magát, mások viszont reflektáltak spirituális kompetenciájuk hatáira. Sokan saját bevallásuk szerint nem igazodnak el a spiritualitás témakörében. Mások számára a spiritualitással való munka etikai dilemmákat vetett fel (Tomcsányi és mtsai 2017). A képzés szempontjából ezeknek az eredményeknek az a jelentőségük, hogy megmutatják: a terapeutaik a praxisukban valóban találkoznak olyan helyzetekkel, ahol kompetenciahatáraikkal szembesülnek. A spiritualitással kapcsolatos kompetenciák fejlesztése céljából sokan képzési, továbbképzési, önképzési lehetőségeket keresnek. Idetartoznak a spiritualitás tárgykörével kapcsolatos olvasmányok, az egyes módszerspecifikus képzések, melyeket azért is választott az adott terapeuta, mert remélte, hogy a spiritualitással való munkát az adott módszer fokozottabban lehetővé teszi. Ismét mások nem a hivatalos képzési programokon, hanem egyéb tanfolyamokon (többet ezek körül maguk az interjúalanyok a New Age körébe soroltak) próbálták a spiritualitással kapcsolatos érdeklődésüket megélni. Volt, aki megfogalmazta, hogy az integráció ebben az esetben is kihívást jelentett a maga számára, és a pácienseinél is ezt látta. Az ezotériával kapcsolatos érdeklődés valószínűleg külön kutatást érdemelne, hiszen számtalan idetartozó irányzat, tanfolyam, spirituális út(keresés) jelent meg mind a pszichoterapeutaik érdeklődési körében, mind a pácienseik történetében.

Tehát a terapeutaik nagyon eltérő háttérrel, ismeretekkel és élményekkel fogadják a pácienseket a spiritualitás tárgykörében

Irányelvként – hogy mit és hogyan lehetne a képzés részévé tenni – viszonyítási pont lehet e dolgozat szerzőjének a kutatási eredmények figyelembevételével kialakított

²⁸A bevezetőben említett hazai, spirituális fókuszú önismereti workshop tapasztalata, melyen a Magyar Pszichodráma Egyesület XI. kongresszusán (2014. november) vehettek részt az érdeklődők jól példázza ezt.

véleménye: a Vieten és munkatársai (2013, 2016) által megfogalmazott alapkompenciák sora, illetve a Bowman (1988) által kidolgozott képzési modell, mely alapvetően szükséges, fontos és hasznos ismereteket, tudásanyagot különböztet meg a spiritualitással kapcsolatosan.²⁹

A szakmai kapcsolatokban szintén változatos képet mutat a vallás, spiritualitás témájának megjelenése. A terapeuták egy része a hiányról számol be, az adott szakmai fórumokon tabunak érzik a téma behozatalát. Ellenállásba ütköznek, illetve konfliktusokat szül maga a témafelvetés is. Mások éppen a túlkapásokról számolnak be, amikor szakmailag inadekvát módon hangsúlyozódik túl a spiritualitás szerepe. Többen gyümölcsözőnek érezték azon szakmai fórumokat, ahol egy-egy esetmegbeszélőn, szupervízióban dolgoznak a spiritualitással, ami segítséget jelentett a páciens jobb megértésében, a terápiás elakadás kezelésében, illetve ezzel párhuzamosan az esethezó spirituális önismereti munkájában. Figyelemre méltónak találom, hogy összességében a spiritualitásról való párbeszéd elsősorban a bizalmi (baráti-szakmai) kapcsolatok szintjén jelenik meg, ahogy ezt sokan kiemelték az interjúalanyok közül. Úgy tűnik, ezek a kapcsolatok elég biztonságosak ahhoz, hogy a terapeuták be tudják vonni saját dilemmáikat, vívódásaikat a spiritualitás témájában. A nyilvános fórumokon, akár szupervíziós csoportokban inkább szorul háttérbe a téma, kivéve ha maga a szupervizor bátorítja a csoportot az ilyen irányú munkára. Mindebben valószínűleg szerepe lehet a „beidegződésnek”, amely egyrészt vallás és pszichoterápia kezdeti szembenállásából forrásozhat, másrészt a hazai specifikumból, amikor „vigyázni kellett”, nehogy saját magát vagy a páciensét veszélybe sodorja az a pszichoterapeuta, aki felvállalta a spiritualitással, vallással kapcsolatos érdeklődést. Ez a „gátlás” éppúgy megjelent az interjúkban, mint a nyitás, a spiritualitás témájával foglalkozó konferencia-előadások, workshopok iránti nagy érdeklődés. A páciensek igénye (melyre ebben a kutatásban a pszichoterapeuták beszámolójából következtethetünk), a pszichoterapeuták kompetenciadilemmái, az együttműködési tapasztalatok sokszínűsége és esetlegessége abba az irányba mutatnak, hogy időszerű lenne foglalkozni a kérdéssel, s az egységes szakmai irányelvek kidolgozása és megismertetése felé haladni.

A lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködés felé vezetnek át a hazai pszichoterapeuták körében is megjelenő olyan esetmegbeszélő és önismereti csoportok,

²⁹Bővebb kifejtése a disszertáció 1.5.3. fejezetében olvasható.

amelyeken a spiritualitással professzionálisan foglalkozó segítők, lelkipásztorok, lelkipásztorok is jelen voltak. Az interjúalanyok közül volt, aki kiemelte, hogy számára leginkább ez alapozta meg a későbbi együttműködést, mert így tudott élményszinten is tapasztalatot szerezni e segítőszakmák mibenlétéről. Mindez egybecseng a szakirodalmi utalásokkal, melyek szorgalmazzák az interdiszciplináris eszmegbeszélő csoportokat a szakmák közti párbeszéd és az adekvátabb kliensellátás, együttműködés érdekében (Utsch 2005).

A lelkipásztorokkal, lelkipásztorokkal való együttműködéssel kapcsolatosan azt emelném ki, hogy a pszichoterapeuták közül többek praxisában „előfordult olyan helyzet, amikor áttételesen (kapcsolatfelvétel nélkül) vagy direkt módon (kapcsolatfelvétellel) együttműködtek lelkipásztorokkal, lelkipásztorokkal. Ennek hátterében az lehet, hogy vallásos emberek körében gyakori a lelkipásztori, lelkipásztori segítség keresése, akár hosszabb távú, éveken át tartó kísérés formájában, különösen a lelkipásztorlás esetében. Emiatt, amikor egy élethelyzeti krízis vagy pszichés tünetképzés lép fel a személynél, lelkipásztori kapcsolata gyakran már eleve adott, így mindenképp kell, hogy valamilyen válasz szülessen a két folyamat párhuzamosságára, illetve az együttműködés kérdésére vonatkozóan” (Jáki és mtsai 2019a, 31). Kutatói teamünk számára fontos és meglepő tapasztalat volt, hogy ilyen gazdag anyag gyűlt össze a szakmák közti együttműködésről. Alapvető benyomásainkat a feltárt munkamódokról a következő idézet szemlélteti:

„Eredményeink arra utalnak, hogy nagyon sokféle válasz, vélemény, gyakorlat volt feltárható az együttműködés módjával kapcsolatban. Ez abból is fakadhat, hogy ez a kérdés eddig nem került szélesebb körben megvitatásra. [...] Az együttműködés lehetséges és szakmailag jó gyakorlatnak számító módjaival kapcsolatos bizonytalanság nagy. A pszichoterapeuták többnyire saját, másokkal nem egyeztetett gyakorlatuk, illetve a más területről adaptált szakmai irányelvek szerint próbálnak a kérdéssel legjobb tudásuk szerint bánni, némileg a sötétben tapogatózva. A feltárt együttműködési tapasztalatokból látható, hogy ez a megközelítésmód vezethet hatékony együttműködési mintázatokhoz is, amikor a pszichoterapeuta intuitíve megtalál egy előrevivő, konstruktív megoldást, de az előzetes beállítódások éppen így félrevezetőek is lehetnek” (Jáki és mtsai 2019a, 32). A továbbiakban összegzem a pozitív és a negatív tapasztalatok néhány közös vonását, háttértényezőjét.

Párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés esetén a pszichoterapeuták a pozitív tapasztalatok sorában legtöbbször a kompetenciahatárok betartására hivatkoztak háttértényezőként. Ez forrásozhatott abból, hogy maga a páciens rendelkezett olyan mentálhigiénés szemlélettel, hogy jól el tudta különíteni, mit vigyen az egyik, mit a másik segítő kapcsolatba. Volt, hogy a terapeuta kezdeményezte az erről való egyeztetést, vagy tanulta el olyan lelkivezetőktől, akikkel kapcsolatba került. A jónak gondolt együttműködésről szóló beszámolókból a kompetenciahatárok, bevitt tartalmak helyének megtalálásában segítő szempontok a következők voltak: a spiritualitáshoz, hitélethez, vallásgyakorláshoz tartozó kérdések képezik a lelkivezetés témáját, míg a pszichoterápia mindennek a pszichológiai szintjével foglalkozik. Ez egybecseng a szakirodalmi megfogalmazásokkal, miszerint lelkivezetést elsősorban nem valamilyen aktuális problémával kapcsolatban kér a személy, hanem abból a célból, hogy hitélete elmélyüljön, istenkapcsolata és imaélete fejlődjön (Jálics 2013). Bár az aktuális életesemények szóba kerülhetnek a lelkivezetésben is, akkor egy sajátos vetületükön van a hangsúly: a spirituális dimenzió szempontjából értelmezik át őket (Tomcsányi és mtsai 2009, May 1982).

A pozitív tapasztalatok a lelkivezetés minőségével is összefüggtek. A terapeuták azt tapasztalták, hogy a páciensre lélektanilag pozitívan hat a lelkivezetői kapcsolat. A két folyamatot egymást támogatónak, kiegészítőnek élték meg. Ez egyrészt abban nyilvánult meg, hogy a lelkivezető támogatta a pszichoterápiát, bátorította a páciens, hogy például adott konfliktusokat, kapcsolati problémákat vigyen be a terápiába, tehát megerősítette a páciens pszichoterápiás motivációját, elköteleződését. Másrészt indirekt módon maga a lelkivezetés is hordozott olyan lélektani hatásokat (bár elsősorban nem ezeket célozta), melyek hozzáadódtak a terápiás hatáshoz, eredményhez. Például a páciens hitének, istenkapcsolatának megerősödése tovább stabilizálta a páciens, oldotta a szorongását. A vallásgyakorlás túl merev formáinak oldása felszabadítóan hatott a páciensre. A vallásgyakorlás, közösséghez kapcsolódás megerősödése szintén erőforrásul szolgált. A pozitív lélektani hatások tehát részben a spiritualitás és vallás mint erőforrás megerősödésével függtek össze, részben pedig a pszichoterápiát támogató viszonyulásmóddal. Mindezeket túl valószínűleg nem specifikus terápiás hatások, maga a kapcsolati tényező is tovább erősítette a lelkivezetés lélektanilag pozitív hatását.

A pszichoterápiával párhuzamosan futó lelkivezetés negatív tapasztalatai jelentős részben szintén a kompetenciahatárokkal függték össze: a kompetenciahatárok átlépésével, be nem tartásával. A pszichoterapeuták esetenként azt tapasztalták, hogy a lelkivezetők számára nem tisztázottak saját kompetenciahatáraik. Voltak interjúalanyok, akik ezt konkrétan megnevezték, és voltak, akik csak arról számoltak be, hogy zavaró, ha párhuzamosan fut a pszichoterápia és a lelkivezetés. Rákérdezés után, egy esetpélda kapcsán lett nyilvánvalóvá, hogy azért volt zavaró a két folyamat együttese, mert a lelkivezető nem tartotta kompetenciahatárait, belement életvezetési kérdések, kapcsolati problémák megbeszélésébe.

