

A BONUS PASTOR KÉT ÉVTIZEDE

■ A függőség kényszerbetegség is, és ha Freud a kényszerbetegséget „magánvallásnak” nevezte, akkor a közösségi létmódban kell lennie a gyógyulásnak. A függőség kapcsolatbetegség, ezért esik a hangsúly a Bonus Pastor Alapítvány szolgálatában és terápiás programjaiban a *csoportherápiára*.

Munkánk során a szorongásos tüneteknek mind a négy alapformáját kimerítő (szki-zoid, depressziós, kényszeres és hisztérikus) személyiséggel¹ találkoztunk, de nem találkoztunk magával a függő személyiséggel, azaz ez is bizonyítja, szakmailag kezd egybehangzóná válni a kritikai és távolságtartó vélemény, hogy amúgy mindenki potenciálisan „függő személyiség”. Ilyen értelemben véve nem létezik ún. abnormális kliens! Ezekhez a többé-kevésbé megkülönböztethető szorongással küszködő személyiséggel rendelkező kliensekhez különböző terápiás megközelítést kellett alkalmazni, kinél mit kellett felerősíteni, szemben a másik három alapkategóriával, hogy a szorongásával megküzdhesen. Újabb ezek a kategóriák könyvcímekben is megjelennek, és kibontásuk aktualizálja a szorongás gyógyítását.²

Riemann felosztását elemezve Helmut Weiss – erdélyi származású kiképző szupervízor és lelkipáter – megállapítja: „Minden más szorongás végső soron az alapszorongások valamilyen variációja, melyek az alapvágyakhoz kapcsolódnak: önmagunk megtartása, önmagunk odaadása, tartósság és változásra való igyekezet.”³ Kierkegaardtól Viktor Franklig megragadhatóvá vált a négy emberi egzisztenciális probléma: az élet értelme, a halál, a szabadság és az egyedüllét kérdése. Ha ezek az egzisztenciális kategóriák – melyek eredetileg a klasszikus teológiai kérdéskörök alapjait képezték – a filozófiai kutakodás homlokterébe kerültek, akkor nem meglepő, hogy a pszichológia is az ezekkel kapcsolatos szorongással kezdett el foglalkozni. Napjainkban a pszichoterápia jelentős szakembere, Yalom is e négy kérdés köré izesíti a vizsgálandó diszfunkcionálisokat, és ezek kezelésére irányítja mind az egyéni, mind a csoportterápia gyógyító fókuszát. Riemann nyomán kiemeli a szorongás négy alapformáját: az első esetben félelmet érzünk önmagunk odaadásától, mert énünk elvesztésének és függőségnek éljük meg. A második esetben félelmet érzünk önmagunk megvalósítására, mert a biztonság elvesztésének és izolációnak éljük. A harmadik esetben a változástól való félelem jelenik meg mint a mulandóság és bizonytalanság kiváltotta szorongás. Végül a negyedik esetben fellép az állandóságtól való félelem, mert szorongunk a végességtől és a szabadság elvesztésétől. Ez utóbbinál a gyakorlat arról győzött meg, hogy Weiss észrevétele ez esetben sántít, sokkal inkább Yalommal és az egzisztenciális filozófia és pszichoterápia felismeréseivel egybehangzón szerintünk inkább a szabadságtól és a vele járó felelősségtől való félelem váltja ki a szorongást. Ez pedig hatványozottan látthatóvá válik a függők esetében, hisz paradox módon a szabadság utáni sóvárgás a vele járó felelősség kiiktatásával szeretné megragadni a szabadság megélése-megtapasztalása nyújtotta komfortérzést.

A másik aspektus, ami megítélésünk szerint mind Riemannál, mind Weissnél hiányzik, az a kontextuális családterápia és terápiás csoport nyújtotta páratlan perspektíva és konkrét lehetőség. Bár ez csak módszertani kérdésnek tűnik első látásra, jelentőségét a gyakorlat visszaigazolása veti fel, mert ha nem lenne hatékonyabb, nem teremtene meg indukciós teóriákat. Ami mégis idekívánczol, az az emberi természet egységes jellege, ami nyilván egy fontos kiindulási alap a Bonus Pastor küldetésében. Gyakorlatilag ez ki is iktatja a függő személyiség mítoszát. Szakmai értelemben viszont indokolja, egyéb megfontolás mellett a pasztorálpszichológiai orientációt is.

