

BÓNÉ Veronika¹, ASZTALOS Bernadett², DÁVID Beáta³,
SIPOS Zsolt⁴, SZABÓ-JÁKI Zsuzsanna⁵, TÖRÖK Gábor Pál⁶.

A spiritualitás változása lelkigondozói segítő kapcsolatokban: longitudinális hatásvizsgálat

***Abstract. Changes in Spirituality within Pastoral Counselling Relationships:
A Longitudinal Impact Study***

This publication presents an impact study among clients and counsellors of two pastoral counselling centres in Hungary (one in the countryside and one in Budapest). The aim is to explore how theistic spirituality changes during the process of pastoral counselling and how this change is associated with the resolution of the problem that precedes the claim of initiating the helping relationship. The data collection took place between 2021 and 2024, the first data collection being carried out among the prospective clients who completed an

¹ Tudományos munkatárs (szociológus), Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet; e-mail: bone.veronika@semmelweis.hu.

² Egyetemi adjunktus (szociológus, lelkigondozó, mentálhigiénés szakember), Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet, e-mail: asztalos.bernadett@semmelweis.hu.

³ Egyetemi tanár (szociológus), Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet; e-mail: david.beata@semmelweis.hu.

⁴ PhD hallgató (közgazdász, pasztorális tanácsadó, családterapeuta), Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola; e-mail: sipos.zsolt4@gmail.com.

⁵ Egyetemi adjunktus (klinikai szakpszichológus, katolikus hitoktató), Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet; e-mail: jaki.zsuzsa@semmelweis.hu.

⁶ Egyetemi adjunktus (tanár, lelkigondozó, pszichodráma-vezető), Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet; e-mail: torok.gabor@semmelweis.hu.

online, anonymous, and voluntary questionnaire, while after the closure of the pastoral counselling process both clients and their counsellors evaluated the process (N = 55/50). Our results show that in the vast majority of cases, there has been an improvement in the initial problems, and both the clients and the helpers strongly associate this improvement with the counselling process. In parallel, theistic spirituality (measure: TSOS-HU) also increased, mainly due to a higher score in the “Love of Self” subscale.

Conclusion: the pastoral counselling process is closely correlated with an increase in theistic spirituality, and this change cannot be explained by demographic characteristics or the focus of the request for help, but it is due to therapeutic cooperation.

Keywords: pastoral counselling, helping relationships, spirituality, TSOS, TSOS-HU, impact study

1. Bevezetés

Tanulmányunkban egyéni lelkigondozásban részesülő kliensek spiritualitásának változását elemezzük egy hatásvizsgálati kutatás keretében. Szintén jelen lapszámban megjelent másik cikkünkben részletesen írtunk a spiritualitás fogalmi meghatározásáról, a spiritualitás méréséről, annak magyarra adaptált mérőeszközeiről.⁷ Tárgyaltuk a spiritualitás, vallásosság és lelki egészség kapcsolatát mind nemzetközi, mind magyar kutatási eredmények alapján. Jelen kutatás alanyai professzionális lelkigondozásban vagy a spiritualitással való munkát implicit módon integráló mentálhigiénés segítő beszélgetésben részesültek. A segítő folyamatok központi témája nem feltétlenül volt minden esetben maga a spiritualitás, hitéleti kérdések, elakadások segítése. Azonban a problémák – legyenek azok akár „profán” kapcsolati, érzelmi, életvezetési nehézségek – megértése és segítése négydimenziós értelmezési keretben zajlott: a bio-pszicho-szociális tényezőkön túl a hitélet, spiritualitás összefüggései, erőforrásai vagy hiányai is

⁷ SZABÓ-JÁKI Zsuzsanna – TÖRÖK Gábor Pál – SIPOS Zsolt – JÁRAY Márton – BÓNÉ Veronika (megjelenés alatt): A spiritualitás és a pszichés jóllét összefüggései – A Teisztikus Spiritualitás Változását Mérő Kérdőív (TSOS-HU) magyar adaptációja, In: *Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*.

megjelentek a segítő kapcsolatban. A spiritualitás változását a folyamat elején és végén felvett kérdőívvel mértük, mely kiegészült a segítő szakemberek által kitöltött kérdőívvel a folyamat lezárásakor.

