

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

Doktori tézisek

Jáki Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezetők: Dr. Tomcsányi Teodóra CSc, professor emerita
Dr. Ittész 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

BEVEZETÉS

Doktori munkámban magyarországi pszichoterapeuták körében végeztem kvalitatív kutatást a spiritualitással kapcsolatos szakmai együttműködés témájában, mind a pszichoterápiás szakmán belüli, mind a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködésre vonatkozóan. A kutatás szorosan kapcsolódik a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének spiritualitás kutatásához, annak egy résztemáját dolgozza fel. A pszichoterapeutákkal készült mélyinterjúkat Grounded Theory módszerrel elemeztem, melynek segítségével az együttműködési formák aletei és a hozzá kapcsolódó tapasztalatok két, három-szintű hierarchikus kódába csoportosultak a két kutatási kérdésre válaszul.

Az utóbbi évtizedekben a pszichoterápiás szakmában nagymértékű nyitás figyelhető meg a spiritualitás témája iránt, ez az érdeklődés folyamatosan növekszik (Bartoli 2007; Bucher 2014). *Vallás és spiritualitás pszichoterápiás jelentőségét* jelzi, hogy befolyásolhatják a mentális egészséget, mind pozitív, mind negatív irányban, de összességében jelentősebb a lelki egészségvédő hatásuk (Bucher 2018). „A metaanalízisek arról tanúskodnak, hogy a vallásosság / spiritualitás pozitívan korrelál a szerhasználat alacsonyabb szintjével, az affektív zavarok alacsonyabb szintjével, kisebb öngyilkossági aránnyal, és a jóllét magasabb értékeivel (Park & Slattery 2013). A közvetítő (moderáló) tényezőket viszonylag kevés tanulmány választja a kutatás tárgyául, inkább hipotéziseket fogalmaznak meg erre vonatkozóan. Lehetséges pozitív közvetítő tényezőként említik a társas támogatást, szociális identitást, életvezetési irányelveket, megbocsátást, magát a pozitív istenkapcsolatot, a vallásos erőforrásokat és megküzdési stratégiákat, gyakorlatokat, az értelemteliség érzését, és a halál utáni életben való hitet. A negatív közvetítő tényezők között – tehát amelyek a lelki egészséggel való negatív összefüggésért felelősek lehetnek – említik a szerzők a negatív színezetű vallásos attribúciót, a negatív társas interakciókat, a negatív érzéseket felerősítő vallásgyakorlati formákat, illetve azokat a vallásos vélekedéseket, melyek kontraindikálnak címkézik az ellátást, magát a segítségkérést (Park & Slattery 2013)” (Jáki és mtsai 2019a, 79)

Ahogy a spiritualitással kapcsolatos pszichoterápiás érdeklődés nyomon követhetően növekszik, a témával kapcsolatos *képzés iránti igény* is egyre inkább jelentkezik (Crook-Lyon és mtsai 2012, Hofmann és Walach 2011). Egy 2012-ben publikált amerikai kutatás –

melyben 340 pszichológust kérdeztek meg az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) tagjai közül – arról számol be, hogy a megkérdezettek 65%-a szerint be kellene venni a pszichológusi alapképzésbe a spirituális/vallási vonatkozásokat; 77% szerint mindez a multikulturális kérdések közé tartozik, azoknak egy alelete (Crook-Lyon és mtsai 2012). Hofmann és Walach (2011) 895 német pszichoterapeutát kérdezett meg a témáról, e minta a német pszichoterapeutákra nézve reprezentatívnak számít. A válaszolók 57%-a mondta magát spirituális beállítottságúnak vagy vallásosnak. Úgy becsülték, hogy pácienseik 22%-a visz be spirituális témát a terápiába. Kétharmaduk szerint a pszichoterápiás képzés részévé kellene tenni a spirituális/vallási ismereteket. Bár a pszichoterapeuták jelentős része igényelné a képzést, és küzd kompetenciahiányokkal, szinte teljesen hiányoznak az erről kidolgozott javaslatok, modellek, képzési programok. Vieten és munkatársai (2013) azzal érvelnek, hogy a képzésből azért is maradnak ki a spiritualitással, vallással kapcsolatos vonatkozások, mert nincsenek kidolgozott irányelvek, hogy mely kompetenciákat lenne szükséges az alapképzés részévé tenni. Kutatás-sorozatukban (Vieten és munkatársai 2013, 2016) tizenhat olyan kompetenciát (három attitűdöt, hét elméleti ismeretanyagot és hatféle készséget) azonosítottak, melynek a pszichoterápiás alaptudás részét kellene képeznie. Az alapképességek között szerepel többek között a spirituális/vallási elakadások felismerése a klinikai gyakorlaton belül, a saját kompetenciahatárok felismerése, szükség esetén a kliens/páciens továbbküldése, illetve a spirituális/vallási terület szakembereivel – például a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal – való konzultáció (Vieten 2013). Ezzel szemben a területek (pszichoterápia – lelkivezetés – lelkigondozás) közti együttműködés szakirodalma kifejezetten szegényes, szinte teljesen hiányterület. Egy 2018-as, lelkivezetésről és pszichoterápiáról szóló review tanulmányban (Saadeh és mtsai 2018) friss összesítést olvashatunk a témában megjelent publikációkról az 1975-2015 közötti időszakra vonatkozóan. Mindössze 40 tanulmány volt fellelhető a témával kapcsolatban az adott időszakban, ezek is inkább az elkülönítésre, definiálásra vonatkoztak, az együttműködés finomabb részleteiről nem közöltek adatokat.