E több mint két évtized alatt rendre lefolytattunk képzéseinken néhány szakmai vitát, szembe kellett néznünk a kihívásokkal. Például azzal, hogy nehezen elválasztható a kényszerbetegség és szenvedélybetegség fogalma. Vagy azzal, hogy szükséges-e az életminőség eredményes javításához egyfajta életvezetés eszközeinek átadása-betanítása. Másrészt az antropológiai, humán pszichológiai és teológiai hármas megközelítés nyomán világossá vált: ha a függőségem fölött a kontrollt el is veszítettem (hisz ma-

ga a függőség kontrollvesztés!), a kialakult függőség ellenére nem veszíthetem el a saját felelősségemet a felépülésemet illetően.

Ami a szolgálatunk során előtérbe került nagyon hamar, az az utógondozás (sok esetben ez család-gondozás). Ebben a családi kontextusban, amelyben a szenvedélybeteg szülő gyermeke is érintett, az utógondozás részeként mintegy a prevenció is megjelent. Kontextuális jellegű és meghatározottságú függőségről beszélünk, hisz a szer- vagy folyamatfüggőség magával rántja a család mint rendszer megbetegedését, kialakítja a társfüggőség játszmáit, és felborítja vagy átrendezi a kapcsolatok egyensúlyát, legalábbis a dependencia kialakulásának fázisában. Ezt megfigyelve már 1998-ban bevezettük a prevenciós gyermek- és tinitáborok szervezését, sőt már azelőtt megszerveztük a felépült („szabadult”) alkoholisták és szenvedélybetegek utógondozó táborát.

Ha a Böszörményi-Nagy Iván és munkatársai által hangsúlyozott kontextuális családterápia fogalomtárával élek, akkor azt mondhatjuk, hogy a Bonus Pastor elég korán alkalmazni kezdte ennek az iskolának a terápiás gyakorlatát. Pontosabban e gyakorlat négy dimenziójának egyikét-másikat: a tények megértését, a pszichológiai megközelítést, a szisztemikus/rendszer szemléletű tranzakciós és a relációs-etikai megközelítést. Tudatossá és rendszeressé tette azután e többszörös kezelés alkalmazását egyes kollégák pszichoterápiás, családterápiás képzése, majd végül a kontextuális lelkigondozói képzése.

A függő mellett ott van a társfüggő családtag is. Munkatársaink megfigyelhették, hogy a kettő közös játszmájában az egyik túlkontrollálni igyekszik, a másik pedig kontrollvesztett lesz, és nemcsak a szerhez kezd kötődni, hanem a „játszmatárshoz is”, legyen az a párja, a gyerekei vagy akár maguk a szülei. Hangsúlyozni kezdtük mind a két extrémítás veszélyét, azaz vizsgálni kezdtük, hogy mind a kontrollvesztés esete, mind a túlkontrollálás kényszere kialakulhat, az előbbi többnyire a függőre, az utóbbi inkább a társfüggőre jellemző, de a határok valójában nem ennyire élesek köztük, sok az átfedés. Míg az alkoholizmus, kényszeres evés, kényszeres játékszenvedély, a magas kockázatú extrém sportok és extrém tapasztalatok hajhászása, a pornó- és szexfüggőség, a kényszeres költekezés, gyűjtögető- és vásárlásmánia, a munkamánia (workaholism) és internetfüggőség inkább a kontrollvesztés kategóriájába sorolhatók, addig a túlkontrollálás csoportjába az anorexia, a kényszeres aszexualitás, a kényszeres (extrém) vallásosság, ehhez „csatolt áruként” a mágiikus vagy/és hipokrata legalizmus (rigórozus törvény-vallásosság), a kényszeres takarékoság/fősvénység, a kényszeres prokrasztináció, a főbikus reakciók és nem utolsósorban a kodependencia tartoznak.