2. Szakirodalmi bevezető

2.1. A lelkigondozás meghatározása

A lelkigondozás mint szeretetből fakadó segítő odafordulás a rászoruló másik emberhez az egész keresztény egyháztörténelemben végigkövethető vonulat, leginkább annak speciális szolgálataiban: a betegápolásban, az árvák, özvegyek, szegények, foglyok gondozásában. Jézus testet és lelket szét nem választó, mindkettőt egyaránt gondozó és gyógyító tevékenysége az alapja.⁸ A kifejezés azonban napjainkban, az egyházi szóhasználatban sem csupán ezt az általános diakóniai magatartást jelenti, hanem a lekipásztori feladatok egy speciális megnyilvánulását, amelynek szűkebb története a XX. század elejére nyúlik vissza.⁹ Ekkor indultak ugyanis azok az interdiszciplináris útkeresések, amelyek kialakították a lelkigondozás mai professzionális irányzatait.¹⁰ Írásunkban a lelkigondozást a segítségnyújtás egy olyan speciális formájaként értelmezzük, melynek elidegeníthetetlen sajátossága a keresztény örömhír továbbadására való törekvés, de amelynek folyamatában nem szükséges feltétel annak verbális közvetítése. A lelkigondozói kísérés megvalósulhat a hit dimenziójának tematizálása nélkül, csupán a lelkigondozó személyes hozzáállása és magatartása révén. Specifikumát minden esetben a spirituális és vallási tartalmakkal való kapcsolata és az ezáltal kialakuló munkamódja határozza meg.¹¹

⁸ WEIß, Helmut (2011): *Lelkigondozás – Szupervízió – Pásztorálpszichológia*. Kolozsvár, EXIT Kiadó. 33–36.

⁹ TÖRÖK Gábor Pál (2014): *The Development, Survey of Effectiveness and Improvement of the Curriculum of the Post-graduate Course on Pastoral Counseling*. [doktori értekezés]. Semmelweis University, Mental Health Sciences Doctoral School.
http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/torokgaborpal.e.pdf
(utolsó megtekintés dátuma: 2025. január 29.).

¹⁰ HÉZSER Gábor (2002): *Pásztorálpszichológiai tanulmányok*. Debrecen, Debreceni Református Hittudományi Egyetem kiadványai. 7–43.

¹¹ TOMCSÁNYI Teodóra – Csáky-Pallavicini Roger – Harmatta János – Pilinszki Attila – Török Gábor Pál (2008): Lelkigondozás és pszichoterápia, In: *Pszichoterápia*. 17. 170–177.

A lelkigondozás tehát nem új tudomány, hanem a segítség egy nagy hagyományokkal rendelkező speciális formája, mely az évszázados fejlődése során a humántudományokkal való párbeszédben átadott és átvett aspecifikus segítőelméleteket és gyakorlati módszereket.¹² A teológiai alapok mellett sok más humántudományból is merít, amit Weiß úgy ír le mint egy „multidisziplináris összjátékot” a rászorulókat hatékonyabb segítése érdekében.¹³ Baumgartner megállapítása szerint a lelkigondozásban a humántudományoktól átvett specifikus módszerek összehangolt és integrált alkalmazásával a lelkigondozóknak fel kell tártaniuk az életet alakító „Isten-történetek” erejét és lehetővé kell tenniük a lelkigondozottak számára, hogy érintkezzenek velük, és útkeresésükben felhasználják azokat.¹⁴ E megfogalmazás kijelöli a lelkigondozás alapvető célját, amelynek megvalósítását azonban a különböző irányzatok más-más úton keresik. Doris Nauer multiperspektivikus lelkigondozáskonceptiója¹⁵ aszerint határozza meg a lelkigondozás fő irányait, hogy a lelkigondozó mire helyezi a hangsúlyt, mely tudományterületek eszközeit integrálja munkamódjába: a teológiai–biblikus, teológiai–pszichológiai, teológiai–szociológiai perspektívára. Nauer e megközelítéseket nem különálló lehetőségekként vázolja, hanem hangsúlyozza, hogy a multiperspektivikus modell nem mereven szétválasztott szerepelőírásokat határoz meg a lelkigondozók számára, hanem perspektívákat nyújt, melyben a lelkigondozónak a tevékenysége célkitűzéseit, annak tartalmát és alkalmazott módszereit a keresztény istenképben és tanításban, intézményében, illetve egyházának küldetésében, saját hitbéli elkötelezettségében és helyi konkrét szükségletek figyelembevételével kell professzionális szinten kialakítania és működtetnie. Tehát a lelkigondozás napjainkban olyan segítő kapcsolatot jelent, amelyben a segítség aspecifikus humántudományi ismereteit és a teológiai ismereteit professzionálisan integráló szakember áll az egyes emberek vagy csoportok