A lelkivezetés a vallásos életbe való bevezetésnek és kísérésnek egy fontos formája. A magukat vallásosnak mondó emberek életének gyakran képezi részét egy rendszeres lelkivezetői kapcsolat, mely az istenkapcsolat elmélyítését, a hitélet fejlődését szolgálja (Jáki és mtsai 2019a). „A lelkivezetés fogalma bármely olyan helyzetre vonatkoztatható, melyben az emberek segítséget, támogatást, figyelmet, ösztönzést kapnak a spirituális útkeresésükben. Ez nem csak a személyes istenkapcsolat elmélyítését jelenti, hanem az abból forrásozó

életvitelt, annak dinamikus megélését, megvalósítását a hétköznapokban” (May 1982, 6. old. saját ford.). „A lelkivezetésben is szóba kerülnek tehát az aktuális életesemények és életfeladatok, de azoknak egy sajátos vetületén van a hangsúly, a spirituális dimenzió szempontjából kerülnek átértelmezésre (Tomcsányi és mtsai 2009). Kereteit tekintve a lelkivezetés lehet hosszabb időszakon, akár éveken (sőt évtizedeken) át a vallásgyakorlat része, egy-két hónap időközönkénti találkozásokkal.” (Jáki és mtsai 2019a, 82) Egy másik formája a lelkivezetésnek a lelkigyakorlatok során kapott egyéni kísérés, ami leggyakrabban egy egyhetes (de lehet 3-30 napos is) elvonulás és intenzív imádság, mely során napi – kétnapi rendszerességgel van lehetőség a lelkigyakorlat kísérőjével konzultálni egyéni beszélgetésben, lelkivezetésben (Tomcsányi és mtsai 2009).

A lelkigondozás sokféle irányzata, definíciója mellett is közös alap, hogy olyan segítő hivatásról van szó, melyben adott, mentális betegség 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 azt a kliens igényli. A lelkigondozás célkitűzései annyiban átfedőek a pszichoterápiáéhoz képest, hogy szintén életkérdésekkel, elakadásokkal, azok átdolgozásával foglalkozik, de más mélységben, más alapvégzettséggel. Nem tartoznak a kompetenciakörébe a szakellátást igénylő klinikai betegségek. A lelkigondozói munkában erőteljesen hangsúlyozódik a rogersi meghallgatás, az erőforrások megtalálására erősítésére való fókuszálás, a kliens stabilizálása, melyben többek közt a spirituális, vallási-közösségi erőforrások is fontos szerepet kaphatnak. A lelkigondozás keretei lehetnek előre meghatározottak, de spontán módon, a mindennapi találkozásokban 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). Lelkigondozói folyamatok során a pszichoterápiához hasonlóan a kereteket (cél, alkalomszám és gyakoriság, az ülések hossza, stb.) a folyamat elején egyezteteti a lelkigondozó és kliens. A lelkigondozói csoportok keretei szintén előre egyeztetettek.

A 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)

Ennis álláspontja szerint, ahhoz, hogy valamit orvosi pszichoterápiának tekinthessünk, háromféle standardnak kell eleget tennie: technikai, etikai és 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. old.)

Pszichoterápia, lelkivezetés és lelkigondozás mindegyikéről elmondható, hogy megjelenhetnek benne spirituális tartalmak. ***Kompetenciaterületeit*** tekintve azonban a lelkigondozásban mindkét (lélektani és spirituális) szinttel dolgozhat a segítő. A lelkigondozás a lélektani és spirituális dimenzió metszéspontján helyezkedik el, míg a lelkivezetés fókuszában elsősorban a spiritualitás – ami természetesen a pszichológiai valóság nélkül nem értelmezhető –, a pszichoterápia pedig a lélektani szinttel dolgozik, a megjelenő spirituális tartalmak lélektani vetületére koncentrál.

