

FERENCZI ENIKŐ

A TEOLÓGIA ÉS PSZICHOLÓGIA KÖZÖS NYELVE

Klinikai lelkigondozás

A pszichoszomatikus szemlélet térhódítása az orvostudományban magával hozta, hogy a beteg ember immár testi-lelki-spirituális-szociális összetettségében jelenik meg. Ez a megközelítés jóval többet kínál annak felismerésénél, hogy a beteg testi tüneteinek lelki kiváltó okai lehetnek. Az új szemlélet jelentése az, hogy a betegség nem más, mint az ember testi-lelki-spirituális-szociális egészségének sérülése, s a gyógyításkor a megsérült *egészt* kell figyelembe venni. Az ilyen jellegű orvosláshoz különböző diszciplínák szakembereire s azok együttműködésére van szükség. A Connecticut *Society for Mental Hygiene* 1908. május 6-i megalapításával a Yale Egyetemen a mentálhigiénés mozgalom már a kezdet kezdetén megteremtette az alapállásnak tekinthető interdiszciplináris együttműködés lehetőségét az egyház, az iskola, a kórház és a szociális intézmények között, és kilépett az egyetlen szakterület illetékességét hangoztató egyoldalúságból. Az 1946-os *Mental Health Act* törvényesen is előírta a humán tudományok együttműködését.¹

Elragadóan fejezi ki a magyar nyelv, hogy a betegség nélküli állapot az egészség; az egészre, a teljesre utalva. Az ember oszthatatlan, nem lehet testre, lélekre, szellemre bontani. Ez pedig egy kapcsolódási pontja a pasztorális lélektanak, a klinikai lelkigondozásnak, és a pszichoszomatikus orvoslásnak.

A teológia területén is megerősödött az a szemlélet, amely előbb a gyakorlatban, majd a kutatás területén is segítette a diszciplínák közti közeledést. „A pasztorálszichológia egyrészt azt tűzte maga elé célként, hogy a pszichológiai kutatások eredményeit hozzáférhetővé és felhasználhatóvá tegye a lelkigondozás számára. Másrészt a bibliai antropológia több évezredes szellemi kincsét, valamint a modern teológiának az ember transzcendens nyitottságáról és spirituális életéről megfogalmazott felismeréseit közvetítse a pszichológia és a medicina képviselőihez, s ezzel a nyitással a teológia által gyakran szűk, felekezeti dogmákba zárt lelkiséget a tágan értelmezett spiritualitás váltsa fel.”²

A modern pasztorálszichológia kezdetét a szakirodalom a múlt század 20-as éveinek közepére teszi, helyszíne Amerika. Létrejön az a gyakorlatias felismerés, hogy az orvosok, a pszichológusok és a lelkigondozók rendszeresen együttmű-

¹ Tomcsányi – Greza – Jelenits (szerk.). 17.

² Debrecenyi – Tóth, 17.

ködve hatékonyabban tudnak segíteni a beteg embereken. Ebből fejlődik ki később a klinikai lelkigondozó tréning, a klinikai lelkigondozó képzés. 1925 nyarán Anton T. Boisen megszervezte az első, teológusokból létrehozott csoportot a *Worcester State Hospital* keretei között. Ebből a kezdetből egész mozgalom nőtt ki magát, amelynek célja nem az volt, hogy a lelkészképzés egy teljesen új formáját hozza létre, hanem az, hogy tanulmányaik és gyakorlatuk során a hallgatók mélyebb ismeretekre tegyenek szert, mint amilyeneket könyvekből és előadásokból szereznek.

Boisen első klinikai lelkigondozó kurzusa előtt néhány évvel William S. Keler orvos is próbálkozott hasonlóval, egyházi önkéntesekből és teológusokból csoportot szervezett, amelynek tagjai a nyári hónapokban kórházakban és szociális intézményekben tevékenykedtek, és esténként megbeszélték tapasztalataikat.