¹² TÖRÖK Gábor – TOMCSÁNYI Teodóra – ITTÉZS András – MARTOS Tamás – SEMSEY Gábor – SZABÓ Tünde – TÉSENYI Tímea (2012): Ein ökumenisches Modell der Weiterbildung in Seelsorge: Geschichte und Ergebnisse der Evaluationsforschung der Weiterbildung, In: *European Journal of Mental Health*. 7. 1. 24–56.

¹³ WEISS (2011), 33–36.

¹⁴ BAUMGARTNER, Isidor (2003): *Pasztorálpszichológia*. Budapest, Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány – HID Alapítvány – Semmelweis Egyetem. 308–309.

¹⁵ NAUER, Doris (2001): *Seelsorgekonzepte im Widerstreit – Ein Kompendium (Praktische Theologie heute)*. Stuttgart – Berlin – Köln, Kohlhammer. 55. 235–315.

mellett, rendkívüli vagy éppen szokványos élethelyzetekben, valamint az új életszakaszokhoz vezető átmenetekben, konfliktusokban, krízisekben. Célja egyének, családok, közösségek és csoportok lelki és spirituális folyamatainak kísérése és fejlesztése az egészséges lelki működés irányába mutató szándékkal, a lelkigondozott szükségleteinek és igényeinek megfelelően.¹⁶ A lelkigondozás munkamódjának differenciálódása nyomán a lelkigondozásnak e speciális fókusza és a spirituális erőforrások jelentősége a kutatók érdeklődését is felkeltette, így az elmúlt évtizedekben megnövekedett a spiritualitás mint a segítő tevékenység hatótényezőjének a vizsgálata iránti érdeklődés.¹⁷

2.2. Lelkigondozás Magyarországon

Németh Dávid 2010-ben még úgy fogalmazta meg, hogy „Magyarországon a pasztorálpszichológia legalább egy nemzedéknyi lemaradásban van”.¹⁸ A felzárkózás folyamata nagyot lépett előre, és zajlik, ugyanakkor még mindig nehezítik a tudományos lélektannal szembeni fenntartások. Magyarországon a rendszerváltás (1989) utáni politikai változások tették csak lehetővé, hogy hittudományi végzettségűek részt vegyenek más tudományterületek képzéseiben, például hogy a szolgálatuk végzéséhez fontos humántudományok területén továbbképződjenek. A szocialista diktatúra többféle módon is gátolta és tiltotta a lelkigondozás és más segítő szakmák gyakorlását, így a képzések, továbbképzések szervezését is, ezért az angolszász és nyugat-európai gyakorlathoz képest csak évtizedekkel később indulhatott meg a modern lelkigondozói szemlélet meghonosodása.¹⁹

Sitku Tibor protestáns felekezetekre irányuló tanulmánya a lelkigondozás magyarországi fejlődésének XX. század második felére eső szakmatörténeti áttekintését

¹⁶ TOMCSÁNYI Teodóra – TÖRÖK Gábor – CSÁKY-PALLAVICINI Roger – ITTÉZ András – SALLAY Viola – MARTOS Tamás – TÖRÖK Péter – ITTÉZ Gábor (2013): An Ecumenical, Interdisciplinary, and Integrating Specialization Program in Pastoral Counseling in East Central Europe, In: *Journal of Psychology and Theology*. 41. 62–77.

¹⁷ PERGAMENT, Kenneth (1999): The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No, In: *International Journal Psychology of Religion*. 9. 3–16.

¹⁸ NÉMETH Dávid (2010): A pasztorálpszichológia aktuális kérdései hazánkban, In: *Református Egyház*. Május. 133–137.