Mind a szakirodalmi utalásokban, mind a gyakorlatban találkozunk esetekkel, amikor felmerül a ***szakmák közötti együttműködés*** szükségessége. Az együttműködés megvalósulhat a kliens/páciens továbbküldése által (Richards és Bergin 2005), osztályos keretek között (Hefti 2011); illetve a páciens járhat párhuzamosan pszichoterápiába és lelkivezetőhöz (Cooper-White 2007). Richards és Bergin (2005) a páciens érdekében javasolják a kapcsolatfelvételt is a két segítő között, a teljesebb megértés, jobb együttműködés céljából, természetesen csak a páciens tudtával, beleegyezésével. Az együttműködés keretei, finomabb részletei, tapasztalatai, dinamikája azonban nem csak hazai, hanem nemzetközi szinten is feltáratlan terület.

CÉLKITŰZÉS

Kutatásom szorosan kapcsolódik a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében Tomcsányi Teoldóra által vezetett spiritualitás-kutatáshoz, melynek tágabb célkitűzése a pszichoterápiában megjelenő spiritualitás kérdéskörének vizsgálata volt a hazai pszichoterapeuták körében. Ezt a tágabb célkitűzést 5 különálló témakörre bontottuk, melynek egyike a disszertációmban elemzett kérdéskör.

Célunk ebben annak feltárása volt, hogy hogyan jelenik meg a spiritualitás a pszichoterapeuták képzésében, szakmai kapcsolataiban és a lelkivezetőkkel való együttműködésükben. Mivel feltáratlan területet érint a kutatási kérdés, vizsgálatára kvalitatív módszertant választottunk. Ennek segítségével a jelenlegi gyakorlat megismerése volt a célunk a hazai pszichoterapeuták körében.

Kutatási kérdések:

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?

MÓDSZEREK

A minta

„Kutatásunk során célcsoportunkba a Magyarországon legalább 10 éve praktizáló pszichoterapeuták tartoztak, az ő tapasztalataikra kérdeztünk rá spiritualitás¹ 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, mintázatokat.” (Jáki és mtsai 2019a, 85-86)

„33 interjú készült összesen 31 interjúalannyal: két interjúalany újbóli megkeresésére is sor került egy második, kiegészítő interjú felvétele céljából. A 31 interjúalany 40 és 80 év közötti, egyharmada (11 fő) férfi, kétharmada (20 fő) nő, egyharmada vidéki, kétharmada

¹ A kutatás során az interjúalanyok többnyire nem következetesen használták a vallásosság és spiritualitás fogalmakat. Emiatt az interjúk felvétele és elemzése során rendre a spiritualitás szót használtuk. A kutatói reflexiókban azonban elkülönítjük a két fogalmat Pargament (2013), Emmons 2003, Benkó 2006 Rican (2003) Horváth-Szabó (2009) felfogására támaszkodva.

fővárosi. Mivel közülük többen nem csak egy módszerrel dolgoztak, a terápiás beállítottság vonatkozásában átfedéseket figyeltünk meg. Összesen 12 analitikusan orientált, öt kognitív, négy relaxációs és hipnoterapeuta, hét családterapeuta és nyolc pszichodramatista végzettséggel rendelkeztek a megkérdezett szakemberek.” (Jáki és mtsai 2019a, 86)

A válaszadók felekezeti, vallási hovatartozására nem kérdeztünk rá közvetlenül a téma kényessége miatt, de az interjú során 8 válaszadó megosztotta velünk vallását. Ezek közül 4 katolikus, 3 református és 1 evangélikus volt. Személyes világnézeti meggyőződésükkel és hitükkel kapcsolatos kérdéseket sem alkalmaztunk, de a spirituális téma behívta ezeket az interjúba, és mindannyian nyilvánvalóvá tették számunkra a hithez és a transzcendenshez fűződő viszonyukat. Az interjúalanyok közel fele (14 fő) mondta, hogy van hite, fontos számára a transzcendenssel fenntartott kapcsolat, a megkérdezettek másik felének (17 főnek) nincs kötődése, hite a transzcendencia felé.