A negatív tapasztalatok háttérében szintén tetten érhető tényező a lelkivezető feltételezhető viszonyulása a pszichoterápiához. A terapeuták találkoztak azzal a jelenséggel, amikor a páciens tartott attól, hogy lelkivezetője ellenezné a pszichoterápiát, így nem is merte szóba hozni nála, hogy terápiás segítséget kért. Többen arról is beszámoltak, hogy nyitottak lettek volna a lelkivezetővel való konzultációra, de részéről hiányzott az együttműködési szándék. Valószínűleg a történelmi gyökerekre visszavehető előítéletek, a vallás és a pszichoterápia közti kezdeti ellenállás hatása jelenik meg még mindig bizonyos lelkivezetőknél (Baumgartner 2006, Németh 1993).

Szintén a negatív együttműködési tapasztalatok háttérében ható tényező a lelkivezetés, illetve a lelkivezetői kapcsolat minősége, valamint az elhangzó tartalmak képviselte hatás. Bizonyos esetekben arról van szó, hogy a lelkivezető nem rendelkezik pszichopatológiai ismeretekkel, és előfordulhat, hogy amúgy a hitélet vonatkozásában adekvát visszajelzései egy ponton mégis inadekváttá válnak amiatt, ahogyan pszichodinamikailag a páciensre hatnak. Sokszor egy régóta fennálló lelkivezetői kapcsolatnak kell megbirkóznia azzal, hogy a lelkivezetettnél valamilyen pszichés zavar indul el, ami a lelkivezetés folyamatát is befolyásolja. Az interjúkban látunk erre példákat. A pszichoterápia és a lelkivezetés gyakran konfliktusba is kerül ilyenkor. Természetesen a lelkivezetett pszichopatológiájától függetlenül is lehet egy lelkivezetés inadekvát, ami a szakirodalomból is ismert jelenség: a (nem megfelelő) lelkivezetés lehet negatív hatással a páciens lelki egészségére, érzelmi problémákhoz vezethet, melyekkel a későbbi pszichoterápiába kerül (Richards és Bergin 2005, Cooper-White 2004).

A pszichoterapeuta és a lelkivezető kapcsolattartására vonatkozóan az interjúkban mindkét együttműködési forma megjelent: az is, amikor a két segítő (csak) tud egymásról, és az is, amikor kapcsolatba is lépnek egymással. A pszichoterapeuta a leggyakrabban azért vette fel a kapcsolatot a lelkivezetővel, mert egy ponton összeütközésbe került a két folyamat. Volt, hogy a konfliktus ezáltal oldódott, de arra is volt példa, hogy a pszichoterapeuta inkább átadta a páciens a lelkivezetőnek a páciens védelme érdekében, miután az egyeztetés kudarcot vallott, s nem közeledtek az álláspontok. Az interjúalanyok között volt olyan terapeuta is, aki szinte rutinszerűen kezdeményezte a konzultációt akkor is, ha nem volt különösebb konfliktus a két folyamat között. (Analogiaként a gyógyszerelő orvossal való kapcsolattartást nevezte meg.) A folyamatos és a konfliktus esetén kezdeményezett kapcsolattartási forma egyaránt megjelenik javaslatként a szakirodalomban (Cooper-White 2004), elsősorban az integráció szempontjait kiemelve, annak szolgálatában. Az integráció kérdésére több szinten is reagáltak a pszichoterapeuták, érezve annak kockázatát, ha ez elakad. Munkamódként megjelent a pszichoterápián belüli reflektálás a lelkivezetés eredményeire, akár a folyamat lezárásakor, átadásakor (utóbbi lelkigondozás esetén is), akár folyamatosan, a munka közben. Sajnos az ellenkező tapasztalat is helyet kapott a terapeuták beszámolójában: az, amikor amiatt szakadt meg a terápiás kapcsolat, mert a párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés közti integráció elakadt. A terapeuta saját bevallása szerint nem tudott úgy gondolkodni a spiritualitásról, hogy az összefügg ugyan a lélektani szinttel, mégis külön terület, és pszichológiai szintre kezdte redukálni a megjelenő tartalmakat, s a páciens végül kilépett a terápiából. Itt utalnék vissza LaMothe és munkatársai (1988) gondolatmenetére, akik „a szelektív hangolás sterni elméletét analogiaként használva rámutatnak arra, miként záródhatnak ki a terápiás térből spirituális tartalmak, amennyiben ezekre a terapeuta kevésbé tud ráhangolódni. A spirituális tartalmak viszont természetükből kifolyólag a hívő páciens életének szinte minden területét átszöhetik. Így kizáródásukkal sok más olyan élmény is kizáródhat, ami ezekhez kapcsolódik” (Jáki és mtsai 2019a, 36). Mindez szélsőséges esetben a terápiás kapcsolat felbomlásához is vezethet (LaMothe és mtsai 1988).

„Lelkigondozás és pszichoterápia összefüggésében a legalapvetőbb gyakorlat az egymást váltó lelkigondozás és pszichoterápia, tehát a páciens átadása volt. A pszichoterapeuták megfogalmazásában volt, hogy a terápia »előfázisát« képezte a

lelkigondozás, volt, hogy »utógondozásként« funkcionált. Mindez egybecseng a szakirodalomban általunk megfogalmazottakkal, miszerint a lelkigondozás és pszichoterápia párhuzamosan nem javasolt, inkább a küldés, továbbküldés lehet az együttműködés fóruma (Tomcsányi és mtsai 2008, 2009). Valóban, az interjúkban nem találkoztunk azzal a jelenséggel, hogy párhuzamosan futott volna pszichoterápia és lelkigondozás, csak azzal, hogy egymást váltották a folyamatok, és átadáskor egyeztettek a szakemberek” (Jáki és mtsai 2019a, 34–35).

A párhuzamos pszichoterápián és lelkivezetésen, illetve az egymást váltó lelkigondozáson és pszichoterápián túl az interjúk gazdag betekintést engedtek további együttműködési formákba is, például a közös esetmegbeszélő csoportok munkájába vagy a konzultációkérés eseteibe. Ez utóbbi mindkét irányban megvalósult: volt, hogy a lelkivezető kért egyszeri vagy rendszeres konzultációt pszichoterapeutától, s volt, hogy valamelyik pszichoterapeuta keresett egyszeri vagy rendszeres konzultációs lehetőséget, szupervíziót egy teológiai végzettségű segítőnél, valamilyen spiritualitást érintő terápias elakadást tapasztalva.

E gazdag gyakorlat annak lehetőségét is magában hordozza, hogy ezek az együttműködési formák ismertebbé válhassanak, mind az igény felismerésének szintjén, mind a kooperáció szintjén. Az interjúkban hangsúlyosan megfogalmazódott, hogy szükség lenne az együttműködéssel kapcsolatos irányelvek pontosabb kidolgozására és megismertetésére. A mostani kutatási eredményeket alapul véve, a kirajzolódott együttműködési mintázatokra építve egy következő kutatási fázis szolgálhatná ezeknek az irányelveknek a pontosabb megfogalmazását. Ez mindenképp interdiszciplináris együttműködés keretében, pszichoterapeuták, lelkigondozók, lelkivezetők bevonásával valósulhatna meg. Alkalmos módszer lehetne a fókuszcsoportos kutatás, melynek eredményeit mindhárom szakma felé fontos lenne bemutatni, az általuk leginkább használt fórumokon, műhelyeken, konferenciákon, folyóiratokban. Mindez serkenthetné a szakmák közt kibontakozó párbeszédet, a páciensek szükséglete szerinti együttműködést, és közös szakmai műhelyek megvalósulását is megalapozhatná. Ilyen szakmai műhelyként működhetnek az interdiszciplináris esetmegbeszélő csoportok vagy a célzott tematikus szupervíziós alkalmak, melyekre a hazai szakmai életben nem találtunk példát, szemben a külföldi szakirodalom által tükrözött pezsgő érdeklődéssel

és lehetőségekkel (Bartoli 2007, Polanski 2003, Aten és Hernandez 2004, Bienenfeld és Yager 2007).

Távolabbi kutatási irányok is épülhetnek a mostani eredményekre: a kliensek/páciensek megkérdezése, szükségleteik megismerése, tapasztalataik megértése szintén fontos kérdés, különösen is az együttműködés (lelkivezetés, lelkigondozás, pszichoterápia) vonatkozásában, mely nemzetközi szinten is kevésbé kutatott terület.

Specifikus kérdés lehet a hatás- és hatékonyságvizsgálatok köre, mely a jóllét és az általános funkcionálás változásán túl érinthetné a spirituális jóllét változásának témáját is. A spiritualitás változására vonatkozó kutatási kérdés érdekes lehet mind a pszichoterápiára, mind a lelkigondozásra vonatkozóan, és azokban a pszichoterápiás esetekben is, melyek során párhuzamosan lelkivezetésben is részesül az adott páciens. A gyerekcipőben járó gyakorlat azonban valószínűleg még nem tart itt, hosszú idő alatt gyűlhetne össze olyan mennyiségű tapasztalat, mely lehetővé tenné a kvantitatív elemzést.

Most ismertetett kutatásunk első, feltáró jellegű munkaként ezekhez a közelebbi és távolabbi kutatási irányokhoz adhat kiindulási alapot a hazai gyakorlat feltárásán, megismertetésén keresztül, a pszichoterapeuták praxisában összegyűlt tapasztalatokra építve.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatási eredményekből következtethetünk arra, hogy a szakmák együttműködésében az elméleti tájékozottság mellett döntő szerepe van a tapasztalati tudásnak.

Azok a pszichoterapeuták, akiknek a praxisában – függetlenül attól, hogy hívőnek, vallásgyakorlónak mondják-e magukat – gyakori az egyházi küldőkkel, lelkivezetőkkel és lelkigondozókkal való kapcsolat, az interjúban többnyire adekvát módon használták ezeket a fogalmakat. Megélésük, pácienseik visszajelzése és pszichoterápiás önreflexióik szerint előrevívően működtek együtt lelkivezetőkkel és lelkigondozókkal, akár anélkül is, hogy maguk számára explicit módon megfogalmazták volna, mit is értenek e megnevezéseken. Szintén az interjúkból derül ki, hogy azok a vallásos pszichoterapeuták, akik a saját vallási hagyományuk terminológiájában mozogtak otthonosan, csak az adott – református terapeutáknál ez többnyire a lelkigondozás volt – kapcsolatban tudtak gondolkodni, a fogalmak tisztázása után sem tudták befogadni, elkülöníteni a lelkivezetés mibenlétét. „A jelenség jól leírható Polányi Mihály hallgatólagostudás-elméletével (Polányi 1992). Polányi szembeszáll a pozitivista ismeretelmélettel, azt hangsúlyozza, hogy a megértés összetettebb jelenség, mint a konkrét információk tudása és összegzése, mindig van benne egy hallgatólagos dimenzió. Ezért van az, hogy amikor azonosítunk dolgokat, nem mindig vagyunk tudatában azoknak a jeleknek, melyekre azonosítás közben támaszkodunk. Bizonyos tudományoknál emiatt szükséges a gyakorlat, nem elegendő a tankönyvi tudás a megértéshez (Nagy 1992). Az általunk kutatott együttműködési mintázatokban konkrétan tetten érhető volt ez a jelenség: az észlelést, megértést és cselekvést vélhetőleg leginkább ez a hallgatólagos dimenzió irányította, vezette vagy épp félrevezette. Ez a hallgatólagos tudás erőteljesen befolyásolta a kompetenciakörök leképezését, mely aztán leginkább kihatással lett az együttműködésre, annak pozitív vagy épp negatív tapasztalataira. Bizonyos esetekben a hallgatólagos tudásra ráépült az explicit megfogalmazása is az együttműködési irányelveknek, de ez ritka jelenség volt az interjúalanyok körében, inkább azoknál jelentkezett, akik speciálisan érdeklődtek a téma iránt” (Jáki és mtsai 2019a, 32–33).