¹⁹ TÖRÖK – TOMCSÁNYI – ITTÉZ – MARTOS – SEMSEY – SZABÓ – TÉSENYI (2012), 24–56.

végzi el.²⁰ A szerző a lelkigondozás aktualitásaira vonatkozó, értékelő következtetéseiben arra utal, hogy a szolgálat már az alapok lerakását követő szakaszban van, az építkezés pedig már különböző intézményekhez vezetett, amelyek a pasztorálpszichológiát olyan teológiai tudományágként pozicionálták, amely fejlődésével és célratörésével új lehetőségek tárházát nyitja meg a professzionális lelkigondozás számára hazánkban.

A lelkigondozás elterjedésének, intézményesülésének és hálózatosodásának folyamata nemcsak elindult, hanem a tudományos diskurzusba is bekerült. Egy magyarországi lelkigondozók körében végzett kapcsolathálózati kutatás²¹ azt állapította meg, hogy a hazai professzionális keresztény lelkigondozásra legfőképp az alulról szervezethezesség jellemző, ezért szemléletében és szervezethezességében sokszínűséget hordoz. Eltérő szintereken van jelen, szociális, egyházi, egészségügyi és oktatási-nevelési intézményekben épül, ahol a lelkigondozókra és szakmai közösségeikre egyaránt jellemző a hivatáskeresés és a megerősödés mindennapi küzdelme. Bár jelentős fejlődés, kiterjedés észlelhető a lelkigondozás szolgáltatásában, mégsem állítható a köz- és elismertsége a társszakmai és egészségügyi intézményes körökben. Nemzetközi működési és módszertani mintázat alapján a német, az osztrák és az angolszász modellek átvétele, adaptálása figyelhető meg.²² A gyülekezetekben és különböző intézményekben folyó lelkigondozói munka mellett új kezdeményezésekként mentálhigiénés lelkigondozói központok is létrejöttek, melyek az ilyen speciális segítő szolgáltatást keresők felé tudják a professzionális lelkigondozás lehetőségét biztosítani.²³

²⁰ SITKU Tibor (2015): A protestáns lelkigondozás Magyarországon, a 20. század második felében, In: *Pünkösöd.ma*. <https://punkosd.ma.ptf.hu/PDF/pasztoralpszichologia/2015-2/sitku-tibor-a-protestans-lelkigondozas-magyarorszagon-a-20-szazad-masodik-feleben> (utolsó megtekintés dátuma: 2025. január 29.).

²¹ SOMOSINÉ TÉSENYI Tímea (2016): Magyarországi lelkigondozó szolgálatok hálózati együttműködésének lehetőségei és kihívásai, In: KARLOVITZ János Tibor (szerk.): *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. 307–314. iris.ro.org/66SomosineTesyenyiTimea (utolsó megtekintés: 2025. január 29.).

²² TÖRÖK – TOMCSÁNYI – ITTÉS – MARTOS – SEMSEY – SZABÓ – TÉSENYI (2012), 24–56.

²³ SOMOSINÉ TÉSENYI (2016), 307–314.

2.3. A lelkigondozás hatásának mérése

A témában született szakirodalmi áttekintés²⁴ a lelkigondozás hatásának mérhetőségét támasztja alá azzal együtt is, hogy heterogén az ilyen témájú vizsgálatok köre. Az elemzések többnyire kórházi körülmények közötti folyamatokat vizsgálnak, kevés a nem klinikai mintára vonatkozó kutatás. Szintén nehézséget jelent az átfogó összegzésben, hogy a kutatások többsége nem tesz különbséget a lelkigondozó szerzett kompetenciái, azaz a professzionális és laikus lelkigondozás vizsgálata között.

Az áttekintett tanulmányok közül több irányul a megvalósítás módszertanára,^{25,26} az azzal való elégedettségre^{27,28} és a lelkigondozói beavatkozás hatásainak mérésére is.^{29,30} A lelkigondozói tevékenység egyik fő színtere és célja – ahogy korábban említettük – a kórház és a betegek támogatása. Egy 2005-ben Amerikában született átfogó kórházi

²⁴ SIPOS Zsolt – TÖRÖK Gábor – JÁKI Zsuzsanna (megjelenés alatt): Outcome Studies in the Field of Pastoral Counseling: A Focused Review of Research Published between 1990 and 2020, In: *The Journal of Pastoral Care & Counseling: JPCC*.