Eszközök és adatgyűjtés

A kutatás során a félig strukturált interjú módszerét alkalmaztuk. Az interjúk vezérfonalának megfogalmazása a kutatói teamben történt, csakúgy, mint a későbbi újrafogalmazása, változtatása a már felvett interjúk tapasztalatának beépítésével, kutatói alapállásunk konstruktivista szemléletének (Henwood és Pidgeon 2003) megfelelően. Az összesen 33 interjút a kutatócsoport 6 tagja vette fel. Az interjúk felvétele személyes találkozás keretében történt, helyszíneként esetenként az interjúalany munkahelye / rendelője szolgált, kivételes esetben az otthona, vagy épp egy semleges hely. A beszélgetések átlagosan 120 perc hosszúak voltak (a legrövidebb 90 perc, a leghosszabb 200 perc). A beszélgetésekről készült átiratot az interjúvoló leellenőrizte és anonimizálta még a kódolási folyamat megkezdése előtt.

A kutatócsoport

A kutatás tervezésében, a szakirodalmi tájékozódásban és az adatfelvételben – mely a szakmai kapcsolatokon túl további négy témára is kiterjedt – egy tágabb, tízfős kutatócsoport vett részt, a disszertációban bemutatott eredmények elemzésében pedig egy kisebb, négyfős team. A kódolást ketten végeztük Kiri Edittel, aki klinikai szakpszichológus és CBT pszichoterapeuta, rendszeresen konzultálva két témavezetőmmel, Tomcsányi Teodórával és Ittész Andrással. A kutatás újabb fázisainak tervezése, a kódfa eredményeinek áttekintése, rendszerezése szintén ebben a négyfős teamben történt.

Az elemzés módszertana – a Grounded Theory

Kutatásunk módszertanában kvalitatív kutatási eljárást, a Grounded Theoryt (Charmaz, 2006) választottuk. Az interjúk elemzése – a kódolás – a Grounded Theory szisztematikus elemzési eljárás módja szerint haladt, mely 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&Stauss, 2015). Az elemzés első lépése az adatredukció: az interjúszövegek sorról sorra történő végigolvasása és a kutatási kérdés szempontjából releváns gondolati egységek kiemelése, érthető szöveghű átírata. Ezt követően az adatok összevetésével értelmes tartalmi egységeket, nyílt kódokat hoztunk létre (pl. „A pszichoterápia és lelkivezetés tartalmainak ellentmondása esetén a páciensre bízva ezek mérlegelését” – 2.3.1. nyílt kód), amelyeket a kirajzolódó összefüggések mentén axiális kódok alá rendeztünk („Dolgozik a pszichoterápia és lelkivezetés konfliktusával” - 2.3. axiális kód). A kialakuló axiális kódok újabb adatok keresését és újabb nyílt kódok létrehozását tették lehetővé, cirkulárisá téve a kódolás folyamatát. A kódokat címkékkel és memókkal láttuk el, majd újra meg újra összevetettük őket egymással és az újabb interjúszövegekkel. Ezt addig folytattuk, mígnem az egyes gondolati egységek telítődtek, kiadva a kutatás legmagasabb szintű, középponti fogalmait, a szelektív kódokat (pl. „Pszichoterapeuta és lelkivezető kapcsolatfelvétel nélkül, párhuzamosan dolgoznak a pácienssel” – 2. szelektív kód). A végső kategóriarendszerben tehát az axiális kódok szolgálták annak leírását, hogy a szelektív kódokban kiemelt, átfogó jelenségek milyen módokon valósultak meg. A nyílt kódok pedig az axiális kódokhoz tartozó konkrét variációkat tartalmazták. A folyamat során az ATLAS TI szövegelemző programot alkalmaztuk, az eredményeket a program segítségével rögzítettük.” (Jáki és mtsai 2019a, 88)

EREDMÉNYEK

A 33 interjú feldolgozása során a kapott eredmények két kódfába rendeződtek a két kutatási kérdésre válaszul. Az első kódfá a pszichoterapeuták egymás közti szakmai kapcsolataiban mutatja be a spiritualitás témájának megjelenését, míg a második kódfá a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködésről szól.

Az **első kódfában** – mely harminchárom *nyílt kódot*, hét *axiális kódot* és három *szelektív kódot* tartalmaz – megjelennek a képzésekkel, továbbképzésekkel, formális és informális szakmai kapcsolatokkal, fórumokkal (mint például az esetmegbeszélő és szupervíziós csoportokkal, konferenciákkal, munkatársi megbeszélésekkel) kapcsolatos 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 megkérdezett szakemberek. 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 megjelenésének hiányát és konfliktusait mutatja be, míg a harmadik a szakmai fórumokon a spiritualitással való munka megjelenésének variációit rendszerezi.