Hasonló következtetést vonhatunk le a pszichoterapeuták képzés iránti igényére vonatkozóan: erőteljesen hangsúlyozódott az interjúalanyok körében, hogy szükséges a

spiritualitásra vonatkozó saját élmény, amely megalapozhatja a rá épülő – többnyire hiányosnak megélt – explicit tudást.

Az elmélet és gyakorlat közt feszülő igények húzó ereje a szakmai fórumokon is érvényesül. Míg az érdeklődés egyre többeket vonz konferenciák, workshopok irányába, a saját gyakorlatra vonatkozó kérdések gyakran a bizalmi-munkatársi kapcsolatok szintjére szorúlnak.

Az együttműködés irányelveivel kapcsolatos ismeretek hiánya mind a pszichoterapeutákra, mind a páciensekre pluszterhet ró. A pszichoterapeuták iránytű nélkül, maguk küzdenek a kérdéskörrel, a páciensek pedig ki vannak szolgáltatva annak, hogy terapeutájuk milyen megoldást talál, illetve tart helyénvalónak. Gyakori például az az attitűd, hogy párhuzamos pszichoterápia és lelkiezés esetén a páciensre bízzák mind a keretek kezelését, mind a tartalmak integrációját, ami túlterhelő lehet a páciens számára, adott pillanatban meghaladhatja teherbírását, mentalizációs kapacitását. A keretekért való felelősségvállalás alapvetően nem a páciens feladata.

A spiritualitással kapcsolatos együttműködés kérdése, igénye jelen van mind a pszichoterápiás szakmán belül, mind a lelkiezőkkel, lelkigondozókkal való kooperációban, s a páciensek igénye, az ilyen irányú megkeresések is megerősítik.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

Doktori munkámban Magyarországon legalább 10 éve praktizáló pszichoterapeuták körében végeztem kvalitatív kutatást a spiritualitással kapcsolatos szakmai együttműködések témájában, mind a pszichoterápiás szakmán belüli, mind a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködésre vonatkozóan. 33 félig strukturált mélyinterjút elemeztem Grounded Theory módszertannal. Az eredmények azt mutatják, hogy a pszichoterapeuták képzésükben vagy egyáltalán nem, vagy csak a sajátélményű képzésben találkoztak a spiritualitás kérdéskörével. Mindez kompetenciadilemmákhoz vezet praxisukban. Bár a szakmai fórumokon – konferenciákon, publikációkban – hozzáférhető kiegészítő tudásanyag, hiányolják a sajátélményű képzés fokozottabb jelenlétét, valamint az ismeretek pszichoterápiás praxisban való alkalmazását segítő esetmegbeszélőket, szupervíziókat.

A lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való szakmai együttműködés bár jelen van a pszichoterápiás praxisban, az együttműködés módjára vonatkozó irányelvek hiányoznak vagy ismeretlenek. Az eredményeket bemutató kódfa hiányzó együttműködés esetén az elutasítás háttérben azonosítható szakmai szempontokat és helyzeteket rendszerezi, megvalósuló együttműködés esetén leírja a feltárt együttműködési formákat, valamint a pozitív és a negatív tapasztalatok háttértényezőit. Lelkivezetés és pszichoterápia vonatkozásában az egyik legjellemzőbb együttműködési keret, amikor a két szakember párhuzamosan dolgozik egy pácienssel, egymással kapcsolatot fel nem véve. Hasonlóan jelentős a párhuzamos munka kapcsolatfelvétellel, konzultációval. A lelkigondozás típusosan vagy előfázisát képezi a pszichoterápiának, vagy utógondozásként funkcionál. További fontos együttműködési fórumokként szerepelnek a közös esetmegbeszélő és szupervíziós csoportok, a konzultáció vagy szupervízió kérés esetei, és az osztályos együttműködési keret.

Jáki Zs, Tomcsányi T, Ittész A. (2016) Spiritualitás, vallás és pszichoterapeuta-képzés: mit, miért, hogyan? *Pszichoterápia*, 25 (4): 291–300.

Jáki Zs, Ittész A, Kiri EA, Sallay V, Kővári M, Tomcsányi T. (2019a) Hungarian psychotherapists' experiences of the cooperation with spiritual directors and pastoral counselors. A qualitative study. *European Journal of Mental Health*, 14 (1): 78–108.

Jáki Zs, Tomcsányi T, Kiri EA, Sallay V, Ittész A. (2019b) A spiritualitás megjelenése a pszichoterapeuták közötti szakmai kapcsolatokban. Egy hazai kvalitatív kutatás eredményei. *Pszichoterápia*, 28 (2): 106–116.

8. SUMMARY

In my thesis I introduce a qualitative research conducted among Hungarian psychotherapists practicing at least for 10 years, in the theme of professional relations concerning spirituality, both within the psychotherapeutic praxis and in the cooperation with spiritual directors and pastoral counselors. I analyzed 33 semi structured in depth interviews with the method of Grounded Theory. Results show that the theme of spirituality had not come up in the training of psychotherapists at all, or it only came up in mandatory personal therapy. This leads to dilemmas of competency in their praxis. Although at professional forums – at conferences, in publications – accessory material is available, psychotherapists miss the increased presence of mandatory personal therapy, and the case-discussion and supervision groups helping them to apply the knowledge in psychotherapeutic praxis.

Although cooperation with spiritual directors and pastoral counselors is present in psychotherapeutic praxis, the guidelines of collaboration are missing/unknown. The code tree presenting the outcomes, in the case of missing cooperation systematizes the professional arguments and situations unfolded in the background, while in the case of implemented cooperation describes the revealed patterns, and the positive and negative background factors of the experiences. In respect of spiritual direction and psychotherapy one of the most typical frames of cooperation is when the two professionals work parallel with a patient, without contacting each other. The setting is similarly significant, when they work parallel with contact, consultation. Pastoral counselling serves typically either as a pre-phase of psychotherapy, or functions as an aftercare. Other important collaborative forums include joint case discussion and supervision groups, unique requests of consultation or supervision, and teamwork in institutional framework.

Jáki Zs, Tomcsányi T, Ittész A. Spiritualitás, vallás és pszichoterapeuta képzés: mit, miért, hogyan? [Spirituality, religion and psychotherapeutic training: what, why, how?] *Pszichoterápia*, 2016: 25 (4), 291-300.

Jáki Zs, Ittész A, Kiri EA, Sallay V, Kővári M, Tomcsányi T. (2019a) Hungarian Psychotherapists' Experiences of the Cooperation with Spiritual Directors and Pastoral Counselors. A Qualitative Study. *European Journal of Mental Health*, 14(1), 78-108.

Jáki, Zs, Tomcsányi T, Kiri EA, Sallay V, Ittész A. (2019b) A spiritualitás megjelenése a pszichoterapeuták közötti szakmai kapcsolatokban – egy hazai kvalitatív kutatás eredményei. [The appearance of spirituality in the professional relations of psychotherapists – outcomes of a Hungarian qualitative study] *Pszichoterápia*, 28(2): 106-116.

9. IRODALOMJEGYZÉK

- Aleksandrowicz JW. (2009) The history of polish psychotherapy during the socialist dictatorship. *European Journal of Mental Health*, 4 (1): 57–66.
- Aletti, M. (2005). Religion as an illusion: Prospects for and problems with a psychoanalytical model. *Archive for the Psychology of Religion*, 27(1): 1-18.
- Allport GW. *The individual and his religion. A psychological interpretation.* Macmillan, New York, 1950.
- Aten JD, Hernandez BC. (2004) Addressing religion in clinical supervision. A model. *Psychotherapy. Theory, Research, Practice, Training*, 41 (2): 152–160.
- Bagdy E. (1996) A transzperszonális pszichológia szellemi horizontja. *Pszichoterápia*, 5 (2): 79–86.
- Barry WA, SJ, Conolly WJ, SJ. *A lelkipásztorság gyakorlata.* Jezsuita Kiadó, Budapest, 2015.
- Bartoli E. (2007) Religious and spiritual issues in psychotherapy practice. Training the trainer. *Psychotherapy. Theory, Research, Practice, Training*, 44 (1): 54–65.
- Baumgartner I. *Pasztorálpszichológia. Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány – HÍD Alapítvány – Semmelweis Egyetem, Budapest, 2006.*
- Benes KM, Walsh JM, McMinn MR, Dominguez AW, Aikins DC. (2000) Psychology and the church. An exemplar of psychologist–clergy collaboration. *Professional Psychology. Research and Practice*, 31 (5): 515.
- Benner DG. *Psychotherapy and the spiritual quest.* Baker, Grand Rapids, MI, 1988.
- Benner DG. Intensive soul care. Integrating psychotherapy and spiritual direction. In: Sperry L, Shafranske EP (eds), *Spiritually oriented psychotherapy.* American Psychological Association, Washington, D.C., 2005: 287–306.
- Bienenfeld D, Yager J. (2007) Issues of spirituality and religion in psychotherapy supervision. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44 (3): 178–186.
- Blair LJ. (2015) The influence of therapists’ spirituality on their practice. A Grounded Theory exploration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15 (3): 161–170. DOI: 10.1002/capr.12015.

- Blanckenstein Miklós, Kamarás István, Korzenszky Richárd, Szél János Tomcsányi Teodóra: A vallási élet humanizálása. In: Humán reform. (szerk.) Levendel László-Zelnik József, Közművelődési Információs Vállalat, Budapest, 1989:73-77.
- Bowman ES. Integrating religion into the education of mental health professionals. In: Koenig HG. (ed.), Handbook of religion and mental health. Academic Press, San Diego, Elsevier, 1988.
- Bögre Zs. Vallásosság és identitás. Élettörténetek a diktatúrában. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs, 2004.
- Brown O, Elkonin D, Naicker S. (2013) The use of religion and spirituality in psychotherapy. Enablers and barriers. Journal of Religion and Health, 52 (4): 1131–1146. DOI: 10.1007/s10943-011-9551-z.
- Bucher A. A spiritualitás pszichológiája. Oriold és Társai, Budapest, 2018.
- Buda B, Tomcsányi T, Harmatta J, Csáky-Pallavicini R, Paneth G. (2009) Psychotherapy in Hungary during the socialist era and the socialist dictatorship. European Journal of Mental Health, 4 (1): 67–99.
- Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis. Sage, London, 2006.
- Charmaz K. Grounded Theory. In: Smith JA. (ed.), Qualitative psychology. A practical guide to research methods. Sage, London, 2008.
- Conroy M. RSM. The discerning heart. Discovering a personal God. Loyola Press, Chicago, 1993.
- Corbin J, Strauss A. A kvalitatív kutatás alapjai. A Grounded Theory elemzési módszer technikája és eljárásai. L'Harmattan – Semmelweis Egyetem EKK MHI – Sage, Budapest, 2015.
- Corveleyn J. (2000) In defense of benevolent neutrality. Against a 'spiritual strategy'. Journal of Individual Psychology, 56 (3): 343–352.
- Crook-Lyon RE, O'Grady KA, Smith TB, Jensen DR, Golightly T, Potkar KA. (2012) Addressing religious and spiritual diversity in graduate training and multicultural education for professional psychologists. Psychology of Religion and Spirituality, 4 (3): 169–181.