²⁵ CURRIER, Joseph M. – STEVENS, Laura T. – ISAAK, Steven L. – SMITH, Tracey – ZLOMKE, Kimberly (2020): Understanding Preferences for Addressing Spirituality among Adults Seeking Outpatient Mental Health Care, In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 208. 6. 514–516.

²⁶ ZIMMERMAN, George. L. – MEIER, Augustine (1999): Outcomes in Pastoral Counselling, In: *American Journal of Pastoral Counseling*. 2. 2. 67–88.

²⁷ FLANNELLY, Kevin J. – GALEK, Kathleen – TANNENBAUM, Helen P. – HANDZO, George F. (2007): A Preliminary Proposal for a Scale to Measure the Effectiveness of Pastoral Care with Family Members of Hospitalized Patients, In: *The Journal of Pastoral Care & Counseling*. 61. 1–2. 19–29.

²⁸ RAFFAY, Julian – WOOD, Emily – TODD, Andrew (2016): Service User Views of Spiritual and Pastoral Care (Chaplaincy) in NHS Mental Health Services: A Co-Produced Constructivist Grounded Theory Investigation, In: *Psychiatry*. 16. 200.

²⁹ PIDERMAN, Katherine M. – BREITKOPF, Carmen Radecki – JENKINS, Sarah M. – EUERLE, Terin T. – LOVEJOY, Laura A. – KWETE, Gracia M. – JATOI, Aminah (2015): A Chaplain-Led Spiritual Life Review Pilot Study for Patients with Brain Cancers and Other Degenerative Neurologic Diseases, In: *Spiritual Care*. 6. 2.

³⁰ BAY, Paul S. – BECKMAN, Daniel – TRIPPI, James – GUNDERMAN, Richard – TERRY, Colin (2008): The Effect of Pastoral Care Services on Anxiety, Depression, Hope, Religious Coping, and Religious Problem Solving Styles: A Randomized Controlled Study, In: *Journal of Religion and Health*. 47. 1. 57–69.

elemzés³¹ direkt költségvetési haszonnal járó vizsgálatot végzett. Közel négyezer intézmény adatai alapján vetették össze azon betegek százalékos arányát, akik a kórházban haltak meg, és akik hospice-ellátásba kerültek. Az elemzések szignifikánsan alacsonyabb kórházi halálozási és magasabb hospice-ellátásra jelentkezési arányt mutattak a lelkipogondozói szolgáltatást nyújtó kórházakban ápolott betegeknél azokhoz a kórházakhoz képest, amelyek nem biztosítottak ilyen lehetőséget.

Más kutatások azt tűzték ki célul, hogy a kevésbé direkt módon megterülő, de a betegek általános állapotához mégis hozzájáruló hatásokat vizsgálják. Egy 23 fős mintából álló, krónikus szívelégtelenségben szenvedő betegek spirituális támogatásának, lelkipogondozásának életminőségre gyakorolt hatásvizsgálatát ismertető kutatásban³² a betegeket úgy részesítették kiegészítő szolgáltatásban, hogy az illeszkedjen a világnézetükhöz, melynek folytán létrejött egy vallásos és egy nem vallásos csoport. A kutatásban résztvevőknek három időpontban – induláskor, két héttel és 3 hónappal a beavatkozás után – mérték az életminőségét, továbbá a spiritualitásukban bekövetkezett változásokat. Ez utóbbit a Krónikus Betegségek Terápiájának Funkcionális Értékelése – Spirituálisan Bővítve mérőeszközzel vizsgálták, amely a krónikus betegségben szenvedők spiritualitását méri és az élet értelmére, a belső békére, az életcélokra, valamint a hitbéli spiritualitásból nyert vigasztalásra és erőre vonatkozó alskálákat tartalmazza. A kapott adatok alapján az életminőség mindkét csoport esetében javult, a lelkipogondozásban részesült betegek esetében pedig (szemben a nem vallásos önkéntesek által nyújtott támogatással) a hatás hangsúlyosabb volt.

