

## A VALLÁSLÉLEKTANI PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLY TAPASZTALATAI

A korszerű pszichiátriai osztályon a betegellátás három dimenzióban történik integrált módon: biológiai, szocioterápiás és pszichoterápiás szinten. A Valláslélektani Pszichiátriai Osztályon a gyógyítás három dimenzióját egy negyedikkel, az ember lényegéhez és méltóságához tartozó spiritualitással tetünk teljesebbé, négydimenzióssá.

Az élet során a személyiség tudattalanból különböző, spontán kibontakozási utakat fejlesztett ki. A keresztény mélylélektan, a négydimenziós komplex kezelés egyes formáinak alkalmazása, szervezése ennek megfelelően történt.

Bármilyen súlyosabb betegség miatt kórházba kerülők mindig szembesülnek az élet végső kérdéseivel így, tudva vagy nem, a kórházaknak egy templom funkciójuk is van<sup>1</sup> Pszichiátriai osztályon ez különösen indokolja a 4. dimenzió alkalmazását. (Hatalmas feszültség található abban a tényben, hogy miközben népszámláláskor a lakosság 70% feletti része vallja magát valamilyen formában vallásosnak a pszichiátriai, pszichoterápiás képzésben a valláslélektani képzésnek semmilyen formája nem szerepel, miközben munkánk alapelve a kliensek szubjektív voltának mély megértése. Az emberi lélekért felelősséget érzők másik nagy táborra, az egyházak részéről pedig nem szerepel a képzésben pszichopatológiai és pszichoterápiás képzés, amire a gyülekezeti tagok lelki problémáinak ellátásához alapszinten is szükség lenne. A lélekgyógyászati ellátásban kialakult úrbe pedig kellő képzettség nélküli ellátók sokasága tört be.)

A pszichiátriai betegek ideális gyógyítását úgy fogalmazhatjuk meg, mint a beteg személyisége önszabályzásának olyan fejlesztését, meta-szabályzását, mely a kezelés során önmagát, a kezelés végére feleslegessé teszi. Ez korszerű osztályon három szinten realizálódik: biológiai, szocioterápiás és pszichoterápiás szinten. A betegek jogaihoz tartozna, hogy e háromszintű ellátást megkapják. Sajnálatos az a kialakult jelenlegi eltorzított gyakorlat, mely lényegében csak a biológiai szinten látja el feladatát. A három önálló dimenzió egymásra lényeges hatást gyakorol: Megfelelő szervezés és személyzet mellett jelentősen segítik, vagy e nélkül rombolják egymás hatását. Mindhárom terület az elmúlt fél évszázad alatt igen jelentős fejlődést ért el, a gyógyítás lehetőségei ugrásszerűen növekedtek. Számos vizsgálat igazolta, hogy önmagában csak az egyik terület alkalmazása kevésbé hatékony, mint a komplex kezelés. Óriási gondot jelent viszont az a tény, hogy e három szakterület gyökeresen különbözik egymástól, mind alapkoncepcióikban, mind diagnosztikus és terápiás eszköztárunkban, mind a kiképzési eljárásaikban. A korszerű pszichiátriai ellátásnak ebből adódóan egyik nagy problémájává és

<sup>1</sup> SÜLE 2009. 75–81.

elkerülhetetlen kihívásává éppen ez a komplexitás<sup>2</sup> Ma egy pszichiátriai osztály munkáját e három dimenzióban végzett tevékenységének szervezettségével lehet legjobban minősíteni. A szakszerű biológiai ellátást a modern pszichofarmakonok rohamos fejlődése tette lehetővé. A szocioterápiák gyógyító hatását, különösen az un. terápiás közösségekben működő osztályokon, a 2. Világháború után fel lendülő, a betegek humánus ellátásáért folyó szocioterápiás mozgalmak bizonyították. Magyarországon ennek egyik úttörője Benedek István volt az intapuszta Aranykétréccel. A pszichoterápiás ellátást a szakterület 20. századi rendkívüli fejlődése tette lehetővé. Minden pszichiátriai beteg humánus ellátása megkövetelné az elmélyült személyes lelki segítség biztosítását, amit a pszichoterápia tud nyújtani. A legsúlyosabb betegek pszichoterápiájára nálunk csak szórványosan történtek kísérletek, rendszeres gyógyítási gyakorlattá nem váltak időigényességük és koncepcionális hiányosságok miatt.