Nyilván a kontrollvesztett élete kaotikus, a túlkontrollálóé merev, az előbbi mindig a határokon egyensúlyoz, az utóbbi kockázatkerülő, az előbbi állandó krízissel teli, az utóbbi életét üresnek érzékeli, az előbbi észszerűtlen, az utóbbi ítélkező, az előbbi felelőtlen és mértéktelen, az utóbbi viszont perfekcionista és megfosztó.⁴

Ha visszanezünk a több mint két évtizedes munkásságunkra, akkor az erdélyi református egyház 1993-ban létesített Református Mentő Missziója által működtetett Bonus Pastor Alapítvány és annak a hosszú távú bentlakásos rehabilitációra berendezkedett magyarórdi Terápiás Otthona eddigi tevékenységét össze kell mérnünk az európai standardokkal. Egyik ilyen szóba jöhető dokumentum az Európai Drogprevenció Minőségi Standardokról készült kiadvány, amely a drogprevencióval kapcsolatban használt definíció taglalásánál leszögezi: „Jelen kontextusban valamennyi olyan tevékenységet drogprevenciónak tekintünk, amely a droghasználat kialakulását kívánja megelőzni, annak későbbi életkorra történő eltolását, előfordulási gyakoriságának csökkentését, illetve a droghasználat káros következményeinek a mérséklését célozza (részben vagy egészben) az általános populációban, illetve annak alcsoportjaiban. Ez tehát magába foglalja a droghasználat kialakulásának megelőzését, az első droghasználat időbeni késleltetését, a leszokás előmozdítását, a droghasználat gyakoriságának és/vagy mértékének a csökkentését, a kockázatos és ártalmas droghasználati mintázatok kialakulásának megakadályozását és/vagy a droghasználatjal járó károk mérséklését. [...] Ezek a tevékenységek ugyanakkor koncentrálnak az ártalomcsökkentésre is.”⁵

A Bonus Pastor a szerfüggőségek mellett a folyamatfüggőségeket is megcélozta, amire nem terjed ki a Standardok figyelme, talán a drogpolitika érthető érdekei és sajátosságai miatt, de mondanunk sem kell, professzionális és közelebről addiktológiai szempontból nem eléggé indokolható módon, hisz a definíció csak a pszichoaktív sze-

rekre redukálódik. Mit nyújtottunk mind a szerfüggők, mind a folyamatfüggők kezelése során, és mire törekedtünk, amikor a családtagokat is megcéloltuk egy összetettebb terápiával?

Mindenekelőtt egységben igyekeztük látni a kezelést és annak végső kimenetelét, ezért is munkatársaink egy része beletanult az eredményesség kiértékelésébe, azzal egybehangozón, ahogy ezt a szakmaiság megkívánja: „A *kezelés szintjén* a beteg elsődleges érdeke a kezelési folyamat és a végső kimenetel egyértelműsége.”⁶ Két pszichológus-addiktológus munkatársunk is beleásta magát ennek módszertanába, majd mesteri dolgozatok készültek a felméréseikből. Miután a függők családtagjait is bevontuk a munkánkba, egyértelművé vált a függők családjainak kontextuális megismerése és az igény egy teljesebb körű családterápiás intervencióra. Szakembereink megfigyelése igazolná Itzsozt Gill Gorell Barnes tételét: „A látszólag hasonló körülmények túlélő és nem túlélő családok közötti különbség a családi kapcsolat minőségében van. A családban meglévő kohézió és segítség védelem a stresszekkel szemben. Számos tapasztalat szól arról, mennyire értékesek a szoros, meghitt kapcsolatok az egészség és a jó közérzet szempontjából.”⁷ A kapcsolatok minősége kitétel azt is jelzi, hogy a függőség elsősorban kapcsolati betegség és mint olyan teljes ellensége az igazi intimitás kialakulásának, és viszont: a függőség és meghittségben vállalt függés ellentéte is. A függés alatt megkülönböztetésül egészséges *interdependens* kapcsolatot értünk, a függőség alatt pedig *kodependens* és kóros kapcsolódást, ami végső értelemben nem lehet kapcsolat, csupán egy manipulatív játszma, mint kvázi-kapcsolat.

Nyilván a fentiek alapján fordítva is igazolódni látszik, hogy a sokproblémás családok esetének hátterében többnyire függőség áll, ahogy azt egy amerikai-koreai kulturális határon elemző családterapeuta észleli: „Felmérték, hogy a sokproblémás eseteknél valahol 50-80% között található a drog- és alkoholvontakozások aránya.”⁸

A Terápiás Otthon létesítése óta (2005) – mivel a munkatársi csapat a kanadai Portage modellre vokolt – a hangsúly nem az elvonásra, nem is a passzívítást és ellenállást növelő régebbi módszerekre esett, hanem a kliensek bevonására, a felelősségértre való appellálásra.