Egy másik, vegyes módszertanú kutatás³³ célzottan életvégi állapotokban mérte a lelkipogondozás hatékonyságát. Agydaganatos és más neurodegeneratív betegségekben szenvedő betegeknek lehetőséget biztosítottak arra, hogy egy képzett lelkipogondozó szakemberrel kialakított kapcsolat keretében átfogó módon adjanak hangot egyéni

³¹ FLANNELLY, Kevin J. – EMANUEL, Linda L. – HANDZO, George F. – GALEK, Kathleen – SILTON, Nava R. – CARLSON, Melissa (2012): A National Study of Chaplaincy Services and End-of-Life Outcomes, In: *Palliative Care*. 11. 1. 10.

³² TADWALKAR, Rigved – UDEOJI, Dioma U. – WEINER, Rabbi Jason – AVESTRUZ, Father Lester – LACHANCE, Denise – PHAN, Anita – NGUYEN, David – BHARADWAJ, Pagad – SCHWARZ, Ernst R. (2014): The Beneficial Role of Spiritual Counseling in Heart Failure Patients, In: *Journal of Religion and Health*. 53. 5. 1575–1585.

³³ PIDERMAN – BREITKOPF – JENKINS – EUERLE – LOVEJOY – KWETE – JATOI (2015).

spiritualitásuknak. Bár a résztvevők több vallást és hitrendszert képviseltek, és kihívást jelentő betegségek kellős közepén voltak, a bemeneti adatok azt mutatták, hogy a legtöbbjük lelki jólléte és életminősége viszonylag magas, szorongásszintje pedig alacsony volt. A nyomon követés adatai azt jelezték, hogy a legtöbb beteg vagy stagnált, vagy javult ezekben a mutatókban.

A kórházi lelkigondozás kutatási eredmények szerint hozzájárul a betegséggel való megküzdés optimális stratégiáinak kialakításához. Egy 170 fős klinikai, randomizált, kontrollált vizsgálat³⁴ a depresszió, a szorongás, a remény, valamint a vallásos megküzdési módok mentén mérte a beavatkozás hatékonyságát. A kutatók feltételezése szerint a lelkigondozás hatással volt a betegek spiritualitására is, amit a 14 tételből álló Rövid Vallásos Megküzdési Skála és a 36 tételből álló Vallási Problémamegoldó Skála segítségével mértek. Eredményeik szerint az általuk meghatározott és nyújtott lelkigondozói szolgáltatások javították a betegek érzelmi, spirituális alkalmazkodását az előttük álló műtéthez. Ezzel szemben azok, akik nem részesültek lelkigondozásban, olyan vallásos megküzdést mutattak, amely sokkal problematikusabb alkalmazkodással járt.

Klinikai mintán hatás- és hatékonyságvizsgálati kutatások a lelkigondozáson túl a spiritualitást integráló pszichoterápiákra³⁵ vonatkozóan is születtek – ezek közül emelnénk most ki kettőt, mely ugyanazt a mérőeszközt használta (Teisztikus Spiritualitás Változását Mérő Skála – TSOS), melyet a saját kutatásunkban is alkalmazunk. Richards és munkatársai³⁶ egy evészavar-klinikán vizsgáltak 122 beteget randomizált kontrollált kutatási elrendezésben, akik vagy spirituálisan orientált terápiás csoportba vagy kognitív viselkedésterápiás csoportba vagy szupportív (személyközpontú) csoportba jártak, és kaptak kezelést betegségükre. A pszichológiai állapot mellett a változás mérése kiterjedt a spiritualitásra is, melynek mérőeszköze a TSOS volt. A spirituálisan orientált terápiás csoport értékei a többiekhez képest jelentősen nagyobb mértékben növekedtek, különösen

³⁴ BAY – BECKMAN – TRIPPI – GUNDERMAN – TERRY (2008), 57–69.

³⁵ TAN, Siang-Yang (1996): Religion in Clinical Practice. Implicit and Explicit Integration, In: Shafranske, Edward P. (szerk.): *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington, D.C., APA. 365–387.