A **második kódfa** – mely hatvannyolc *nyílt kódot*, tizenhat *axiális kódot* és négy *szelektív kódot* tartalmaz – a lelkivezetőkkel és a lelkigondozókkal való együttműködésre vonatkozó attitűdöket és tapasztalatokat rendszerezi. Az első szelektív kód azoknak a pszichoterapeutáknak az attitűdjeit mutatja be, akik nem dolgoztak együtt lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal: a hiányzó vagy megghiúsult együttműködés háttértényezőit, aleteit, és a lehetséges együttműködés megfogalmazott feltételeit, irányelveit olvashatjuk az axiális és nyílt kódokban. A második szelektív kód alatt azokat a tapasztalatokat olvashatjuk, mely során pszichoterapeuta és lelkivezető párhuzamosan dolgoznak ugyanazon pácienssel, anélkül, hogy egymással felvennék a kapcsolatot. A harmadik szelektív kódhoz tartozó esetekben a pszichoterapeuta és a lelkivezető vagy a lelkigondozó egymással kapcsolatot felvéve működnek együtt közös eset kapcsán, vagy egyéb fórumokon. A negyedik szelektív kódban pedig azokat a tapasztalatokat gyűjtöttük össze, melyekben a terapeuta értékeli a megvalósult együttműködést.

A spiritualitással kapcsolatos szakmai együttműködés változatos képet mutat mind a pszichoterapeuták egymás közti szakmai kapcsolataiban, mind a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való együttműködésben. A sokszínűség háttérében egyrészt a fokozódó érdeklődés, másrészt az egységes szakmai irányelvek, vagy azok 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 képzésben kevésbé jelent meg a

spiritualitás témaköre. Mindez nem meglepő, hiszen 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, vallás, a spiritualitás a maga teljességében el nem fogadott területnek számított, ami tovább nehezítheti mind a képzésben, mind a szakmai életben a spiritualitás kérdéskörével való bánást, 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 szembe magukat, ami a kompetenciahatárukon túlmutat. Felmerül a továbbküldés igénye olyan kollégához, aki a spiritualitás témakörében otthonosabban mozog, de ehhez is hiányosak az információk (kiket lehetne keresni, mit jelent a „pasztorálpszichológia”, stb.). Szintén felmerül a szakmai konzultáció igénye, de ezzel is többen elakadnak, kihez is fordulhatnának. Ezek 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 történő 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) Az elméleti képzésükből jellemzően kimaradt a vallással, spiritualitással kapcsolatos kérdéskör, bár a praxisukban többen találkoznak olyan helyzetekkel, amikor kompetenciahatáraikkal szembesülnek. A spiritualitással kapcsolatos kompetenciák fejlesztése céljából sokan képzési, továbbképzési, önképzési lehetőségeket keresnek. Ide tartoznak 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 módszertan 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, saját maga számára is, és a pácienseinél is ezt látta.

Irányelvként -, hogy mit, és hogyan lehetne a képzés részévé tenni - viszonyítási pont lehet a Vieten és munkatársai (2013, 2016) által megfogalmazott alapkompétenciák sora, illetve a

Bowman (1988) által kidolgozott képzési modell, mely megkülönböztet alapvetően szükséges, fontos, és hasznos ismereteket, tudásanyagot a spiritualitással kapcsolatosan.

A **szakmai kapcsolatokban** szintén változatos képet mutat a vallás, spiritualitás témájának megjelenése. A terapeuták egy része a hiányról számol be, az adott szakmai fórumon tabunak érzik a téma behozatalát. Ellenállásba ütköznek, illetve konfliktusokat hoz maga a témafelvetés is. Mások éppen a túlkapásokról számolnak be, amikor szakmailag inadekvát módon hangsúlyozódik túl a spiritualitás szerepe. Többen gyümölcsözőnek érezték az interjúkban azon szakmai fórumokat, ahol egy-egy esetmegbeszélőn, szupervízióon dolgoznak a spiritualitással, amely segítséget jelentett a páciens jobb megértésében, a terápiás elakadás kezelésében, illetve ezzel párhuzamosan az esethozó spirituális önismereti munkájában. Figyelemre méltónak találok, 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 hozni saját dilemmáikat, vívódásaikat a spiritualitás témájában, a nyilvános fórumokon, akár szupervíziós csoportokon inkább szorul háttérbe a téma, kivéve, ha maga a szupervízor az, aki maga bátorítja a csoportot az ilyen irányú munkára. Mindebben valószínűleg szerepe lehet a „beidegződésnek”, ami forrásozhat egyrészt vallás és pszichoterápia kezdeti szembenállásából, másrészt a hazai specifikumokból, amikor „vigyázni kellett”, nehogy saját magát, vagy a páciensét veszélybe sodorja az a pszichoterapeuta, aki felvállalta a spiritualitással, vallással kapcsolatos érdeklődést. Ez a „gátlás” épp úgy megjelent az interjúkban, mint a nyitás, a spiritualitás témájú 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 mind abban az irányban mutatnak, hogy időszerű lenne a kérdéssel foglalkozni, az egységes szakmai irányelvek kidolgozása és megismertetése felé haladni.