A szer- és folyamatfüggőségek kialakulása nagyon is tudatos lehet a felszínen, miközben teljesen észrevétlen marad a tudattalan mélyben. A mesterségesen és műveleg elérhető hatás tanulástörténetével állunk szemben, ami segítséget nyújt az embernek az életérzés fokozására, a megfoghatatlan (be nem határolt) érzelmi állapotok kezelésére és kontrollálására és/vagy szenvedések csillapításra, illetve bizonyos hiányérzetek átmeneti és rövid úton való megszüntetésére-kioltására. Az ezen állapot révén kialakuló diszkomfort érzést hivatott csillapítani, elzsibbasztani, ha lehet kikapcsolni, sőt állítható, hogy rövid távon általa pozitív kedélyállapottal igyekszik megajándékozni önmagát az egyén, aki az öngyógyításnak és rövidzárlatos önvigasznak ezt az ambivalens útját választja.⁹

Egy másik szempont szerint más kutatók a szerfogyasztást az étellel való megbirkózási kísérletként értelmezik, megint mások életvezetési segítségnek tartják. Mindenképpen arra a meglepő konklúzióra jutnak, hogy a drogfogyasztásnak funkciója van.¹⁰

Ez egy túlélési stratégia, a kérdés inkább az, hogy esetleg más stratégiákat is ki akar vajon alakítani. Ebben rejlik a kliens lehetősége. Egy egészséges terápiás közeg azon dolgozik, hogy a kliensnek legyen saját felelőssége. Nemcsak arra törekedtünk, hogy általában az élete alakulásáért vállaljon (majd) felelősséget, hanem arra is, hogy felelősen részt vegyen a saját terápiájában (már most) is. Arra is igyekeztünk, hogy a munkatársak ne kontrollszemélyként, hanem tényleg terapeutaként, az életvezetésükben és terápiájukban csupán bábáskodó embertársként vegyenek részt, a felelősséget a Portage filozófiája értelmében fokozatosan visszaadva a kliensnek.

Évek óta foglalkoztatja a munkatársi csapatot, hogy ne csak a „végváron” folytassunk csatákat, hanem felsőbb szinten is, a lobbizás esélyeit fontolgatva. Nem rajtunk múlott egyelőre, hogy Romániában ez kivitelezhetetlen. Pedig ha ez a kiterjesztés megvalósulna, a segítők szakemberi mivolta több megbecsülésben és elismerésben részesülne.

Azzal a Bonus Pastor munkatársai is tisztában vannak, hogy a magyarázati és kezelési modellek sokasága mindig aszerint variálódik, hogy éppen melyik okot/tényezőt hangsúlyozzák a rengeteg tényező együtteséből. Mi azonban egy ideje mindenképpen

családterápiás és kontextuális szempontból közelítünk ehhez a nagyon összetett kérdéshez. Jan Hoet, rendszerszemléletű pszichilógus kísérletéről tudunk, aki Böszörményi-Nagy Iván kontextuális családterápiás eszmerendszerét igyekezett a függőségek értelmezésében és kezelésében felhasználni és alkalmazni.¹¹ Neki ambuláns gyakorlata is van, ami nem elhanyagolható a gyakorlati munka eredményezte visszacsatolások és a teóriakorrekciók érvényesítése szempontjából.

Tanulmányában a függőség négy aspektuscsoportját a Böszörményi kidolgozta négy dimenzió lencséjén át szemléli és közelíti meg. Ez azzal járt, hogy az ő ösztönző gondolatai nyomán (is) a bizalom kialakítására rendkívüli hangsúlyt fektetünk a terápiás meghatalmazásban. Ennek követelményét Böszörményi határozta meg. Az igazságosság mérlege vagy konstruktív, vagy destruktív jogosultságot eredményezhet. Ózdon a terápia során jobb esetben körülbelül a harmadik hónapban jut el a kliens arra a pontra hogy a családi kapcsolatait is elkezdje rendezni. Az ellenállás a kliens részben tudattalan ellenkezése a terápiával szemben, mert veszélyeztetve érzi a benne megbújó motiváló erők egyensúlyát. Ezt az erőegyensúlyt egészíti ki és jelentősen kibővíti a családi háttért képező személyek közötti belső és külső egyensúlyok kölcsönhatása. Ezért sem lehet a kontextuális szemlélettől elvonatkoztatva megkísérelni az egyéni terápia absztrakt terében eredményesen és hosszú távon hatékonyan valamit is elérni.