- Cooper-White P. *Shared Wisdom. Use of the self in pastoral care and counseling.* Fortress Press, Minneapolis, 2004.
- Cooper-White P. *Many voices. Pastoral psychotherapy in relational and theological perspective.* Fortress Press, Minneapolis, 2007.
- Crossley JP, Salter DP. (2005) A question of finding harmony. A Grounded Theory study of clinical psychologists' experience of addressing spiritual beliefs in therapy. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 78 (3): 295–313. DOI: 10.1348/147608305X26783.
- Csáky-Pallavicini R, Asztalos B, Földvári M, Csáky-Pallavicini Zs, Ittész A, Tomcsányi T. (2005) Die gesellschaftliche und religiöse Entwicklung in Ungarn seit 1945 im Spiegel der seelischen Gesundheit der Bevölkerung. *International Journal of Practical Theology*, 9 (2): 217–235.
- Csáky-Pallavicini R, Ittész A, Harmatta J, Egri L, Szabó T, Tomcsányi, T. (2008) Mentálhigiénés szemléletű emberszolgálat. A lelkigondozás mint segítő hivatás. *Pszichoterápia*, 17 (2): 90–99.
- Daróczy E, Kovács K. (2004) Halálózási viszonyok az ezredfordulón. Társadalmi és földrajzi választóvonalak. A Központi Statisztikai Hivatal Népeességtudományi Kutatóintézetének kutatási jelentései 77. <http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/viewFile/402/153>
- Debrecenyi KI, Nemes Ö, Szarka M. (2004) Lelkigondozás – lelkievezetés. *Embertárs*, 2 (2): 152–155.
- D'Souza R. (2002) Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry*, 10 (1): 44–47.
- Elkins DN. (2005) A humanistic approach to spirituality oriented psychotherapy. In: Sperry L, Shafranske E. (eds.), *Spiritually oriented psychotherapy.* APA, Washington, D.C., 2005: 131–151.
- Elkonin D, Brown O, Naicker S. (2014) Religion, spirituality, and therapy. Implications for training. *Journal of Religion and Health*, 53 (1): 119–134.
- Ellis A. *The case against religiosity.* Institute for Rational Emotive Therapy, New York, 1983.
- Emmons RA. *The psychology of ultimate concern.* Guilford, New York, 2003.

- Ennis J. The definition of psychotherapy. In: Cameron PM, Ennis J, Deadman J. (eds.), Standards and guidelines for the psychotherapies. University of Toronto Press, 1998.
- Faber H, Schoot E. A lelkipálosok beszélgetés lélektana. Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány – Semmelweis Egyetem, Budapest, 2002, 21–89.
- Fila Béla – Jug László: Az egyházi tanítóhivatal megnyilatkozásai, Örökmécs Alapítvány, Kisterenye–Budapest, 1997.
- Frame MW. (2001) The spiritual genogram in training and supervision. *The Family Journal*, 9 (2): 109–115.
- Frankl VE. A tudattalan Isten – Pszichoterápia és vallás. Ursus Libris, Budapest, 2018.
- Freud S, Pfister O. Psychoanalysis and faith. The letters of Sigmund Freud és Oskar Pfister. Basic Books, New York, 1963.
- Freud S. Rossz közérzet a kultúrában, Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1992.
- Freud S. Egy illúzió jövője. In: Freud S. Válogatás az életműből. Európa Könyvkiadó, Budapest, 2003.
- Friese S. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. Sage, London, 2014.
- Harmatta J. (2006a) A Pszichoterápiás Hétvégek (1974–1986) története és hatása, 1. rész. *Pszichoterápia*, 15 (1): 6–18.
- Harmatta J. (2006b) A Pszichoterápiás Hétvégek (1974–1986) története és hatása, 2. rész. *Pszichoterápia*, 15 (2): 86–95.
- Hefti R. (2011) Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry, and psychotherapy. *Religions*, 2 (4): 611–627.
- Helminiak DA. (2001) Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and Values*, 45 (3): 163–189.
- Henwood K, Pidgeon N. Grounded Theory in psychological research. In: Camic PM, Rhodes JE, Yardley L. (eds.), *Qualitative research in psychology. Expanding perspectives in methodology and design*. APA, Washington, D.C., 2003: 131–156.
- Hofmann L, Walach H. (2011) Spirituality and religiosity in psychotherapy. A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21 (2): 179–192.
- Horváth-Szabó K, Harmatta J, Tomcsányi T. (2009) Teisztikus és humanisztikus spiritualitás. *Pszichoterápia*, 18 (3): 173–179.

- Horváth-Szabó K. (szerk.), Valláspszichológiai tanulmányok. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003.
- Horváth-Szabó K. (szerk.), Vallás és emberi magatartás. PPKE-BTK, Piliscsaba, 2007.
- Hundt U. (2003) Psychotherapie und Spiritualität. *Journal für Psychologie*, 11 (4): 368–386.
- Hundt U. Spirituelle Wirkprinzipien in der Psychotherapie. LIT Verlag, Berlin 2007.
- Hutsebaut D. (1996) Post-critical belief a new approach to the religious attitude problem, 1. *Journal of Empirical Theology*, 9 (2): 48–66.
- Jálics F. Lelkivezetés az evangéliumban. Jézus Társasága Magyarországi Rendtartománya – L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2013.
- Jelenits I, Tomcsányi T. (szerk.), Tanulmányok a vallás és lélektan határterületeiről. Római Katolikus Szeretetszolgálat Ifjúság- és Családsegítő Csoportja, Szeged-Csanádi Püspökség, Szeged, 1988.
- Jung CG. Gondolatok a vallásról és a kereszténységről. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1994.
- Jung CG. Emlékek, álmok, gondolatok. Európa, Budapest, 1997.
- Kirkpatrick LA. (1992) An attachment-theory approach psychology of religion. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2 (1): 3–28.
- Knox S, Catlin L, Casper M, Schlosser LZ. (2005) Addressing religion and spirituality in psychotherapy. Clients' perspectives, 1. *Psychotherapy Research*, 15 (3): 287–303.
- Koenig HG. (szerk.), Handbook of religion and mental health. Academic Press, San Diego, Elsevier, 1998.
- Kopp M, Skrabski Á. Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó, Budapest, 1995.
- Kopp M (szerk): Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
- Kopp M, Skrabski Á, Székely A. (2004) Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5 (2): 103–125.
- Kopp M. (2007) A magyar népesség életkilátásai. *Magyar Tudomány*, 9: 1149–1153.
- Kopp M, Skrabski Á (2009): Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok*, 19 (86): 32-52.
- Kotila H. A lelkivezetés kézikönyve. Luther Kiadó, Budapest, 2019.

- Kovács L. (2017) Loyolai Ignác és a reformátorok. Jel-Kép, 2. KLSZ. http://communicatio.hu/jelkep/2017/2klsz/JelKep_2017_2KLSZ_Kovacs_Lajos.pdf.
- Kővári M. (2016) Trends in counseling, pastoral care, pastoral counseling. *Studia Aloisiana*, 7 (4): 17–32.
- Kulcsár Zs. (szerk.), *A spiritualitás mint a személyiség hatodik dimenziója*. Trefort, Budapest, 2007.
- LaMothe R, Arnold J, Crane J. (1998) The penumbra of religious discourse. *Psychoanalytic Psychology*, 15 (1): 63–73.
- Magaldi-Dopman D, Park-Taylor J, Ponterotto JG. (2011) Psychotherapists' spiritual, religious, atheist or agnostic identity and their practice of psychotherapy. A Grounded Theory study. *Psychotherapy Research*, 21 (3): 286–303. DOI: 10.1080/10503307.2011.565488.
- Martos T, Kézdy A. Vallásosság, lelki egészség, boldogság. In: Horváth-Szabó K. (szerk.), *Vallásosság és személyiség*. PPK BTK, Piliscsaba, 2008: 51–83.
- Maslow AH. *Religions, values, and peak experiences*. Ohio University Press, Columbus, OH, 1964.
- May GG. MD. *Care of mind, care of spirit. Psychiatric dimensions of spiritual direction*. Harper and Row Publishers, San Francisco, 1982.
- Merton T. *Lelkivezetés és elmélkedés*, Prugg Verlag, Eisenstadt, 1974.
- Morrison JQ, Clutter SM, Pritchett EM, Demmitt A. (2009) Perceptions of clients and counseling professionals regarding spirituality in counseling. *Counseling and Values*, 3: 183–194.
- Motl J, Vaněčková A, Müller M, Studenovský D. (2015) History of psychotherapy in the Czech lands. *European Journal of Mental Health*, 10 (1): 79–93.
- Nagy, E. (szerk.) *Polányi Mihály filozófiai írásai, I.* : Atlantisz, Budapest, 1992.
- Nemes Ö. SJ. *A lelkipastoráció gyakorlata. Jegyzet*. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet Lelkigondozó Szakirányú Továbbképzési Szak, Budapest, 2007.
- Németh D. *Isten munkája és az ember lehetőségei a lelkipastorációban*. Kálvin Kiadó, Budapest, 1993.
- Németh D. *Pasztorálatropológia*. Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2012.

- Nielsen SL, Johnson WB, Ellis A. Counseling and psychotherapy with religious persons. A rational emotive behavior therapy approach. Routledge, Abingdon, 2001.
- Nussbaum AM. A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve, Oriold és Társai, Budapest, 2013.
- Oman D. Defining religion and spirituality. In: Paloutzian RF, Park CL. Handbook of the psychology of religion and spirituality. Guilford Press, New York, 2013: 23–47.
- Paloutzian RF, Park CL. (eds.). Handbook of the psychology of religion and spirituality. Guilford Press, New York, 2013.
- Paneth G. (1969) A mentális hygiéné (lelki egészségvédelem) szervezésének néhány kérdéséről. Ideggyógyászati Szemle, 22 (8): 345–350.
- Paneth G. (1972) A mental-hygiéniai gyakorlat néhány újabb tapasztalatáról. Ideggyógyászati Szemle, 25 (4): 161–172.
- Pargament KI. (1999) The psychology of religion and spirituality? Yes and No. Intern. J. Psychol. of Religion, 9: 3–16.
- Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy. Understanding and addressing the sacred. Guilford Press, New York, 2011.
- Park CL, Slattery JM. Religion, spirituality and mental health. In: Paloutzian RF, Park CL. Handbook of the psychology of religion and spirituality. Guilford Press, New York–London, 2013: 540–560.
- Piedmont RL, Wilkins TA. The role of personality in understanding religious and spiritual constructs. In: Paloutzian RF, Park CL. (eds.), Handbook of psychology of religion and spirituality. Guilford Press, New York, 2013: 292–312.
- Piedmont RL. (1999) Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. Journal of Personality, 67 (6): 985–1013.
- Pintér G. A humanisztikus pszichológián alapuló pszichoterápiás irányzatok. In: Szőnyi G. (szerk.), A pszichoterápia tankönyve. Medicina, Budapest, 2015: 309–330.
- Polanski PJ. (2003) Spirituality in supervision. Counseling and Values, 47 (2): 131–141.
- Polányi Mihály filozófiai írásai, II. Atlantisz, Budapest, 1992.