Miért nem sikerült ugyanebben az időben Európában is a teológia, lelkigondozás, medicina és pszichoterápia együttműködése? Ez jelentős mértékben a freudi pszichoanalízisre és a vele kapcsolatos ítéletekre és előítéletekre vezethető vissza. Freud következetes kritikával fordult minden felé, ami transzcendens, vallás, Isten, s ezzel okot adhatott a teológusok heves ellenkezésére. Egyes kutatók szerint azonban a vita sokáig nagyon alacsony szinten folyt, és érzelmi síkon maradt. Tény azonban, hogy Freud valami fontosat figyelmen kívül hagyott: a különbséget az egészséges, a személyiség fejlődését segítő és a nem egészséges, patológiába hajló vallásosság között. „Freudnak a vallással, lelki-séggel, spiritualitással kapcsolatos elutasító, negatív tartalmú, személyes indultól sem mentes kijelentései után megállapíthatjuk, hogy ami igazán gátja volt az 1920-as évek Európájában a pszichoterápia és a lelkigondozás közötti párbeszédnek, az a közös nyelv hiánya.”³

Meg kellett jelennie valakinek, aki képes új helyzetet teremteni, és aki mindkét fél számára megszólaltatja a közös nyelvet. Eduard Thurneysen protestáns teológus volt az, aki kijelentette, hogy a pszichoanalízis és az egyházi lelkigondozás alapvetően idegen egymástól, és Junghoz irányította a lelkigondozót, aki áttörte Freud világnézeti ortodoxiáját, és új, szabadabb talajra állította a lélektant. Emellett pedig a teológusokhoz fordulva sok addigi elutasítást áttörve egyértelműen képviselte, hogy a lelkigondozó számára a pszichológia mellőzhetetlen segédtudomány. Tény, hogy E. Thurneysen egyes tételeivel kapcsolatban – mint például „a lelkigondozás lényege az igehirdetés, a szó legtágabb értelmében vett prédikáció” – a klienscentrikus pasztorálpszichológia fenntartást emelhet. Azonban érdemét nem lehet elvitatni tőle, hogy nagy egyházi elfogadottság mellett ő mondta ki az első fontos mondatokat a pszichológia és a lelkigondozás közös nyelvén.

A másik oldalról, a pszichológia felől Amerikából érkezett hasonló nyitás. A közös nyelv használatában és a későbbi kedvező atmoszféra fenntartásában Carl

³ Debrecenyi – Tóth, 21.

Rogers vállalt a Thurneysenéhez hasonló, fontos szerepet. Az a szemlélet, amelyet Rogers képviselt, máig vállalható mintát jelent a tudományterületek közötti valóságos, a gyakorlatban is hasznosítható, a bajba jutott ember segítségét szem előtt tartó együttműködés megteremtéséhez. Az általa használt nyelv nagyban segítette a human diszciplínák közti kommunikációt. Rogers emberképe, módszere nagy hatást gyakorolt a lelkipozítás gyakorlatára, kedvelté vált non-direktív módszerére hivatkozni, de ma már találkozunk olyan kijelentéssel is, hogy „végleg el kell búcsúzni a »nondirektív« jelzőtől!”⁴

A pasztorálszichológia nem köteleződik el egyetlen pszichológiai irányzat mellett sem, hiszen arra törekszik, hogy közvetítő szerepet vigyen a pszichológia, medicina és a teológia, lelkipozítás között, olyan nyelven fogalmazva meg tudományos felismeréseit, amelyet a különböző tudományterület képviselői egyaránt értenek, és a gyakorlatban, a gyógyító folyamatban használni is képesek.