A függőbeteg származási családjá keretében a gyerekkori és ifjúkori hatásösszetevők tényszerű megismerése alapvető és elsődleges. Ez az első dimenzió, amit ki kell bontani a terápia kezdetén. Amikor az ózdi kezelés szignifikáns elemeként a csoportterápia fontosságát hangsúlyoztam, amiben elmélyül a közösségi rítusok, a kölcsönös tisztelet és az elszámoltathatóság terének megteremtése (bár emellett egyéni terápiát is folytatunk, minden kliensnek van mentora a terápia teljes idejére nézve), akkor az a felismerés vezetett, hogy a hiteles, buberi értelemben vett emberi kapcsolódás (Én–Te-viszony) hiánya vagy torzult formái (Én–Az-kapcsolódás) a függőség kialakulásában vagy fenntartásában központi szerepet játszanak. A függőségekkel kapcsolatos népszerű TED-előadások is ezt látszanak igazolni, Johann Hari kijelentése is erre utal („a függőség ellentéte nem a józanság. A függőség ellentéte a kapcsolat”). Persze nem biztos, hogy a másik előadó, Judson Brewer pszichiáter nem a Feldmár hangoztatta végtel felé tendál, amellyel nincs terünk itt vitatkozni, miszerint a szokás legyőzhető, és szigorú értelemben nem helyes szenvedélybetegségről beszélnünk.¹² Ami mégis fontos Brewer előadásában nem új, mások is hangoztatták már, miszerint az életben maradás szolgálja pl. az evést, az éhség csillapítását, vagy valami más lesz a „trigger”, ha az evésre motiváló inger például egy konfliktus vagy valamilyen érzelmi állapot szolgál kiindulópontként. Ez teremti meg az úgynevezett „stresszevést”, ami hosszú távon függőséghez vezet(het).

Mi történik tehát Ózdon a kilenc hónap alatt? Hermetikusan elzárjuk a klienseket a kinti élettől? Ez az „incubator” nem növeli a veszélyt, a kliens sebezhetőségét, amikor lejár a terápiája? Ismét Yalomot idézem: „A terápia nem helyettesíti az életet, csak a valódi élet főpróbája.”¹³

A terapeuta nem is teheti meg, hogy csak a kliens mellett köteleződjön el, ha őt a saját kontextusában lelkigondozza. Erre utal a szintén eredetileg Böszörményi által megállapított „többirányú elköteleződés” fogalma, ahogy azt a holland szerzőpáros értelmezi: „Ez a fogalom egyszerre jelöl magatartást és módszert: arra utal, hogy hogyan köteleződhetsz el a beszélgetőtársad, a kliensed vagy a lelkigondozottad irányába, és azok irányába akik az ő alapvető kontextusukhoz tartoznak.”¹⁴

Végül szólnunk kell a terápiás munkatársakra leselkedő veszélyekről, akik viszont nemcsak a kliensek, hanem saját családjuk kontextusát is képezik. Bizony a két évtized alatt sokszor sodródtak a kiegészítés határára, ezen a téren is tanulnunk kellett. Hézser Gábor találóan jegyzi meg: „Az állandó, professzionális *empátia* követelménye, a folyamatos kapcsolatteremtés annyi energiát igényel, hogy a magánéletben erre már alig marad a segítőnek erőtartáléka.”¹⁵ Ugyancsak szerinte ez befolyásolja a kontextuális családterápia oly fontos felismerését képező adás-vétel egyensúlyát is: „Ha egy nehéz nap után valaki »teljesen kivan«, akkor nem tud még a családjának is nyújtani valamit. Életszükséglete viszont, hogy a családjától erősítést kapjon. Az *adás-vétel dinamikája* kiegyensúlyozatlanná válik. Sokszor így a többi családtag nem kaphatja meg a segítő foglalkozást űzőtől azt, amire önmaga fejlődéséhez szüksége lenne (pl. a házastárs az aktív

figyelmet, a gyermekek a szükséges vitapartner, akire további orientációjukhoz szükségük lenne.)”¹⁶ A terápiás munkatársaink szupervízora kérdezett rá egyszer, vajon nem történik átvitel, nem terhelődünk le a függők terheitől? Erre is figyelmeztet Hézszer: “Mások annyira azonosulhatnak klienseikkel, hogy *internalizálják*, magukévá teszik azok nyomasztó problémáit – világukból árnyékvilág lesz.”¹⁷