- Ponterotto J. G. (2005) Qualitative research in counseling psychology. A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2): 126–136.
- Popper P. (szerk.), *A csoportpszichoterápia elméleti és gyakorlati kérdései*, Pszichológiai Műhely 3., Akadémiai Kiadó, Budapest, 1984.
- Rác J. *Kvalitatív droggutatók*. L'Harmattan, Budapest, 2006.
- Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. APA, Washington, D.C., 2005.
- Rogers CR. *A way of being*. Houghton Mifflin Harcourt, Boston, 1980.
- Rose EM, Westefeld JS, Ansley TN. (2008) Spiritual issues in counseling. Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (1): 61–71.
- Saadah MG, North K, Hansen KL, Steele P, Peteet JR. (2018) Spiritual direction and psychotherapy. *Spirituality in Clinical Practice*, 5 (4): 273–282.
- Sallay V. *Környezeti-érzelmi önszabályozási folyamatok a családi otthon terében*. Doktori (PhD-)disszertáció. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest, 2014.
- Sántha K. (2011) A Grounded Theory, az ATLAS.ti és az abdukció kapcsolata a kvalitatív kutatómódszertanban. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 12 (1): 59–75.
- Schwartz-Shea P. Judging quality. Evaluative criteria and epistemic communities. In: Schwartz-Shea P, Yanow D. (eds.), *Interpretation and method. Empirical research methods and the interpretive turn*. M. E. Sharpe, London, 2006: 89–114.
- Shafranske EP. (2009) Spiritually oriented psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (2): 147–157.
- Shimazono, S. (1999). “New Age Movement” or “New Spirituality Movements and Culture”? *Social Compass*, 46 (2): 121–133.
- Sperry L, Shafranske EP. *Spiritually oriented psychotherapy*. APA, Washington, D.C., 2005.
- Stenger H. (2003) A (lelki)pásztori kompetencia három jellemzője. *Embertárs*, 1 (1): 20–25.
- Strotzka H. *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Verlag Urban & Schwarzenberg. München, Berlin, Wien, 2. 1978.

- Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.), Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013.
- Szabó G, Susánszky É, Szántó Zs: Magyarország közérzete – 25 év a lelkiállapot tükrében. Kézirat.
- Székely I., CSJ. Pszichoterápia és vallás – újraközeledés. Animula, Budapest, 2006.
- Szőnyi G. (szerk.), A pszichoterápia tankönyve. Medicina, Budapest, 2015.
- Tan SY. Religion in clinical practice. Implicit and explicit integration. In: Shafranske EP. (ed.), Religion and the clinical practice of psychology. APA, Washington D.C., 1996: 365–387.
- Tésenyi T. A kórházi lelkigondozás útkeresése Magyarországon. Doktori disszertáció. ELTE Társadalomtudományi Kar Szociológia Doktori Iskola Szociálpolitika Doktori Program, Budapest, 2018.
- Todd Z. (ed.) Mixing methods in psychology. The integration of qualitative and quantitative methods in theory and practice. Psychology Press, 2004.
- Tomcsányi T, Csáky-Pallavicini R, Harmatta J, Pilinszki A, Török G. (2008) Lelkigondozás és pszichoterápia. *Pszichoterápia*, 17 (3): 170–177.
- Tomcsányi T, Kővári M, Horváth-Szabó K. (2009) A lelkivezetés. A pszichoterápián és a lelkigondozáson túl. *Pszichoterápia*, 18 (2): 20–26.
- Tomcsányi T, Ittész A, Horváth-Szabó K, Martos T, Szabó T. (2010) A spiritualitás és a vallásosság kutatásának kulcskérdései és a Piedmont-féle Spiritualitási és Vallási Érzület Mérés-skála. *Psychiatria Hungarica*, 25 (2): 110–120.
- Tomcsányi T, Martos T, Ittész A, Horváth-Szabó K, Szabó T, Nagy J. (2011) A Spirituális Transzcendencia Skála hazai alkalmazása. Elmélet, pszichometriai jellemzők, kutatási eredmények és rövidített változat. *Pszichológia*, 31 (2): 165–192.
- Tomcsányi T, Martos T, Ittész A, Horváth-Szabó K, Szabó T, Nagy J. (2013) Spiritual transcendence and mental health of psychotherapists and religious professionals in a Hungarian adult sample. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23 (2): 161–170.
- Tomka M. A vallás változása Magyarországon. In: Lovik S, Horváth P. (szerk.), Hívők, egyházak ma Magyarországon. MTA Filozófiai Kutatóintézet, Budapest, 1990: 262–318.

- Tomka M. Egyház a társadalomban. Jegyzetek a keresztény társadalmi tanításhoz. Pázmány Társadalomtudomány 8. Loisir, Budapest–Piliscsaba, 2007.
- Tomka M. Vallási helyzetkép – 2009. In: Rosta G, Tomka M. (szerk.), Mit értékelnek a magyarok? OCIFE Magyarország – JTMR Faludi Ferenc Akadémia, Budapest, 2010: 401–425.
- Tornyosy M. Transzperszonális pszichológiai megközelítések. In: Szőnyi G. (szerk), A pszichoterápia tankönyve. Medicina, Budapest, 2015: 323–331.
- Török GP. A lelkipásztor szakirányú továbbképzés curriculumjának kidolgozása, eredményességvizsgálata és fejlesztése. Doktori (PhD-)értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2013.
- Török P. Hungarian church-state relationships. A socio-historical analysis. Hungarian Institute for Sociologie of Religion, Budapest, 2003.
- Tudose C, Tudose F. (2012) The history of psychotherapy in Rumania during the socialist dictatorship of Nicolae Ceauescu. *European Journal of Mental Health*, 7 (1): 221–235.
- Utsch M. Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität. Kohlhammer, Stuttgart, 2005.
- Vergote A. Valláslélektan. Semmelweis Egyetem (TF) Mentálhigiéné Tanszék – Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány – Híd Alapítvány, Budapest, 2001.
- Vergote A. Bűntudat és vágy. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet – Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány, Budapest, 2008.
- Vieten C, Scammell S, Pilato R, Ammondson I, Pargament KI, Lukoff D. (2013) Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5 (3): 129–144.
- Vieten C, Scammell S, Pierce A, Pilato R, Ammondson I, Pargament KI, Lukoff D. (2016). Competencies for psychologists in the domains of religion and spirituality. *Spirituality in Clinical Practice*, 3 (2): 92–114.
- Walker DF, Gorsuch RL, Tan SY. (2004) Therapists' integration of religion and spirituality in counseling. A meta-analysis. *Counseling and Values*, 49 (1): 69–80.

- Weaver AJ. Mental health professionals working with religious leaders. In: Koenig HD (ed.), Handbook of religion and mental health. Academic Press, San Diego – London, 1998.
- Weiß H. Lelkigondozás – Szupervízió – Pasztorálpszichológia. Exit, Kolozsvár, 2011.
- Whitlock Jr., LG. (2002) Spiritual direction in the reformed tradition. Journal of Psychology and Theology, 30 (4): 314–322.
- Yardley L. Demonstrating validity in qualitative psychology. In: Smith JA. (ed.), Qualitative psychology. A practical guide to research methods. Sage, London, 2008: 235–251.

10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

A disszertáció témájában:

- Jáki Zs, Tomcsányi T, Ittész A. (2016) Spiritualitás, vallás és pszichoterapeuta-képzés: mit, miért, hogyan? Pszichoterápia, 25 (4): 291–300.
- Jáki Zs, Ittész A, Kiri EA, Sallay V, Kővári M, Tomcsányi T. (2019a) Hungarian psychotherapists' experiences of the cooperation with spiritual directors and pastoral counselors. A qualitative study. European Journal of Mental Health, 14 (1): 78–108.
- Jáki Zs, Tomcsányi T, Kiri EA, Sallay V, Ittész A. (2019b) A spiritualitás megjelenése a pszichoterapeuták közötti szakmai kapcsolatokban. Egy hazai kvalitatív kutatás eredményei. Pszichoterápia, 28 (2): 106–116.
- Tomcsányi T, Sallay V, Jáki Zs, Török P, Szabó T, Ittész A, Csáky-Pallavicini K, Kiri EA, Horváth-Szabó K, Martos T. (2017) Spirituality in psychotherapy: An analysis of Hungarian psychotherapists' experiences: A Grounded Theory study. Archive for the Psychology of Religion, 39: 235–262.

További publikációk:

- Jáki Zs. (2006) Vallásos fejlődés, istenképek nőknél és férfiaknál. Egyházforum, 21 (3): 13–15.

- Jáki Zs. (2009) The healing force of families providing help for those suffering from psychosis (Lobban F. and C. Barrowclough (2009) A Casebook of Family Interventions for Psychosis) *European Journal of Mental Health*, 5 (1): 115–120.
- Varga Á, Szőke K, Jáki Zs, Terenyi Z, Pál Gy, Csóligné Szlicki K. (2007) A gyógyszer mint lehetséges projektív felület. *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, 9 (3): 137–141.

11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék köszönetet mondani mindazoknak, akik közvetlenül vagy áttételesen hozzájárultak a disszertációm elkészüléséhez. Köszönöm témavezetőimnek, dr. Tomcsányi Teodórának és dr. Ittész Andrásnak mindvégig hűséges és áldozatos segítségüket, hozzászólásaikat, inspiráló ötleteiket, a közös gondolkodást. Tomcsányi Teodórának külön köszönöm, hogy emberileg is mellettem állt, és példát mutatott a szakma szeretetében és elkötelezett szolgálatában. Kiri Edit kolléganőm osztozott velem legszorosabban a kutatási munkában, hálásan köszönöm munkáját, bátorítását, barátságát, szemléletformáló gondolatait. Szintén köszönet illeti a tágabb kutatócsoport tagjait is, akikkel közösen indult ez az átfogó munka. Köszönetet mondok a kutatásban részt vevő interjúalanyoknak azért a személyességért és mélységért, amellyel a tapasztalataikat megosztották. Köszönöm a Semmelweis Egyetem 4/3. doktori program tanárainak és hallgatóinak, hogy valóban együtt, csapatmunkában haladhattunk ezen az úton.

Külön szeretnék megemlékezni azokról, akik példájukkal, támogatásukkal voltak rám nagy hatással: Héjja Beatrix Lujza nővérnek, hogy tizennyolc éves korom óta kisebb megszakításokkal folyamatosan a lelkivezetőm; Kővári Magdinak, hogy életem egy kritikus krízise alkalmával lelkigondozóként állt mellettem. Hálával gondolok továbbá azokra a műhelyekre, közösségekre, ahol lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal gondolkozhattam közösen: a monodrámaképzés csoportjaira, a Mentálhigiéné Intézetben a kollégáimra. Szintén hála illeti azokat a munkatársakat, akik a pszichoterápiás gondolkodásban járnak előttem, akiktől tanulhattam. Családom támogatását különösen is köszönöm: ők jelentették az a háttérrel, amelyre mindig számíthattam. Végül köszönöm magának Istennek a vele megélt pillanatokot, és azokat, amikor már továbbadhattam valamit abból a hozzám forduló klienseknek, amit életutamat során ajándékként kaptam, megértettem.

MELLÉKLETEK

1. melléklet: Vezérfonal a pszichoterápiás munka és a spiritualitás kapcsolatát feltáró, félig strukturált interjúhoz

Bevezető tájékoztatás:

„A Mentálhigiéné Intézet jelen kutatásának célja, hogy pontosabban megértsük a spiritualitás helyét a pszichoterápiás vagy személyiségfejlesztő kapcsolatban. Ezért ebben az interjúban a terápiás és személyiségfejlesztő munka kapcsán a spiritualításra vonatkozó élményeket, gondolatokat és érzéseket szeretnénk körbejárni. Az Ön személyes és szakmai tapasztalataira vagyunk kíváncsiak, mindarra az élményre, ami a spiritualitás témájához valamiféleképpen kapcsolódik, és meg tudja osztani velünk ebben a beszélgetésben.”

(Személyiségfejlesztésen a lélektani eszközökkel végzett személyiségfejlesztő munkát értjük.)

0. Demográfiai adatok (ide vagy a végére)

Életkor:

Nem:

Családi állapot:

Végzettség: Orvos/szakorvos/szakpszichológus, milyen szakon

Terápiás végzettség(ek)

Egyéb végzettség(ek)

Lakóhely (település):

Munkahely földrajzi helye:

jellege: államilag finanszírozott intézmény

.....

egyéb intézmény

.....

magánrendelés, vállalkozás?