A lelkipásztorokkal, lelkigondozókkal való együttműködés felé átvészelt a hazai pszichoterapeuták körében is megjelenő olyan esetmegbeszélő és önismereti csoportoknak a működése, ahol a csoporttagok között a spiritualitással professzionálisan foglalkozó segítők, lelkigondozók, lelkipásztorok is jelen voltak. Az interjúalanyok közül volt, aki kiemelte, hogy számára ez alapozta meg leginkább a későbbi együttműködést, mert így tudott élményszinten is tapasztalatot szerezni ezen segítő szakmák mibenlétéről. Mindez egybecseng a szakirodalmi utalásokkal, melyek szorgalmazzák az interdiszciplináris esetmegbeszélő csoportokat a

szakmák közti párbeszéd, és az adekvátabb kliensellátás, együttműködés érdekében (Utsch 2005).

A lelkipásztorokkal, lelkipásztorokkal való együttműködéssel kapcsolatosan azt emelném ki, hogy a meginterjúvolt pszichoterapeuták közül többek praxisában előfordult olyan helyzet, amikor áttételesen (kapcsolatfelvétel nélkül), vagy direkt módon (kapcsolatfelvétellel) együttműködtek lelkipásztorokkal, lelkipásztorokkal. Ennek háttérében az lehet, hogy vallásos emberek körében gyakori a lelkipásztori, lelkipásztori segítség keresése, akár hosszabb távú, éveken át tartó kísérés formájában, különösen a lelkipásztetés 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. Kutatói teamünk számára fontos, és meglepő tapasztalat volt, hogy ilyen gazdag anyag gyűlt össze a szakmák közti együttműködésre vonatkozóan. A feltárt munkamódokról az alapvető benyomásainkat 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 előrevívő, konstruktív megoldást, de az előzetes beállítódások éppen így félrevezetőek is lehetnek” (Jáki és mtsai, 2019a, 97. old.). A továbbiakban összegzem a pozitív, és a negatív tapasztalatok néhány közös vonását, háttértényezőjét.

Párhuzamosan futó pszichoterápia és lelkipásztetés esetén a pozitív tapasztalatoknál a pszichoterapeuták legtöbbször a kompetenciahatárok betartására hivatkoztak, mint háttértényezőre. Ez forrásozhatott abból, hogy maga a páciens rendelkezett olyan mentálhigiénés kultúrával, 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 lelkipásztortól, akikkel kapcsolatba került. A jó együttműködésről szóló

beszámolókbán a kompetenciahatárok, bevitt tartalmak helyének megtalálásában segítő szempontok a következők voltak: a spiritualitáshoz, hitélethez, vallásgyakorlathoz tartozó kérdések képezik a lelkivezetés témáját, míg a pszichoterápia mindennek a pszichológiai szintjével foglalkozik. Mindez egybeesik 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, de azoknak egy sajátos vetületén van a hangsúly, a spirituális dimenzió szempontjából kerülnek átértelmezésre (Tomcsányi és mtsai 2009, May 1982).

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

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

A negatív tapasztalatok háttérében szintén tetten érhető tényező a lelkiprovokáló feltételezhető viszonyulása a pszichoterápiához. A terapeuták találkoztak azzal a jelenséggel, amikor a páciens tartott attól, hogy a lelkiprovokálóje ellenezné a pszichoterápiát, így nem is merete szóba hozni a lelkiprovokálótnél, hogy terápiás segítséget kért. Többen beszámoltak arról is, hogy nyitottak lettek volna a lelkiprovokálóval való konzultációra, de a másik fél részéről hiányzott az együttműködési szándék. Valószínűleg a történelmi gyökerekre visszavezethető előítéletek, vallás és pszichoterápia közti kezdeti ellenállás hatása az (Baumgartner 2006, Németh 1993), mely bizonyos lelkiprovokálóknál még mindig megjelenik.