Végül munkánk spirituális jellegéből is következik a küldetésünk egyik fontos sajátossága, amikor a klienseink spirituális szinten is igénylik a segítséget. Mi lenne az a specifikum, ha nem az exoneráció és megbocsátás szolgálata? A megbékélésé, a szó Pál apostoli értelmében (2Kor 5). Ez nem csupán elengedést jelent, ez a felépülés garanciája, és mint ilyen, előre, a jövőbe mutat: „Mindkettőnek, mind az exonerációnak, mind a megbocsátásnak az a következménye, hogy a jelen fáradozásából a jövő nemzedékek hasznot húznak, ami azt szolgálja, hogy emberek megszabaduljanak a destruktív jogosultságtól, és felvállalják a kapcsolatok és azok helyreállítása iránti felelősségüket.”¹⁸

Horváth Levente

■ JEGYZETEK

1. Fritz Riemann: *A szorongás alapformái*. Ford. Jólesz László. Háttér Kiadó, Bp., 1998. Második kiadás, 14.
2. Lásd például Feldmár András: *Akarat és odaadás*. HVG Könyvek. Feldmár Intézet kiadása, Bp., 2015.
3. Helmut Weiss: *Lelkigondozás – szupervízió – pasztorálpszichológia*. Ford. Hieble-Novák Erika, Kocsev Márton, Dr. Pólya Katalin. Exit Kiadó, Kvár, 2011. 228.
4. A fenti osztályozásban többé-kevésbé Patrick Carnes szemléletes táblázatait és rendszerezését követem, hisz a saját gyakorlati terápiás munkánkat konkrétan is segítette alkalmazásai frappáns megfogalmazásaival. Vö. Patrick J. Carnes: *A Gentle Path through the Twelve Steps. The Classic Guide for All People in the Process of Recovery*. Hazelden, Information and Educational Services, Minnesota, 1994.
5. Lásd in *Európai Drogprevenációs minőségi standardok Nemzeti Drog Fókuszpont, Nemzeti Kábítószert Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ*, Bp., 2012. 19. (Az eredeti angol nyelvű kiadvány: *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA Manuals, 2011. 26.)
6. Franz Petermann – Jörg M. Müller: *Minőségi esetvezetés a klinikai pszichológiában*. Gyakorlati útmutató a kezelés megtervezéséhez és értékeléséhez. Ford. Kiss Zsófia. Animula Kiadó, Bp., 2006. 16.
7. Gill Gorell Barnes: *Család, terápia és gondozás. Alapvető ismeretek a családokról és a családterápiáról*. Családterápiás sorozat 2. Animula Kiadó, Bp., é. n. 49.
8. Insoo Kim Berg: *Konzultáció sokproblémás családokkal*. Ford. Dr. Bíró Sándor. Családterápiás sorozat 5. Animula Kiadó, Bp., 160.
9. Vö. A. Brandl-Nebehay – B. Rauscher-Gföhler – J. Kleibel-Arbeithuber (szerk.): *Rendszerszemléletű családterápia, Alapok, módszerek és aktuális trendek*. (Mentálhigiénés kultúra VII. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet. Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány, Bp., 2007. 282–287.
10. Uo.
11. Jan Hoet: *Amikor a relacionális segítségforrások kiapadnak: a függőség kontextuális szemlélete*. In: May Michielsen – Wim van Mullingen – Leen Hermkens (szerk.): *Összetartozásban*. A kontextuális segítségről. Ford. Kiss Jenő. Exit Kiadó, Kvár, 2010.
12. Gombola András: *Nem hagyhatom kint Istent. Egy szenvedélybeteg sportoló szabadulása*. Szerk. Petri Gábor. Luther Kiadó, Bp., 2016. 275–279.
13. Irvin D. Yalom: i. m. 194.
14. Hanneke Meulink-Korf – Aat van Rhijn: *A harmadik – akivel nem számoltak*. Ford. Dr. Kiss Jenő. Exit Kiadó, Kvár, 2009. 151.
15. Hézszer Gábor: *Miért? Rendszerszemlélet és lelkigondozói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok*. Kálvin Kiadó, Bp., 1996. 122.
16. Uo. 122.
17. Uo.
18. Martine Bakeman: *Megbocsátás és mentesítés (exoneráció)*. Ford. Kiss Jenő. In: *Megmászthatatlan jogigény. Betekintés a kontextuális lelkigondozásba és segítésbe*. Exit Kiadó, Kvár, 2013.