Egy adott terület pszichiátriai ellátásáért felelős munkának meg kell küzdenie azzal a problémával is, amit a különböző súlyosságú betegek komplex, együttes ellátása jelent. Mindezt úgy kell szerveznie, hogy a) biztonságos legyen (veszélyeztető állapotú betegek!), b) a különféle súlyosságú betegek egymás állapotát ne rontsák, a tudattalan kölcsönhatásokból kialakuló interferenciákat kezelni kell. c) Az osztályban mint egészben kell tudni gondolkodni. Az egész közösségnek egy olyan együttes organizációt kell képeznie, ahol a részek egymással összefüggő, egymást segítő egészt képeznek, mint az emberi test különböző szervei.

Mindez érthetően jelentős szervezési koncepciókat és munkát igényel. Területet ellátó 40 ágyas Valláslélektani Osztályunk felvállalta a teljes pszichiátriai betegség spektrum, mind bentlakó, mind ambuláns országos szinten a valláspatológiai esetek kezelését. Valláspatológiai esetnek tekintettük azokat, kiknél a pszichopatológia és a spirituális élet egymással keveredetten jelent meg. Osztályuk szervezése jungi alapszemléletünkből kiindulva történt. A kollektív tudattalannal kapcsolatos koncepciók elősegítik az elmebetegek lelki folyamatainak megértését és kezelését is. A jungi mélylélektani szemlélet további értéke, hogy vallási, transzcendens, szellemi szükségletek kezelésére koncepcionális és terápiás eszközöket nyújt. Különös értéke, hogy egy vonatkoztatási rendszerben tudja értelmezni a különböző kultúrák világ- és emberképeit is.

Gyakran alkalmaztuk azonban a többi mélylélektani irányzat koncepcióit is, a csoportanalízis elméletét és gyakorlatát, a transzperszonális pszichológusok közül különösen C. Tart, V. E. Frankl, S. Gróf és K. Wilber munkáit. Emberképünk lényege, hogy a személyiséget a tudattalanból kibontakozó, a környezettel folyamatos interaktív kölcsönhatásban lévő, egyre tudatosabbá váló fejlődő rendszernek tartjuk. A terápia lényege ennek a folyamatnak a segítése. Hatásossága összefüggésben van azzal, hogy a terapeuta mennyire képes megérteni az adott személyiségfejlődés fokozatos kibontakozásának interaktív folyamatát.

Bentlakó kezeléseken a beteg, teljes idejét az osztályon tölti, a teljes aktuális élethelyzetével van jelen és sokirányú kölcsönhatásban az egész kezelési szituációval. Alapkérdés, hogy az itt töltött időből e sokszínű, gazdag interakciós erő-

---

<sup>2</sup> SÜLE 1989. 133–144.

tér történéseinek mekkora része az, ami terápiásan felhasználható. Az ugyanis egyértelmű, hogy minél többoldalú a kommunikatív kapcsolat és így minél több szinten kap a beteg visszajelentést megnyilvánulásaira, annál nagyobb a lehetőség az ezeken keresztüli terápiás hatásokra. A beteg személyiségének változtatása, önszabályzásának fejlesztése, a visszajelentések gazdagságán, kifinomultságán és terápiás koncipiáltságán múlik.