1. Az interjúalany spiritualitásfogalmának és saját spiritualitásélményeinek kibontása

Facilitáló kérdések és témák, amelyekre kitérünk:

- Mit ért spiritualitáson? Mit jelent az ön számára a spiritualitás fogalma? Milyen kapcsolatban áll ez ön szerint a vallásossággal?

- Milyen más (rokon) fogalmakhoz kapcsolódik a spiritualitás? Hol vannak a határai? Mi az, ami összetéveszthető a spiritualitással, mégis biztosan nem spiritualitás?

- Ön szerint milyen élmények tekinthetők spirituálisnak? Tudna példákat mondani a spirituális élményekre?

- Ön milyen spirituális élményekkel találkozott szakmai képződése és pályafutása során? Fel tudna idézni néhányat ezekből az élményekből? És milyenekkel egyéb, nem szakmai élethelyzetekben? (Itt nyitva hagyjuk, hogy saját életéből mond élményt, vagy klienseiből, és aztán facilitáljuk mindkét fajta élmény kibontását.)

- Az ún. „határhelyzetekkel” kapcsolatban (szenvedés, bűn, krónikus betegség, születés, halál stb.) milyen spiritualitásélménye van? Milyen egyéb helyzetek hordozhatnak Ön szerint spiritualitást? El tudna-e mondani egy-egy ilyen élményt?

- Ön szerint van-e a spiritualitásnak olyan megnyilvánulása, amely nem élményszerű? Van-e a spiritualitásnak bármilyen más megnyilvánulása, amelyet eddig nem említettünk? Tudna rá példát mondani?

2. Kliensekkel való munka és spiritualitás

Facilitáló kérdések és témák, amelyekre kitérünk:

- Fel tudna-e idézni egy olyan terápiás vagy személyiségfejlesztő esetet, ahol a kliens spirituális élményt élt át, illetve arról számolt be? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt; dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?) Le tudná írni részletesen, mi történt akkor a terápiában, személyiségfejlesztésben? Milyen érzések és gondolatok jelentek meg akkor Önben?

- Volt-e arra példa, hogy egy kliens az istenkapcsolatról akart beszélni? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt; dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

- Volt-e arra példa, hogy egy kliens az Ön istenkapcsolatáról, spiritualitásáról, vallásosságáról akart hallani? El tudná mondani, hogyan zajlott ez? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt, dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

- Fel tudná-e sorolni, melyek azok a terápiás vagy személyiségfejlesztő helyzetek, amelyekben Ön mint terapeuta különösen szembesült saját spiritualitásával? Le tudna írni egy ilyen, Ön számára fontos helyzetet? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt, dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

- Hogyan reagál a kliens által szóba hozott vallásos vagy vallástól független, spirituális tartalmakra? Kapcsolódik-e hozzájuk, és ha igen, hogyan, mennyiben? Tudna-e erre példát mondani? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt, dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

- Van-e olyan vallásos vagy vallástól független, spirituális tartalom, amelyre mint terapeuta támaszkodik munkájában (akár anélkül, hogy beszélne erről kliensével)? Le tudná-e ezt írni részletesen? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt, dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

- Jelezné-e bármilyen módon egy első találkozás alkalmával, hogy a spiritualitás megjelenhet a terápiában? Ha igen, milyen típusú első találkozáskor, és hogyan? Kifejtené-e részletesen álláspontját? Mi a terápiás, személyiségfejlesztő gyakorlata ebben? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt, dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

- Egy kérdőíves megkeresésünkre adott válaszában több terapeuta jelezte, hogy spirituális érdeklődéssel/érzékenységgel dolgozik terápiaiban. Megjelenik-e a spirituális érzékenység / spirituális orientáció az Ön gyakorlatában? Tudna-e

erre példákat mondani? (Milyen terápiáról vagy személyiségfejlesztő alkalomról beszél; dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

-Fel tudja-e idézni olyan élményét, amelynek során úgy gondolta, a kliens spiritualitása erőforrást jelentett a kliens számára? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt: dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

-Fel tudja-e idézni olyan élményét, amelyben úgy gondolta, a kliens spiritualitása erőforrást jelentett az Ön számára? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt: dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

-Fel tud-e idézni olyan élményt, amikor az Ön spiritualitáshoz fűződő viszonya erőforrást jelentett az Ön számára a klienssel való munkában? (Milyen terápia vagy személyiségfejlesztő alkalom volt: dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

-Mikor érzi úgy, hogy a pszichoterápiás kapcsolat tartalmaiban egyáltalán nincs jelen a spiritualitás?

3. A spiritualitás helye a szakmai kapcsolattartásban

-Tudna mondani olyan helyzeteket, amikor a kollégákkal fenntartott szakmai kapcsolataiban, szupervízióban, intervízióban szóba került a spiritualitás kérdése az esetek kapcsán?

-Mit gondol arról, hogy elképzelhető-e a terapeuták részéről együttműködés a kliens lelkivezetőjével? (Lelkivezetésről mondani: nem életkérdésekben, hanem az istenkapcsolat alakulásában, fejlődésében nyújt segítséget a lelkivezető.)

-Mikor és ki kezdeményezhet ilyen együttműködést? Hogyan nézhetne ki ez az együttműködés a gyakorlatban, azaz milyen gyakorisággal, milyen témák esetén kerülhetne rá sor? Volt-e ilyenre példa saját terápiás gyakorlatában? (Milyen terápiában vagy személyiségfejlesztő módszerben: dinamikusan orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

4. Visszatekintés a szakmai életútra

„Most arra kérem, hogy képzeletben ossza fel szakaszokra vagy fejezetekre terápiás, személyiségfejlesztő szakmai pályáját a pályakezdéstől a mai napig. Vezérlőelv a munkájához való viszonyának változása legyen.

Mikor kezdte a terápiás, személyiségfejlesztő munkát? Hány fejezetre tudná osztani az azóta eltelt időt? Tudna beszélni ezekről a fejezetekről?”

Facilitáló kérdések és témák, amelyekre kitérünk:

- Mik voltak a legfontosabb fordulópontok a pályáján?
- Mi volt a legszebb és a legnehezebb pont ebben a történetben?
- Mi jelentette a legnagyobb szakmai kihívást az egyes szakaszokban?
- Mi jelentett támaszt és segítséget a nehézségek megélésében? Tudna példákat mondani?
- Hogyan változott az egyes szakaszok során, hogy mennyiben érezte sikeresnek magát terapeutaként, személyiségfejlesztőként?
- Volt-e olyan szakasz, és milyen hosszú, amikor úgy érezte, lelkesedés nélkül tudja csak vinni a dolgokat?
- Hogyan alakult, hogyan változott spiritualitása az egyes szakaszokon keresztül?

5. Az érzékeny témák helye a pszichoterápiában/személyiségfejlesztésben

- Mi a tapasztalata, mit tartanak az emberek kényes kérdésnek vagy témának a terápiás helyzetben? Tudna példákat mondani erre? (Ha nem, beajánlani a pénz, szexualitás, politika, vallás, etnikum témáit: mennyiben találják ezeket kényes kérdéseknek?) Vannak-e ezek között kiemelten kényes kérdések?
- Ön mint pszichoterapeuta, személyiségfejlesztő mit tesz ezekkel a kényes kérdésekkel? Mit tesz, ha megjelennek?
- Tesz-e valamit, ha egyáltalán nem jelennek meg? Fel tud idézni ilyen eseteket?

- Megkérdezhetem, hogy személyesen az Ön számára mi számít érzékeny témának?

- Mi a tapasztalata, mennyiben tekintik az Önhöz forduló emberek kényes témának a spiritualitást? És a vallásosságot? És a felekezethez tartozást? Tudna példát mondani ezekre?

6. Az interjú lezárása

„Ezzel a kérdéseim végéhez értünk. Van-e még a témával kapcsolatban bármilyen gondolata, amit nem érintettünk, de jó lenne megemlíteni, hogy ismereteink mélyüljenek?

Van-e valami, amit még fontosnak tartana megkérdezni, vagy máshogy kérdezne meg?

Köszönöm szépen az együttműködését!”

2. melléklet: Interjú-vezérfonal – Lelkivezetővel való együttműködés

Bevezető tájékoztatás:

„Doktori témám a SE Mentálhigiéné Intézet kutatásához kapcsolódik. Az eredeti kutatás azt célozta, hogy pontosabban megértsük a spiritualitás helyét a pszichoterápiás folyamatban. Az interjúkban arról osztották meg a tapasztalataikat a hazai szakemberek, hogy miként jelennek meg, és mi lesz a sorsuk a spirituális tartalmaknak a terápiás térben.

Ennek továbbvezetéseként saját kutatásomban azt a helyzetet szeretném jobban megérteni, amikor a páciens a pszichoterápián túl egy teológiát végzett (a spiritualitással professzionálisan foglalkozó) segítőhöz, egy lelkivezetőhöz is fordul segítségért. Hogyan tekintenek a pszichoterapeuták a lelkivezetővel való együttműködésre?

Az Ön személyes és szakmai tapasztalataira, gondolataira és elképzelésére vagyunk kíváncsiak mindazzal kapcsolatban, ami a teológiát végzett segítővel való együttműködés kérdését érinti.”

0. Demográfiai adatok (ide vagy a végére)

Életkor:

Nem:

Családi állapot:

Végzettség: Orvos/szakorvos/szakpszichológus, milyen szakon

Terápiás végzettség(ek)

Egyéb végzettség(ek)

Lakóhely (település):

Munkahely földrajzi helye:

jellege: államilag finanszírozott intézmény

.....

egyéb intézmény

.....

magánrendelés, vállalkozás

.....

Kutatásunkban eddig azt az eredményt kaptuk, hogy a megkérdezett pszichoterapeuták közül sokak praxisában előfordult már olyan helyzet, hogy a páciensük a pszichoterápián túl lelkivezetésben is részesült. A helyzetet sokféle, egyéni módon kezelték. Szeretnénk most az Ön tapasztalataival, gondolataival is gazdagítani a jelenlegi praxis feltérképezését, ami később kiindulási alap lehet majd az együttműködésre vonatkozó irányelvek kidolgozásához is.

1. Ráhangelő kérdések, alapvető tapasztalatok

- Az Ön praxisában fordult-e már elő olyan, hogy a páciense arról számolt be, hogy lelkivezetőt/lelkészt/papot keresett meg valamilyen problémája kapcsán, esetleg ezt tervezi, vagy igényli? Felidézne, mire emlékszik ezekről a történetekről? Hogy látja, hogyan hatott a páciensre, és hogyan érintette magát a pszichoterápiás folyamatot?

- Mit gondol arról, illetve mik a tapasztalatai, milyen kérdésekkel fordulhatnak lelkivezetőhöz a páciensek, mi az, ami inkább lelkivezetői kompetencia lehet, nem annyira pszichoterápiás?

2. Lelkivezetővel való együttműködés

(aláhúzott bekezdések: az eredeti vezérfonal átvett kérdései)

- Mit gondol arról, hogy elképzelhető-e a terapeuták részéről együttműködés a kliens lelkivezetőjével?

- Mikor és ki kezdeményezhet ilyen együttműködést? Hogyan nézhetne ki ez az együttműködés a gyakorlatban, azaz milyen gyakorisággal, milyen témák esetén kerülhetne rá sor? (Milyen terápiában vagy személyiségfejlesztő módszerben: dinamikus orientált hosszú, rövid terápia, családterápia stb.?)

- El tudja-e képzelni, hogy egy páciens egyszerre járjon pszichoterápiába és lelkivezetőhöz, és ha igen, mik lennének ennek a keretei, feltételei, működésmódja?

- Melyek a potenciális nehézségei, amelyekre oda kellene figyelni?

- A saját terápiás gyakorlatában fordult-e elő olyan helyzet, hogy a páciens egyszerre járt lelkivezetőhöz és pszichoterápiába?