Mi az a jobban-megérteni-való, amire a teológia, a lelkipozítás is és a pszichológia, illetve medicina is törekszik? Nyilvánvaló, hogy az ember személyiségét, lelki működését szeretné jobban megérteni minden tudomány és minden, az ember segítségét szem előtt tartó hivatás szakembere. Használunk kell azt a közös nyelvet, amely érthető a különböző tudományterületek művelői számára. Mert „nincs ütközés a vallás és a természettudomány között” – mondja Jung, „egy vallási igazság lényegileg megtapasztalás, élmény, nem pedig nézet... A vallás abszolút élmény, egy vallási megtapasztalás abszolút, nincs mit vitatkozni rajta. Ha valakinek például vallási élménye volt, akkor az volt neki, és kész, azt már senki el nem veheti tőle.”⁵

„A közös nyelv megtanulása érdekében a teológiának komolyan kell vennie, hogy a »vallási igazság« lényegileg mindenkor személyes megtapasztalás, élmény, nem pedig dogmába zárt nézet. A pszichológiának és a medicinának pedig el kell fogadnia, hogy az emberről vallott természettudományos felismerések és a transzcendens hitélmények, személyes megtapasztalások nincsenek egymással ellentétben, mind a kettő az ember lényegéhez tartozik, és csak a kettő együtt képes az ember teljességét megragadni.”⁶ A kérdés az: miért is nehéz ezt a két tudományterületet – teológiát és pszichológiát – együtt művelni, közös nyelvet beszélni? És utaljunk ismét Jungra: „A társadalom minden egyéntől elvárja, hogy a neki szánt szerepet a lehető legtökéletesebben játssza el, hogy tehát valaki, aki lelkész, ne csak objektíve töltsse be hivatali funkcióit, hanem egyébként is mindenkor és minden körülmények között kifogástalanul játssza a lelkész szerepét.”⁷

⁴ Buda, 175.

⁵ Jung, Gondolatok a vallásról és a kereszténységről. 22.

⁶ Debrecenyi – Tóth, 25.

⁷ Jung, i. m. 38.

A pasztorálpszichológia gyakorlati hasznosítása leginkább a klinikai lelki-gondozásban történik. A klinikai lelkigondozó-képzés alapgondolatai pedig a következők:

- az emberi személyiség központi szerepének kiemelése;
- az egyén saját felelősségének és autonómiájának hangsúlyozása;
- egyenértékűségeen és kölcsönösségeen alapuló kapcsolat a lelkigondozói munkában;
- a keresztyén ember előrelépésének és fejlődésének biztosítása.⁸

A gyakorlati teológia területén a képzés hagyományosan mindig az ismeretközlés kérdését állította a középpontba. A klinikai lelkigondozó-képzésben ez megváltozik. A szupervízió („pasztorális”) mint képzési módszer olyan személyes változást kíván elérni, melynek alapján sikerül a gyakorlati cselekvésbe integrálni a magunkról alkotott képet, a fontos elméleteket, a konkrét ismereteket és a foglalkozással kapcsolatos képességeket.⁹ A szupervízió tehát nem elsősorban egy feladat elvégzésének felügyelete, nem is a teológiai vagy pszichológiai ismeretek közlése – bár ezeknek sok elemét tartalmazza –, nem is egy sor gyakorlati ajánlást kínál. A szupervízió a hallgatóban bekövetkező változásra irányul, legfontosabb alapeleme a cselekvés általi tanulás. Aki valamilyen hivatásra készül, sokkal gyorsabban és eredményesebben tanul, ha megbeszélheti hivatásbeli tapasztalatait egy tanárral vagy munkatársakkal. Hivatásbeli magatartását gyakran befolyásolják múltjának fel nem dolgozott problémái. Ha a tanulási folyamatban szerzett új tapasztalatok állandóan visszajelezhetőek, ez indítást jelent számára pozitív irányú változások felé. A lelkigondozói szupervízió egyik legfontosabb tanulási célja, egy beszélgetés levezetéséhez szükséges funkcionális készségek kialakítása mellett az, hogy a hallgató fel tudja kínálni a maga hitét beszélgetőpartnerének. Ez egy Rogers-féle feltétel: a hallgatónak meg kell tanulnia, hogy amit hirdet, egybevágjon azzal, ami benne mint hívőben végbemegy. Ez hitelességet jelent, a hit, az élet és a munka integrációját.