Ha egy egyén élettörténetét tanulmányozzuk, akkor azt találjuk, hogy az élete során a tudattalan számos, különböző, spontán kibontakozási utat fejlesztett ki. Ezeket az önmegvalósulási utakat megtalálhatjuk a) a betegek jelenlegi reális élet-szituációiban, ahonnan érkeztek, b) a kórházi élet helyzetekben, c) a pszichoterápiás üléseken való aktuális viselkedésükben és d) a tudattalan egyéb megnyilvánulásaiban (pl. álmaikban, mélylélektani tesztekben stb.). Ezeknek a megfigyelt főbb önmegvalósulási utaknak az összessége adja meg azokat az irányvonalakat, amelyek alapján a komplex terápia indítási stratégiája megszerkeszthető. A terápiás hatások bio-, szocio- és pszichoterápiás rendszere ezek alapján építhető fel.<sup>3</sup>

Az ilyen módon vezetett osztályokon szükséges, hogy a vezető terapeuták képesek legyenek – a terápiás közösség demokratikus koncepcióin túl – értelmezni és kezelni az osztályon zajló mélylélektani dinamikát is. Amennyiben ilyen, pszichoterápiásan képzett vezetés nincs, akkor az integrációnak ez a szintje nem elérhető el. A többféle módszerrel dolgozó terápiás rezsimek intenzíven hatnak a páciensek tudattalan rendszerére is. Az ebből származó ellenállások, projekciók, áttételek rávetülnek az osztályos élet szinte valamennyi résztvevőjére, alkalmára, és létrehozzák az ún. *interferencia-jelenségeket*, komoly kommunikatív torzulásokat eredményezve. Ha e folyamatok mélylélektani dinamikájának a *rendszeres felismerése és kezelése* nem történik meg, akkor az osztály egészének szabályozása a kialakuló konfliktusok miatt visszafejlődik és csak alacsonyabb organizációs szinten tud működni. (Ez is az egyik mélyebb oka annak, hogy miért fordult vissza több pszichiátriai osztály szerveződése a pszichoterápiák és szocioterápiák számos, látszólag megoldhatatlan problémát okozó, rendszeres alkalmazásától a „biztonságosabb”, lényegében csak biológiai terápiákat alkalmazó szintre.)

Az interferencia-jelenségek rendszeres észlelése és feldolgozása tehát elkerülhetetlen feladat. Az észlelés és feldolgozás szükségessé teszi az orvosok és pszichológusok rendszeres esetmegbeszélő csoportjait. Az így működő rendszerben számos mélylélektanilag is jelentős és érdekes jelenség figyelhető meg és válhat a kezelés részévé, azt gazdagítva. Az intra- és interperszonális folyamatoknak állandó kölcsönhatása, egymásba való átalakulása válik így láthatóvá. A betegek intraperszonális konfliktusanyaga tehát megjelenik interperszonálisan a közösségi életben és ütközéseket hoz létre. Ennek mélylélektani feldolgozása viszont visszahat a tudattalan belső dinamikára, módosítva azt. Az intra- és interperszonális konfliktusanyag kölcsönhatása és elérendő izomorfiája válik így megfigyelhetővé és kezelhetővé.

Az így működő terápiás közösség egy külön pszichoterápiás kezelési rendszerre válik, metodikailag elkülöníthető önálló módszert alkot. A terápiás

<sup>3</sup> SÜLE 2002. 34–42.

közösség – mint minden élő rendszer – önfejlesztő közösség. Az utat a felmerülő kérdések és problémák jelölik ki. Egy másik jelentős tényező volt a nagyon különböző életfelfogású betegek békés együttműködésének összhangba hozása volt. A különböző vallási jellegű szocioterápiás alkalmak: bibliodráma, bibliakör, lelkigondozói beszélgetés lelkéssel (katolikus, református, evangélikus), stb. lehetőségei is sokat segítettek ebben, ami az osztály légkörét kifejezetten ökumenikussá tette.