Szintén a negatív együttműködési tapasztalatok háttérében ható tényező a lelkiprovokálás, lelkiprovokáló kapcsolat minősége, illetve az elhangzó tartalmak által képviselt hatás. Bizonyos esetekben arról van szó, hogy a lelkiprovokáló nem rendelkezik pszichopatológiai ismeretekkel, és előfordulhat, hogy amúgy a hitélet vonatkozásában adekvát visszajelzése egy ponton mégis inadekváttá válnak amiatt, ahogy pszichodinamikailag a páciensre hatnak. Sokszor egy régóta fennálló lelkiprovokáló kapcsolatnak kell azzal megbirkóznia, hogy a lelkiprovokálótnál valamilyen pszichés zavar indul, ami a lelkiprovokálás folyamatát is befolyásolja. Az interjúkban látunk erre példákat. Gyakran ilyenkor a pszichoterápia és a lelkiprovokálás konfliktusba is kerül. Természetesen a lelkiprovokált pszichopatológiájától függetlenül is lehet egy lelkiprovokálás inadekvát, ami a szakirodalomból is ismert jelenség: a (nem adekvát) lelkiprovokálás lehet negatív hatással a páciens lelki egészségére, érzelmi problémákhoz vezethet, mellyel később a lelkiprovokált pszichoterápiába kerül (Richards & Bergin 2005, Cooper-White 2004).

Pszichoterapeuta és lelkiprovokáló kapcsolattartására vonatkozóan az interjúkban mindkét együttműködési forma megjelent: a kapcsolatfűtés nélküli forma is, amikor a két segítőt (csak) tud egymásról, és az az elrendezés is, amikor konkrétan kapcsolatba is lépnek egymással. Leggyakrabban azért vette fel a kapcsolatot a lelkiprovokálóval a pszichoterapeuta, 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 lelkiprovokálónak a páciens védelme érdekében, miután az egyeztetés kudarcot vallott, 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. (Analogiákként a gyógyszerelő orvossal történő kapcsolattartást nevezte meg.) Mindegyik kapcsolattartási forma (folyamatos, vagy csak konfliktus esetén kezdeményezett) megjelenik a szakirodalomban javaslatként (Cooper-White 2004), elsősorban az integráció szempontjait kiemelve, annak szolgálatában. Az integráció kérdésére az interjúkban 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, 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, mint ami bár összefügg, de mégis külön terület a lélektani szinthez képest, és pszichológiai szintre kezdte redukálni a megjelenő tartalmakat, végül a páciens kilépett a terápiából. Itt utalnék LaMothe és munkatársai (1988) gondolatmenetére, akik „a szelektív hangolás sterni elméletét analógiaként 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 átszőhetik. Így kizáródásukkal sok más olyan élmény is kizáródhat, ami ezekhez kapcsolódik” (Jáki és mtsai 2019a, 100). 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” (Jáki és mtsai 2019a, 99). 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 talákoztunk 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, 99).

A párhuzamos pszichoterápián és lelkivezetésen, illetve az egymást váltó lelkigondozáson és pszichoterápián túl az interjúk gazdag betekintést engedtek **további együttműködési formákba** is, mint például a közös esetmegbeszélő csoportok munkájába, vagy a konzultáció kérés eseteibe, mely mindkét irányban megvalósult: volt, hogy a lelkivezető kért egyszeri vagy rendszeres konzultációt pszichoterapeutától, volt, hogy pszichoterapeuta keresett teológiai végzettségű segítőnél egyszeri vagy rendszeres konzultációs lehetőséget, szupervíziót valamilyen spiritualitást érintő terápiás elakadás kapcsán.

Ez a gazdag gyakorlat annak a lehetőségét is magában hordozza, hogy ezek az együttműködési formák ismertebbé válhassanak, mind az igény felismerésének szintjén, mind a megvalósuló kooperáció szintjén.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatási eredményekből következtethetünk arra, hogy a szakmák közti együttműködésben a tapasztalati tudás szerepe döntően fontos az elméleti tájékozottság mellett.

Azok a pszichoterapeuták, akiknek a praxisában – függetlenül attól, hogy ők magukat hívőknek, vallásgyakorlóknak mondják-e – gyakori az egyházi küldőkkel, lelkivezetőkkel és lelkigondozókkal való kapcsolat, intuitíve többnyire adekvát módon használták az interjúban is 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 ezek alatt a megnevezések alatt. Szintén az interjúkból derül ki, hogy azok a vallásos pszichoterapeuták, akik a csak saját vallási hagyományuk terminológiájában mozogtak otthonosan, nem tudtak ettől eltérni a fogalmak tisztázását követően sem. Így például protestáns felekezetekhez tartozó pszichoterapeuták, akiknek az egyházában a lelkigondozásnak nagy hagyománya van, viszont a lelkivezetés kevésbé ismert, nem differenciálták ezt a két területet, válaszaikban – függetlenül a fogalomhasználatától – olyan szempontokat hoztak fel, melyek tartalmilag a lelkigondozásra utaltak. „A jelenség jól leírható Polányi Mihály hallgatólagos tudás elméletével (Polányi 1992). Polányi szembeszáll a pozitívista 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 az interjúban 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

rápült 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, 97-98).