A legfontosabb tanulási célok a klinikai lelkigondozásban a következők:

- a személyes és lelkesi identitás felfedezése;
- a lelkesi kapcsolatok mélyebb síkjának keresése;
- együttműködés más segítőkkel és elhatárolódás tőlük;
- a saját hit megosztása mással;
- belső növekedés az emberi kapcsolatokban és azok révén.¹⁰

Az utolsó ponthoz magyarázatként: a klinikai lelkigondozó-képzés folyamán a hallgatók jelen vannak egy olyan intézményben (például kórházban, öregotthonban), ahol lelkigondozói tapasztalatokat szereznek, ahol önálló feladatuk

⁸ Jelenits – Tomcsányi (szerk.), 310.

⁹ Uo. 315.

¹⁰ Uo. 316.

van, és saját felelősségükre látogatják az ottani embereket. Így az elméleti tanulás mellett jelen van a gyakorlati munka is, s ez utóbbiról való beszámolóik kiértékelése csoportban történik. Így a lelkeszi szolgálathoz hasznos tapasztalatokat nemcsak könyvekből, előadások hallgatásából, hanem gyakorlatban lehet megszerezni. Maga az elnevezés – „klinikai” – is abból származik, hogy a hallgatóknak, leendő lelkeszeknek lehetőségük adódik arra, hogy olyan emberekkel találkozzanak, beszélgessenek, akiknek problémáik vannak, s a gyakorlatnak, képzésnek ezért is színhelye a kórház vagy különböző szociális intézmények. Az ilyen intézményekben levő embereknek kezdettől fogva arra van szükségük, hogy a lelkesz beleélje magát életükbe, sajátos érzelmi és gondolati világukba, s ne bibliamagyarázattal kezdje kapcsolatuk kialakítását. A képzés résztvevőitől ez belső képzést, önművelést és jelentős személyiségváltozást igényel.

Gyakran találkozunk azzal, hogyha a klinikai lelkigondozásban minden anyira megengedő, ha mindig a beteg ember (kliens) érzései, gondolatai a fontosak, ha nem akarjuk a magunk hitét, etikáját ráerőltetni, ha ennyire csak az a fontos, hogy *ő* hol tart, akkor hol ebben a keresztény hit következetessége? A válasz: a lelkigondozói kapcsolatban, a segítő beszélgetés során abban segítjük a beteget, hogy meghagyjuk a szabadságát, hogy a maga útján járva találjon rá istenélményére. A kórház, a klinikum nem missziós terep, hanem lelkigondozói terület. „A klinikai lelkigondozó személyes hitéből, transzcendens nyitottságából fakadó életszemléletéből erőt és reménységet merít munkájához. De mindeneke előtt arra törekszik, hogy szavak helyett tettei beszéljenek hitéről. Úgy vélem, nem volna szabad beteg emberek közé engedni olyan lelkeszt, lelkigondozót, bármilyen segítő szakembert, akinek nincsenek kielégítően mély lélektani ismeretei. Ez nem jelenti azt, hogy a klinikai lelkigondozónak, segítő hivatásának pszichológussá kell válnia, de ismernie kell olyan alapvető lélektani folyamatokat, amelyek ismerete nélkül nagyon komoly károkat lehet okozni.”¹¹

A klinikai lelkigondozás kulcsszavai (Debrecenyi Károly István szerint):

– *Emberközpontúság (kliensközpontúság)*. A figyelem egyértelműen a kliensre irányul, az *ő* szavai, gondolatai, érzései megelőzik a mieinket. Elfogadjuk és tiszteletben tartjuk a kliens testi-lelki-szellemi státusát, nem erőltetünk változást. Nem vezetjük, hanem kísérjük. Útitársul szegődünk a beteg, válságban levő embertársunk mellé, hogy kimondatlan dilemmáik ritmusában haladjunk mellettük, hogy a válságból lehetőleg minőségi változás szülessék, a dilemmákból döntések legyenek, a kérdésre pedig válasz érkezzen.