Ilyen szervezésű osztályt Európában nem találtunk, ahol a teljes spektrumú, un. kis- és nagypsichiátriai betegek területi ellátása mellett, integráltan valláspatológiai betegek gyógyítását is végzik bentlakó és ambuláns formában. A téma feltáratlansága szükségessé tette, hogy az ilyen osztály valláslélektani kutatási bázis is legyen. Lehetőséget adott arra is, hogy a valláslélektani problémák leg súlyosabb formáit tanulmányozhassuk. A gyakorlati betegellátó és kutató tevékenység mellett, jelentős oktató, képző és a határterületekkel való kapcsolat-építő tevékenységet is folytattunk. Ezt elsősorban a Human Agape Alapítvány Ökumenikus Műhelyének vezetésén és munkáján keresztül valósítottuk meg. Évente két – három országos konferenciát rendeztünk vallási és nem vallási karitatív szervezetek segítő szolgálatos tagjai számára, melyeken elsősorban határterületi kérdéseket tárgyaltunk meg. Az osztály alkalmas volt arra, hogy érdeklődő lelkészek, teológushallgatók képzésében is részt vegyen, például a Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesülete képzéseiben. Kétéves mélylélektani és valláspatológiai szemináriumokat szerveztünk az érdeklődők számára.

A bekerülő betegeknek több mint fele volt (55-70%) pszichotikus, 3-12% borderline eset, a többi szenvedélybeteg (főleg alkoholista), neurózis, és személyiségzavar ún. pszichopata. Terápiás közösségünkben általában négy orvos, két pszichológus, két betegfoglalkoztató és 12-15 nővér dolgozott. Rövid és hosszú analitikus és analitikusan orientált pszichoterápiás eljárásokkal dolgoztunk elsősorban, egyéni- és csoportos formában. Relaxációs, imaginációs és pszichodráma módszerek, családterápia, valamint tranzakcióanalízis, szuggesztív és kognitív viselkedésterápiás módszerek is alkalmazásra kerültek időnként.

A bekerült valláslélektani betegek négy fő csoportját határolhattuk el: a/ A lelkileg sérült, labilis személyiségű emberek gyakran kerestek segítséget, menedéket különféle egyházaknál, spirituális mozgalmaknál. b/ A második nagy csoportot a történelmi egyházak tagjai közül kerültek ki. A komolyan vallásos vagy hívő emberek is megbetegedhetnek lelkileg, ahogy testileg is, még ha ezt nem is szívesen veszik tudomásul. c/ A vallási közösségek belső élete is torzulhat lélektanilag és a gyengébb, labilis tagokban pszichés zavarokat okozhatnak. Ezek hozták létre az ekleziogén patológiát<sup>4</sup>. A közösségi élet kórossá válásának két fő okát láttuk leginkább: A leggyakoribb volt a vezető lelkésznek, vagy a közösség-vezetőnek a lelkileg torzult, vagy beteges volta. A másik gyakori ok a koncepcionális, felfogásbeli deviáns szélsőségességek kialakulása. d/ A negyedik csoportba viszonylag kevesen tartoztak. Ezek olyan érdekes emberek voltak, akik életük során nem kerültek semmilyen érdemleges kapcsolatba a vallásokkal, és

---

<sup>4</sup> Gyökössy 1988. 177-181, Gyökössy 1992. 35-51.

mégis, pszichiátriai megbetegedésük során intenzív vallási tartalmak jelentkeztek a spontán pszichopatológiájukban.

A gyakorlat bizonyította, hogy koncepcióink működőképeseek voltak. Igazolható volt (ágyszámcsökkentés, utánkövetés), hogy betegeink között a visszaesések száma lényegesen csökkent, jelentős részüknek életnívója a kezelés után ill. mellett emelkedett (képes volt gyermekét nevelni, dolgozni, házasságát rendezni, érzelmi rezonanciája emelkedett). A keresztény mélylélektan alkalmazásával az átlag pszichoterápiás osztályokhoz képest több beteg volt pszichoterápiába bevonható, szívesen jártak vissza osztályunkra, előfordult, hogy a hosszú ideig együtt dolgozó kiscsoport tagjai a terápia befejezése után még évekig összejártak hetente „csoportozni” egyikük munkahelyén, így egymást támogatni tudták hosszú időn keresztül. A valláslélektani és más típusú problémákkal kezelt betegek kölcsönösen egymás javára tudtak válni az integrált kezelés mellett, az előbbiek spirituális fejlődése az elesettebbek felé való fordulásában a gyakorlatban volt hitelesen követhető, az utóbbi csoport tagjai pedig egyre többször érdeklődtek hitbeli kérdések iránt.