- Konkrétan hogyan zajlott ez? (Melyik kezdődött előbb, melyik meddig tartott, felvették-e egymással a kapcsolatot, kapott-e a páciens instrukciót a helyzettel kapcsolatban, keltett-e plusz dinamikát, azt hogyan kezelték, segítette-e ez összességében a páciensét?)

3. Fogalmi tisztázás – lelkivezetés

„Intézetünk munkatársai egy ideje dolgoznak azon, hogy a lelkivezetés, lelkigondozás, pszichoterápia egymáshoz képest megjelölhető kompetenciahatárát, fogalmát tisztázzák, így segítve a páciensek érdekét és az együttműködést. Szeretném most röviden vázolni, mik is a főbb irányvonalak ezek elkülönítésében, majd ehhez képest szeretnék újra rákérdezni, hogy mit gondolna az együttműködésről. Először a lelkivezetést definiálnám.”

A *lelkivezető* nem életkérdésekben, hanem az istenkapcsolat alakulásában, fejlődésében nyújt segítséget. (Bővebben a következő idézet szemlélteti a fogalmat.)

*„A lelkivezetés fókusza tehát nem a személy, hanem annak Istenhez fűződő kapcsolata. [...] A **lelkivezetés** elsődleges célja a problémák, életesemények és életfeladatok istenkapcsolat szemszögéből történő újraértelmezése. A vezetett jelen imatapasztalatából kiindulva – mely mindig kapcsolatban áll az élettapasztalattal – segít neki megtalálni Isten jelen hívását, a továbblépés, a továbbfejlődés és a kiteljesedés irányát”* (Tomcsányi és mtsai 2009, 23).

- Mindezek fényében mit gondol a lelkivezetővel való együttműködésről? (Lehetségesnek tartja-e, hogy egy páciens egyszerre járjon pszichoterápiába és lelkivezetőhöz? Mik lennének ennek a keretei, feltételei, a működésmódja? Melyek a potenciális nehézségei, amelyekre oda kellene figyelni?)

- Az Ön által ismert pszichoterápiás módszerek/módszereknek mik lehetnek a specifikumai a lelkivezetővel való együttműködés tekintetében?

-El tud-e képzelni egyéb együttműködési formát pszichoterapeuták és lelkivezetők között (pl. szupervízió, közös esetmegbeszélő csoport)?

-Szükségesnek látná-e, hogy adott esetben lelkivezetőhöz küldje a páciens? Mely esetekben tartaná ezt szükségesnek? Lenne-e ötlete, kit, hol keressen meg?

-El tudja-e képzelni, hogy egy kézben legyen lelkivezetés és pszichoterápia?

4. Fogalmi tisztázás – a lelkigondozás elkülönítése

„Az eddigi interjúk feldolgozása során azt tapasztaltuk, hogy a hétköznapi gyakorlat szintjén jelenleg a lelkivezetés/lelkigondozás fogalma, gyakorlata sok esetben nem válik szét élesen, hanem keveredik, ezáltal a pszichoterapeuták is sokféle helyzetbe kerülnek, amikor együttműködésre kerülne sor.

Szeretnénk most definiálni, elkülöníteni a két fogalmat, és ehhez képest megkérdezni a véleményét az együttműködési lehetőségekről.”

Lelkigondozásnak definiáljuk azt a segítői kapcsolatot, amely során életvezetési kérdésekben, a spirituális dimenziót és vallásos értékrendet igény szerint integrálva kíséri a lelkigondozó a hozzá fordulót. Professzionális segítsérről van szó, nem pszichopatológiai állapotok kapcsán, hanem olyan életfeladatok, krízisek mentén, melyek a pszichésen egészséges klienst megterhelik. (Bővebben a következő idézet szemlélteti a fogalmat.)

*„A **lelkigondozás** olyan segítőkapcsolat, amelyben professzionálisan képzett lelkigondozó áll az egyes ember vagy csoportok mellett az új életszakaszokhoz vezető átmenetekben (például születéskor, a kamaszkor történéseinél, házasságkötéskor), az örömteli, rendkívüli vagy éppen szokványos, mindennapi élethelyzetekben. Így konfliktusokban, krízisekben, betegségekben, zavart lelkiállapotokban, félelmekben, hitbeli kételyek között és a halállal való tusakodásban, kudarcokban vagy a gyász és az újrakezdés pillanataiban. [...] A **lelkigondozó** sajátos spirituális térben dolgozik, hármas kapcsolati rendszerben szemléli önmagát és lelkigondozottját: kapcsolatban*

önmagával, kapcsolatban a környezetével, kapcsolatban a transzcendenssel. Folyamatosan arra törekszik, hogy ez a három viszonylat élő maradjon, kapcsolatban álljon egymással, és összhangban legyen személyiségével és mindennapi életével” (Csáky-Pallavicini 2008, 93–94).

-Mennyire érthető/találó az Ön számára ez a fogalmi elkülönítés (lelkivezetésés/lelkigondozás)?

-Tapasztal-e keveredést, átfedést a fogalmak között a gyakorlatban? – Természetesen akkor, ha találkozott ezekkel...

-Ha volt páciense, aki járt lelkivezetőhöz/lelkigondozóhoz, vajon mit értett a fogalmon, mit volt az adott segítői kapcsolat célja, tartalma?

-El tud-e képzelni együttműködést lelkigondozóval, és ha igen, milyen formában? (Például átadják egymásnak a klienst, átadáskor egyeztetik a folyamatot, vagy közös teamben dolgoznak például egy osztályon, stb.)

-Mennyiben lehet ez más, mint a lelkivezetővel való együttműködés?

5. Zárás

-Van-e esetleg olyan, amire nem kérdeztem rá, de eszébe jutott fontos szempontként a saját tapasztalatai alapján a lelkivezetővel való együttműködés kérdéskörében?

-Mennyire segíti Ön szerint ez a felosztás (lelkivezetés/lelkigondozás) a tájékozódást, az együttműködés bekeretezését?

Speciális kérdések azokhoz a konkrét interjúalanyokhoz, akikhez visszamegyek:

7SV:

-Szeretném megkérdezni, hogy a múltkori interjú óta hogyan alakult a praxisa, találkozott-e olyan helyzettel, hogy a páciense lelkivezetőhöz is járt? Milyen tapasztalatai gyűltek össze ennek kapcsán? Hogyan alakult az együttműködéssel kapcsolatos véleménye?

8SV:

-A korábbi interjú során említette, hogy a lelkivezetővel való együttműködést nem tudná elképzelni, és ezt elsősorban az analitikus munka terápiás szabályaival indokolta.

-Mit gondol, ha nem is a konkrét kapcsolatfelvétel formájában, de milyen más módon lehetne a lelkivezetővel együttműködni?

-Hogyan lehetne egy olyan helyzetet kezelni, amikor a páciens a spirituális kérdések integrálásával akad el, és ez megakasztja az analízisét is? (Mindez abban az esetben is kérdés, ha már van lelkivezetője a páciensnek, akihez a pszichoterápiával párhuzamosan jár; és abban az esetben is, ha a pszichoterápia ideje alatt merül fel annak igénye, hogy lelkivezetőhöz forduljon.)

-A korábbi interjúban azt is említette, hogy el tud képzelni olyan stílust (nem az analízist), amelybe ez a lelkivezetővel való kapcsolatfelvétel jól beletartozik. Mely pszichoterápiás módszerekre gondolt?

-Mi a tapasztalata azokról a helyzetekről, amikor olyan személy jön analízisbe, akinek van rendszeres lelkivezetői kapcsolata? (Volt-e ilyen, használja-e a terápiában, behozza-e a páciens?)

A definíciókhoz felhasznált irodalom:

Csáky-Pallavicini R, Ittész A, Harmatta J, Egri L, Szabó T, Tomcsányi T (2008): Mentálhigiénés szemléletű emberszolgálat. A lelkigondozás mint segítő hivatás. *Pszichoterápia*, 17 (2): 90–99.

Tomcsányi T, Csáky-Pallavicini R, Harmatta J, Pilinszki A, Török G. (2008) Lelkigondozás és pszichoterápia. *Pszichoterápia*, 17 (3): 170–177.

Tomcsányi T, Kővári M, Horváth-Szabó K (2009): A lelkivezetés. A pszichoterápián és a lelkigondozáson túl. *Pszichoterápia*, 18 (2): 20–26.

3. melléklet: I. KÓDFA: A spiritualitás megjelenése a pszichoterapeuták közötti szakmai kapcsolatokban

1. A pszichoterapeuta a képzése során kevés ismeretanyagot kapott a spiritualitás tárgykörében (szelektív)

1.1 *A pszichoterapeuta hiányolja a képzésből a spirituális tematikát (axiális)*

1.1.1 A képzésben nem esett szó a spiritualitásról (nyílt)

1.1.2 Hiányolja a spiritualitás témában képzettebb kollégákat (nyílt)

1.1.3 Szükségesnek tartja a spiritualitással kapcsolatos szakmai irányelvek megfogalmazását, oktatását (nyílt)

1.1.4 Azokat a képzési/önképzési lehetőségeket keresi, amelyeknek témája a spiritualitás (nyílt)

1.1.5 Képzését alternatív irányzatokkal egészíti ki (nyílt)

1.1.6 A saját élményű / önismereti képzést tartaná leginkább szükségesnek a spiritualitás témájában (nyílt)

1.2 *Csak a saját élményű képzésben került szóba a spiritualitás (axiális)*

1.2.1 Saját élményű képzésben dolgoztak spirituális tartalmakkal (nyílt)

1.2.2 Módszertől, képzőhelytől is függ, mennyire volt benne a spiritualitás témája a terapeuta saját élményű képzésében (nyílt)

1.2.3 A kiképző spiritualitása szavak nélkül hat (nyílt)

2. A spiritualitás témájának megjelenése a szakmai fórumokon hiányos vagy konfliktusos (szelektív)

2.1 *Nem kerül szóba a szakmai kapcsolatokban a spiritualitás (axiális)*

2.1.1 Nem téma a szakmai kapcsolatokban a spiritualitás (nyílt)

2.1.2 Tabutéma a spiritualitás a szakmában (nyílt)

2.1.3 A spiritualitással való foglalkozás hiányát egyes irányzatokhoz köti (nyílt)

2.1.4 Hiányolja a spirituális témák iránti nyitottságot és párbeszédet a szakmai kapcsolatokban (nyílt)

2.1.5 A saját spiritualitás témáját a szakmai kapcsolatokban túl személyesnek tartja (nyílt)

2.2 *A pszichoterapeuta nehézségeket tapasztal szakmai körökben a spiritualitással kapcsolatban (axiális)*