– *Nondirektivitás*. Kerüljük a direktivitás minden formáját. Tartsuk magunktól távol a moralizálást, általánosítást, dogmatizálást, ítéletmondást, térítést. A lelkigondozói kapcsolatban sor kerülhet arra, hogy megvalljuk hitünket, vagy

¹¹ Debrecenyi – Tóth, 31.

bizonyosságot tegyünk a hit gyógyító erejéről. De csak akkor, amikor a beteg ezt kezdeményezi.

Nagyon fontos tudni, hogy bizonyos helyzetekben (például krízis) a nondirektivitás nem alkalmazható.

– *Empátia*. Nem áltathatjuk magunkat azzal, hogy teljesen azonosulni tudunk a beteg (kliens) helyzetével, de próbáljuk közel engedni magunkhoz és átélni érzéseit, s visszajelezve támogatni helyzetének átlátásában és erőforrásainak mozgósításában. Így nem veszítjük el azt az objektivitást, amely elengedhetetlenül fontos a segítségnyújtásban.

– *Tapintat*. A betegség sajátos válságállapot, a személyiséget próbára tevő kihívás, amikor az ember érzékennyé válik.

– *Emberképünk*. Létezni annyi, mint kapcsolatban lenni; fölfelé: Istennel, a transzcendenssel; kifelé: a környezettel, az embertársakkal, a természettel; befelé: önmagunkkal, értékeinkkel, fogyatékoságainkkal, erősségeinkkel, gyengeségeinkkel, örömeinkkel, gondjainkkal.

Bármelyik kapcsolat sérülése kihat a másik kettőre, s akárhol kezdődik is a gyógyulás, vele gyógyul a másik kettő is. A lelkigondozónak felkészülnie kell lennie arra, hogy betegét ebben a hármas rendszerben lássa, segítse, támogassa.

– *Spiritualitás*. A lelkigondozói kapcsolatban jelen van a spiritualitás. A lelkigondozó maga spirituális lény és arra különös érzékenységgel figyelő szakember. Nem feledkezhet meg arról, hogy a spiritualitás egyetemes emberi vágy, a hit pedig személyes élmény és döntés.

– *Szakmai felelősség*. A betegek közötti, különös érzékenységet és felkészültséget igénylő szolgálatot személyiségükben alkalmas, szakmailag tájékozott, az orvosokkal, nővérekkel konstruktív együttműködésre képes szakemberek kell végezzék.

– *Alkotó ökumenizmus*. A klinikai lelkigondozás a valódi ökumené helye.

– *Interdiszciplinaritás*. A gyógyítás holisztikus szemléletben lehet hatékony. Akármelyik testrész betegszik is meg, az egész ember sérül, és az egész ember gyógyítása csak interdiszciplinárisan képzelhető el.

– *Folyamatos szakmai kontroll és támogatás*. A lelkigondozónak is kell, hogy legyen lelkigondozója. „Neki aztán különösen is fontos! Ez az a szolgálat, amelyet magányosan nem lehet végezni a kiegészítés, a kifáradás veszélye nélkül. Ezért vigyáznunk kell egymásra! Valljuk, hogy emberileg és szakmailag is felelősek vagyunk egymásért. Ügyelnünk kell arra, hogy biztosítva legyen szolgálatunk szakmai kontrollja (egyéni és csoportos szupervízió), képzések, továbbképzések folyamatossága, az esetmegbeszélések rendszeressége, hogy emberileg és szakmailag közülünk senki ne magányosodjon el.”¹²

¹² Debrecenyi – Tóth, 33.