Hasonló következtetést vonhatunk le a pszichoterapeuták képzés iránti igényére vonatkozóan: erőteljesen hangsúlyozódott az interjúalanyok körében a spiritualitásra vonatkozó sajátélmény szükségessége, mely megalapozhatja az arra ráépülő – 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 a konferenciák, workshopok irányába, a saját gyakorlatra vonatkozó kérdések gyakran a bizalmi munkatársi kapcsolatok szintjére szorúlnak.

Az együttműködés irányelveivel kapcsolatos ismeretek hiánya plusz terhet ró mind a pszichoterapeutákra, mind a páciensekre. A pszichoterapeuták iránytű nélkül, maguk küzdenek gyakran a kérdéskörrel. A páciensek pedig kiszolgáltatottak arra vonatkozóan, hogy terapeutájuk milyen megoldást talál, tart helyénvalónak. Gyakori például az az attitűd, ami a páciensre bízza mind a keretek kezelését mind a tartalmak integrációját párhuzamos pszichoterápia és lelkivezetés esetén, mely esetenként túlterhelő lehet a páciens számára, meghaladhatja adott pillanatban a teherbírását, mentalizációs kapacitását.

A spiritualitással kapcsolatos együttműködés kérdése, igénye jelen van mind a pszichoterápiás szakmán belül, mind a lelkivezetőkkel, lelkigondozókkal való kooperációban, melyet a páciensek igénye, a gyakorlatban előforduló ilyen irányú megkeresések is megerősítenek.

A disszertáció eredményei, az azokkal kapcsolatban már megjelent, és a továbbiakban tervezett publikációk hozzájárulhatnak a témában való jobb tájékozódáshoz, kompetensebb gyakorlat kialakításához mind a pszichoterápiás szakmában, mind a lelkigondozók, lelkivezetők körében.

Az interjúkban ugyanakkor hangsúlyosan megfogalmazódott az arra vonatkozó igény, 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 az együttműködési irányelvek pontosabb megfogalmazását, kidolgozását. Ez mindenképp

interdiszciplináris együttműködés keretében, pszichoterapeuták, lelkipásztorok, lelkipásztorok bevonásával valósulhatna meg. Az eredmények egyrészt az egyes szakmák képzési programjai számára szolgáltatathatnának információt, másrészt alapját képezhetnék a szakmák közt kibontakozó párbeszédnek, a páciensek szükséglete szerinti együttműködnek, és a közös szakmai műhelyek kialakulásának.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

A disszertáció témájában:

- Jáki Zs, Tomcsányi T, Ittész A. (2016) Spiritualitás, vallás és pszichoterapeuta képzés: mit, miért, hogyan? In: *Pszichoterápia*, 25 (4): 291-300.
- 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.
- Jáki Zs, Ittész A, Kiri EA, Sallay V, Kővári M, Tomcsányi T. (2019 a) Hungarian Psychotherapists' Experiences of the Cooperation with Spiritual Directors and Pastoral Counselors. A Qualitative Study. In: *European Journal of Mental Health*, 14(1), 78-108.
- Jáki, Zs, Tomcsányi T, Kiri EA, Sallay V, Ittész A. (2019 b) A spiritualitás megjelenése a pszichoterapeuták közötti szakmai kapcsolatokban – egy hazai kvalitatív kutatás eredményei. *Pszichoterápia*, 28(2): 106-116

További publikációk:

- Jáki Zs. Vallásos fejlődés, istenképek nőknél és férfiaknál. *Egyházforum* 2006: 21 (3), 13-15.
- Jáki Zs. The Healing Force of Families Providing Help for those Suffering from Psychosis (Lobban, F. & C. Barrowclough (2009) A Casebook of Family Interventions for Psychosis) *European Journal of Mental Health*, 2009: 5. (1), 115-120.
- Varga Á, Szőke K, Jáki Zs, Terenyi Z, Pál Gy, Csóligné Szlicki K. A gyógyszer mint lehetséges projektív felület. *Neuropsychopharmacologica Hungarica* 2007: 9 (3), 137-141.