Az osztályunk gazdasági és politikai okokból való megszüntetését követően próbálkozásokat tettünk egyházi kórházaknál, hogy legalább egy valláslélektani szakrendelés kialakítása történhessen meg, ahol a lelkészek, lelkigondozók pszichiátriai konzultatív segítséget kaphatnának, de még erre sem volt lehetőség. Az anyagi nehézségeken túl sajnos még az egyházi vezetők sem voltak képesek fel fogni e kérdéskör az igazi súlyát. A történelem különös jelensége volt, hogy éppen Magyarországon jöhetett létre egy világviszonylatban is újdonságnak számító, egyedülálló tapasztalatokat nyújtó, teljes pszichiátriai spektrumú, területi ellátást is végző valláspatológiai szakmai profilú pszichiátriai osztály, amely mélylélektani szemlélettel integrálta a munkáját.<sup>5</sup> Ilyen jellegű szakellátást és kutatást, azóta sem tudott felvállalni senki, gyakorlati és koncepcionális lehetőségek hiánya miatt. E szőnyeg alá söpört súlyos problémához megfelelő képzettségű szakembereket toborozni pedig, egyre nehezebb feladat lesz.

## Irodalom

Gyökössy Endre

1988 Ekléziogén és ekléziológén neurózis. *Theológiai Szemle* 3. 177–181.

1992 *Magunkról magunknak*. Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Budapest.

SÜLE Ferenc

1989 Intrapersonal change and the dynamic of the interpersonal fields of forces in the therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Community* 10/3, 133–144.

<sup>5</sup> SÜLE 2001/a. 351–357, b. 436–440

- 2001a A korszerű pszichiátriai osztály háromdimenziós munkájának szervezési kérdései 1. rész – a kontroll problémái. *Pszichoterápia*, X/5. 351–357.
- 2001b A korszerű pszichiátriai osztály háromdimenziós munkájának szervezési kérdései 2. rész: A mélylélektani dinamika és az interferencia. *Pszichoterápia*, X/6. 436–440.
- 2002 A korszerű pszichiátriai osztály háromdimenziós munkájának szervezési kérdései 3. rész: Az osztály, mint önálló pszichoterápiás kezelési forma. *Pszichoterápia*, XI/1. 34–42.
- 2009 A kórházlelkész találkozása a spirituális sokféleséggel. *Embertárs*, VII/1. 75–81.

KLÁRA UNGER MD – FERENC SÜLE MD

## EXPERIENCES OF THE RELIGIOUS PSYCHOHOLOGICAL PSYCHIATRIC DEPARTMENT

The department (with 40 beds, in charge of a district of Budapest with 100 000 inhabitants) was one of the National Institute of Psychiatry and Neurology with a special spiritual profile. One of the main problems of modern psychiatric departments is complexity because they work on three levels: biological, socio therapeutic and psychotherapeutic. The three fields interact with each other and can destroy their effect through interferences. We added to these a fourth dimension the spiritual view. Our conceptions started from Jungian depth psychology and transpersonal psychology. In our department the depth psychological view was the main integrator and the organizer of the works of the other three fields. Working with the concept of therapeutic community we organized permanent horizontal and vertical problem discussing groups for the staff. This complex form of treatment needed in the staff graduated psychotherapists, clinical psychologists, sociotherapists and it was useful if they had spiritual experiences.