Felhasznált irodalom

- Buda Béla, *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései* (Újabb tanulmányok). Animula, Budapest 2002.
- Debrecenyi Károly István – Tóth Mihály, *Életesemények a pásztori lélektan és filozófia tükrében*. Semmelweis Egyetem TF – Dialógus Alapítvány, Budapest 2004.
- Faber, H. – Schoot, E. van der, *A lelkipedagógiai beszélgetés lélektana*. Semmelweis Egyetem TF – Dialógus Alapítvány, Budapest 2002.
- Jelenits István – Tomcsányi Teodóra (szerk.), *Tanulmányok a vallás és lélektan határterületeiről*. Semmelweis Egyetem TF – Dialógus Alapítvány, Budapest 2003.
- Jung, C. G., *Gondolatok a vallásról és a kereszténységről*. Kossuth, Budapest 1996.
- Jung, C. G., *Gondolatok a látszatról és a létezésről*. Kossuth, Budapest 1996.
- Tomcsányi Teodóra – Grezsa Ferenc – Jelenits István (szerk.), *Tanakodó. A mentálhigiéné elmélete, a mentálhigiénés képzés, mentálhigiéné az emberek szolgálatában*. Semmelweis Egyetem, Párbeszéd Alapítvány – Híd Alapítvány, Budapest 2003.

DR. KÓNYA ZOLTÁN

LELKÜNK EGÉSZSÉGÉRŐL A LÉLEKGYÓGYÁSZAT SZEMSZÖGÉBŐL

Ez év februárjában abban a megtiszteltetésben részesültem, hogy előadóként vehettem részt a kolozsvári Protestáns Teológiai Intézetben megrendezett *Csendes napok*-on. Előadásom „A lélek egészsége, a nemzet egészsége” címet viselte. Az előadást követően született meg az ötlet, hogy hasznos lenne az elhangzott gondolatokat írásban is összefoglalni.

A feladatot örömmel vállaltam, mert számomra is lehetőséget nyújtott arra, hogy mindennapi munkám tárgyával, a lelki egészséggel kapcsolatos gondolataimat rendszerezem. Milyen is egy lelkileg egészséges személy? A válasz megtalálásában sokat segítettek azok a gyerekek, felnőttek, házaspárok és családok, akik az elmúlt évek során a kolozsvári AGAPE pszichoterápiás központban megfordultak.

A lelki egészség kérdése azért is izgalmas, mert világszerte meglepően kevés kutatás foglalkozott mindeddig e témával (annál több a lelki betegségekkel, problémákkal). E kevés kutatás egyikét több évtizeddel ezelőtt végezték az Egyesült Államokban. A *Timberlawn Project* keretében a kutatók a Harvard Egyetem sikeres végzettjeit, illetve ezek családját tanulmányozták, többek között videofelvételek segítségével. A kutatás eredményeit Robin Skynner angol családterapeuta tette ismertté a John Cleese-zel közösen írt *Hogyan éljük túl az életet?* [4] című népszerű könyvében. Írásom e kutatási eredményeket is figyelembe veszi.

A *Magyar Értelmező Szótár* 2003-as kiadása az egészséget „a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota”-ként határozza meg. Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása ennél tovább megy: az egészség a személy „biopszicho-szociális” jóllétét jelenti. Ebből a hármas egységből ragadom ki az elkövetkezőkben a psziché, azaz lélek jóllétének ismérveit, önkényesen, hiszen a lelki egészség a test egészségével és a személy szociális helyzetével szervesen összefügg. A közismert mondás szerint „ép testben ép lélek”, és egyre közismertebbé válik az ellenkező irányú összefüggés is: a lelki egészség, illetve ennek hiánya, kihatással lehet a test működésére, sőt szerkezetére is – példák erre az úgynevezett pszichoszomatikus betegségek, mint például a test különböző részeiben jelentkező visszatérő fájdalmas, melyek szervi okát a gondos orvosi vizsgálat nem képes kideríteni. Ugyanakkor az a tapasztalatom, hogy a pszichoterápia sikere esetén a belső, lelki változások mintegy kivetítődnek a terápiában részesülő személy testére is, aminek eredményeképpen az illető észrevehetően megszépül... Nem szorul különösebb magyarázatra az a tény sem, hogy a testi-