- 2.2.1 Ellenséges légkörben inkább nem hozza szóba a spiritualitás témáját (nyílt)
- 2.2.2 Próbálta behozni a spiritualitást a szakmába, de elutasítást tapasztalt (nyílt)
- 2.2.3 A szakmai párbeszédet nehezítik az előítéletek a spiritualitással szemben (nyílt)
- 2.2.4 A spiritualitás leegyszerűsítő, elméleti bemutatása negatív érzéseket kelt (nyílt)
- 2.2.5 A spiritualitás túlhangsúlyozása negatív érzéseket kelt (nyílt)
- 3. A szakmai kapcsolatokban megjelenik a spiritualitás témája (szelektív)**
- 3.1 Nyilvános szakmai fórumokon foglalkoznak a spiritualitás témájával (axiális)**
- 3.1.1 Spirituális témájú szakmai rendezvényen vesz részt a pszichoterapeuta (nyílt)
- 3.1.2 Szupervízióban/esetmegbeszélésen téma a spiritualitás (nyílt)
- 3.1.3 A spiritualitás megjelenését a szakmai fórumokon egyes irányzatokhoz köti (nyílt)
- 3.1.4 A spiritualitás témája iránt növekszik az érdeklődés a szakmai fórumokon (nyílt)
- 3.2 A pszichoterapeuta kollegiális kapcsolataiban téma a spiritualitás (axiális)**
- 3.2.1 Csak bizalmas szakmai kapcsolatokban beszélgetnek spirituális témákról (nyílt)
- 3.2.2 A szakmai párbeszédben a spiritualitás szakmai vetületével foglalkoznak (nyílt)
- 3.2.3 Nagyon különböző spirituális beállítottságú szakemberekkel dolgoznak együtt harmonikusan (nyílt)
- 3.2.4 Szakmai kapcsolataiban szavak nélkül megjelenik a spiritualitás (nyílt)
- 3.3 Aktívan beviszi a szakmai fórumokra a spiritualitás témáját (axiális)**
- 3.3.1 Publikál a spiritualitás témájában (nyílt)
- 3.3.2 Küld pácienseket a spiritualitással integráltan dolgozó intézményekbe (nyílt)
- 3.3.3 Szakmai rendezvényt szervezett a spiritualitás témájában (nyílt)
- 3.3.4 Szupervizorként rákérdez a spiritualításra vagy kibontja a felmerülő spirituális témát (nyílt)
- 3.3.5 Képzőként/szupervizorként vesz részt teológiai végzettségük továbbképzésében (nyílt)
- 3.3.6 Egyesületet alapított, hogy együttműködhessen hasonló spirituális szemléletű kollégákkal (nyílt)

4. melléklet: II. KÓDFA: A lelkivezetővel való együttműködés

1. A pszichoterapeuta nem működik együtt lelkivezetővel (szelektív)

1.1 *Elutasítja a lelkivezetővel való együttműködés lehetőségét (axiális)*

1.1.1 A pszichoterápiával párhuzamosan folyó lelkivezetést szakmailag ellenjavalltnak tartja (nyílt)

1.1.2 Választás elé állítaná a páciens, hogy lelkivezetőhöz vagy pszichoterapeutához járna (nyílt)

1.1.3 A közös nyelv hiánya miatt nem tudna együttműködni a lelkivezetővel vagy egyéb spirituális vezetővel (nyílt)

1.1.4 A pszichoterapeuta a terápiás kapcsolatra koncentrálna, nem engedi be a lelkivezetővel kapcsolatos témát (nyílt)

1.1.5 Elutasítaná a kapcsolatfelvételt a páciens lelkivezetőjével szakmai szabályokra hivatkozva (nyílt)

1.2 *Nyitott a lelkivezetővel való együttműködésre (axiális)*

1.2.1 Elfogadná, ha páciense lelkivezetőt keresne fel (nyílt)

1.2.2 Szívesen konzultálna lelkivezetővel (nyílt)

1.2.3 Hasonlóan tartana kapcsolatot, mint a gyógyszerelő orvossal (nyílt)

1.2.4 A pszichoterapeuta és lelkivezető bármelyike kezdeményezhetné az együttműködést (nyílt)

1.3 *A lelkivezetővel való együttműködést feltételekhez kötné (axiális)*

1.3.1 Csak nagyon szoros jó együttműködésben tudna párhuzamosan dolgozni a lelkivezetővel (nyílt)

1.3.2 A két segítőhöz járás feltételének szabná, hogy a páciens számoljon be a lelkivezetés tartalmairól (nyílt)

1.3.3 Büntető, korlátozó hozzáállással nem tudna együttműködni (nyílt)

1.3.4 Csak krízis esetén venné fel a kapcsolatot a páciens lelkivezetőjével (nyílt)

1.3.5 A páciens tudtával/kérésére tartja csak elképzelhetőnek a kapcsolatfelvételt (nyílt)

1.3.6 A lelkivezetőhöz küldést a páciens mentális állapotától teszi függővé (nyílt)

1.4 *Az együttműködés akadályát a páciensben látja (axiális)*

1.4.1 A páciens mentális állapota nem teszi lehetővé az együttműködést (nyílt)

1.4.2 A páciens a lelkivezetőhöz küldést nem fogadja el (nyílt)

1.4.3 A páciens elhallgatja, hogy lelkivezetőhöz is jár (nyílt)

1.4.4 A páciens titkolja a lelkivezető előtt, hogy pszichoterápiába jár (nyílt)

1.5 *Együtműködni, de egyházi oldalról tapasztal akadályokat (axiális)*

1.5.1 Hiányolja az együtműködést (nyílt)

1.5.2 Elutasítást tapasztal egyházi oldalról a pszichoterápiával szemben (nyílt)

1.5.3 Kevés a képzett lelkigondozó, akivel együtműködhet (nyílt)

1.6 *Keresi a kompetenciahatárokat (axiális)*

1.6.1 Nem tudja, mit csinál a lelkivezető (nyílt)

1.6.2 Nem különül el számára a lelkivezetői és lelkigondozói kompetencia (nyílt)

1.6.3 Egymás riválisának tekinti a pszichoterápiát és a lelkigondozást (nyílt)

1.6.4 Összeegyeztethetőnek tartja, hogy egy kézben legyen a pszichoterápia és a lelkivezetés (nyílt)

1.6.5 Nem tartja összeegyeztethetőnek, hogy egy kézben legyen a pszichoterápia és a lelkivezetés (nyílt)

1.6.6 Fontosnak tartja, hogy ne lépje át a saját kompetenciahatárait (nyílt)

1.6.7 Felismeri és reflektálja, hogy a spirituális témáknál a lélektani szinten túli rész lelkivezetői kompetencia (nyílt)

2. *Pszichoterapeuta és lelkivezető kapcsolatfelvétel nélkül, párhuzamosan dolgoznak a pácienssel (szelektív)*

2.1 *A pszichoterápiás térben megjelenhet a lelkivezetői kapcsolat (axiális)*

2.1.1 Magától értetődőnek tartja, hogy a lelkivezetővel való kapcsolat bekerül a terápiás folyamatba (nyílt)

2.1.2 Elakadásnak tartja, ha a terápiás folyamatba nem kerül be a lelkivezetővel való kapcsolat (nyílt)

2.1.3 Párhuzamosság esetén a lelkivezetés tartalmaival is dolgoznak a pszichoterápiában (nyílt)

2.1.4 A lelkivezetés pozitív hatását megerősíti a terápiában (nyílt)

2.2 *Kézben tartja a pszichoterápiával párhuzamosan futó lelkivezetés pszichoterápiára vonatkozó kereteit (axiális)*

2.2.1 A terapeuta a páciensre bízta a döntést, hogy mit visz terápiába és mit a lelkivezetésbe, de ennek el kell különülnie (nyílt)

- 2.2.2 Párhuzamosság esetén egyeztetni a pácienssel, hogy kitől mit vár (nyílt)
- 2.2.3 A pszichoterapeuta tiszteletben tartja, hogy a páciensnek van lelkivezetője, és az odatartozó témákat ott beszéljük meg (nyílt)
- 2.2.4 A pszichoterapeuta kijelöli, hogy a páciens milyen témát hozzon a terápiába, és mit vigyen a lelkivezetésbe (nyílt)

2.3 *Dolgozik a pszichoterápia és lelkivezetés konfliktusával (axiális)*

- 2.3.1 A pszichoterápia és lelkivezetés tartalmának ellentmondása esetén a páciensre bízva ezek mérlegelését
- 2.3.2 Lojalitáskonfliktus esetén tisztázza a terápiában a pszichológiával kapcsolatos előítéleteket
- 2.3.3 Lojalitáskonfliktus esetén kibontja a kapcsolati dimenziót
- 2.3.4 Lelkivezetés és pszichoterápia konfliktusa megoldatlan marad

3. A pszichoterapeuta kapcsolatban van a lelkivezetővel, lelkigondozóval (szelektív)

3.1 *Az együttműködés a küldés szintjén valósul meg (axiális)*

- 3.1.1 Hitbeli téma esetén lelkivezetőhöz küldi tovább a páciens (nyílt)
- 3.1.2 A pszichoterápia lezárása után továbbküldte a páciens egyébként spirituális vezetőhöz (nyílt)
- 3.1.3 A pszichoterapeutához a lelkivezető akkor küld páciens, ha a vezetettél súlyos pszichés probléma kerül elő (nyílt)

3.2 *A pszichoterapeuta konzultál a lelkivezetővel közös eset kapcsán (axiális)*

- 3.2.1 A folyamat egyeztetése céljából felveszi a kapcsolatot a páciens lelkivezetőjével (nyílt)
- 3.2.2 A terapeutát konzultációs igénnyel keresi meg a páciens lelkivezetője (nyílt)
- 3.2.3 Lelkivezetés és pszichoterápia szemléletbeli különbsége esetén a pszichoterapeuta átadja a lelkivezetőnek a páciens annak védelme érdekében (nyílt)

3.3 *Képzett lelkigondozóval működik együtt közös eset kapcsán (axiális)*

- 3.3.1 Egymást váltja a lelkigondozás és a pszichoterápia, átadáskor egyeztetik a folyamatot (nyílt)
- 3.3.2 A folyamatban levő lelkigondozást a pszichiátriai osztályos kezelés kiegészíti és szupportálja (nyílt)
- 3.3.3 Jobban tud együttműködni a képzett lelkigondozókkal (nyílt)

3.4 Egyéb szakmai fórumokon működik együtt lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal (axiális)

- 3.4.1 Konzultációt vagy rendszeres szupervíziót kér teológiai képzettségű szakembertől (nyílt)
- 3.4.2 Esetmegbeszélő csoportra járt közösen lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal (nyílt)
- 3.4.3 Az utógondozást segítette a lelkéssel, egyházi közösséggel való kooperáció (nyílt)
- 3.4.4 Intézményi keretek között, teammunkában dolgozik együtt lelkészekkel (nyílt)

4. A pszichoterapeuta értékeli a lelkivezetővel való együttműködés tapasztalatait

4.1 A lelkivezetői kapcsolat hatását értékeli (axiális)

- 4.1.1 Azonosítja a lelkivezetői kapcsolat néhány negatív hatását a páciensre nézve (nyílt)
- 4.1.2 Azonosítja a magukat lelkivezetőnek mondó ezoterikus gyógyítók káros hatását a páciensre nézve (nyílt)
- 4.1.3 Azonosítja a lelkivezetés lélektanilag pozitív hatását (nyílt)
- 4.1.4 A párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkivezetés hatása összeadódott (nyílt)

4.2 A lelkivezetővel való együttműködésben a nehézségeket hangsúlyozza (axiális)

- 4.2.1 A lelkivezetővel való megbeszélés során nehézséget tapasztalt a titoktartás kapcsán (nyílt)
- 4.2.2 Zavarónak tartja, ha a pszichoterápia és a lelkivezetés párhuzamosan fut (nyílt)
- 4.2.3 A lelkivezetők számára nem tisztázottak a saját kompetenciahatáraik (nyílt)
- 4.2.4 A teammunkában feszültséget keltett a lelkész bevonása (nyílt)

4.3 A lelkivezetővel való együttműködésben a pozitívumokat hangsúlyozza (axiális)

- 4.3.1 Összhangban dolgoztak (nyílt)
- 4.3.2 Az együttműködésben gazdagodik a pszichoterapeuta és a lelkivezető szemlélete, egymástól tanulnak (nyílt)
- 4.3.3 Tapasztalata szerint egyházi oldalról betartják a kompetenciahatárokat (nyílt)
- 4.3.4 Az intézményes ellátást jól kiegészítette a lelkigondozás (nyílt)
- 4.3.5 Pszichoterapiás ellátás hiányában az elérhető lelkigondozást mentálhigiénés jelentőségűnek tartja (nyílt)
- 4.3.6 A jó együttműködés terápiás hatású (nyílt)