³⁶ RICHARDS, P. Scott – SMITH, Timothy B. – SCHOWALTER, Marion – RICHARD, Matthias – BERRETT, Michael E. – HARDMAN, Randy K. (2005): Development and Validation of the Theistic Spiritual Outcome Survey, In: *Psychotherapy Research*. 15. 4. 457–469.

a kezelés első négy hetében. További német-amerikai kutatások³⁷ pszichiátriai osztályos betegek körében vizsgálták a kezelés hatékonyságát, összehasonlítva a spiritualitást integráló terápiás megközelítést a szekulárisal. Az előbbi megközelítés hozzájárult a spiritualitásban való növekedéshez, éréshez, melyet a magasabb TSOS értékek jeleztek. Figyelemre méltó eredmény továbbá, hogy a spiritualitás magasabb értékei számos mért változó esetében korreláltak a jobb pszichológiai funkcionálással is.

Az előbbieken olyan kutatási eredményeket ismertettünk, ahol szomatikus vagy mentális betegség miatt részesültek egészségügyi ellátásban és annak részeként/ kiegészítéseként lelkigondozásban a kliensek. A vizsgálatok másik köre a szubklinikai szinten jelentkező mentális betegségek vagy mentálisan egészséges, de életvezetési nehézségekkel, érzelmi elakadásokkal küzdő kliensek lelkigondozására irányul. Ez utóbbi jóval szűkebb, mint az egészségügyi ellátás keretében megvalósuló lelkigondozással kapcsolatos hatásvizsgálati kutatások köre, hiányterületnek mondható. Egy 2020-ban megjelent vizsgálat³⁸ általánosságban vizsgálta a vallásos páciensek azon igényét, hogy a pszichoterápiás folyamatban meg tudjon jelenni a hit témája. Eredményeik szerint a legtöbb páciens spirituálisan támogató megközelítést vár el, és egy kisebb részük olyan segítő folyamatot preferál, amelyben a vallásosság és spiritualitás beépül a terápiába.

Egy brit vizsgálat kifejezetten a lelkigondozói beavatkozást mérte szubklinikai mentális egészségügyi problémákkal küzdő kliensek körében.³⁹ Eredményeik szerint a képzett lelkigondozók által nyújtott támogatás csökkentheti a boldogtalanság érzésének betegséggé alakulási hajlamát, és pozitív választ adhat az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetekkel küzdő betegeknek.

3. Kutatási cél

Kutatási célunk annak vizsgálata, hogy változik-e a spiritualitás, és ha igen, milyen mértékben és irányban a professzionális lelkigondozói segítségnyújtás (vagy a spiritualitást integráló mentálhigiénés segítő beszélgetés) hatására, függetlenül attól, hogy célzottan spirituális témákra irányul-e a lelkigondozás. Célunk továbbá annak vizsgálata, hogy a

³⁷ Uo.

³⁸ CURRIER – STEVENS – ISAAK – SMITH – ZLOMKE (2020), 514–516.

³⁹ KEVERN, Peter – HILL, Lisa. (2015): 'Chaplains for Well-Being' in Primary Care: Analysis of the Results of a Retrospective Study, In: *Primary Health Care Research & Development*. 16. 1. 87–99.

spiritualításban való pozitív irányú elmozdulás együtt jár-e összességében az állapot észlelt javulásával. A változás mértékét befolyásoló változók feltárása további célként árnyalja kutatási eredményeinket, segíti azok mélyebb megértését.

4. Módszertan

4.1. Adatgyűjtés

A kutatást két helyszínen, a budapesti Antropos Mentálhigiénés Módszertani Központban (AMMK) és a kecskeméti Reménység Háza Lelkigondozói és Mentálhigiénés Tanácsadó Szolgálatnál (RH) végeztük. Az AMMK egy mentálhigiénés és lelkigondozói központ, ahol különféle segítő szolgáltatások igénybevételére van lehetősége a klienseknek, köztük lelkigondozásra és mentálhigiénés segítő beszélgetésre. Az RH a Római Katolikus Főplébánia fenntartásában működő kecskeméti Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat intézményi egysége, amely teljesen nyitott a szekularizált világban tájékozódni akaró, enyhülést és utat kereső emberek számára, mindenféle hovatartozástól függetlenül. Mindkét intézmény keretein belül pasztorális tanácsadók, lelkigondozók, mentálhigiénés szakemberek végzik segítő tevékenységüket. A két előbbi végzettség feltételezi előzetesen a teológiai diploma meglétét is. Munkatársaink mindhárom képzési területen jártasak a spirituális témák kísérésében, egyéb képzéseken, továbbképzéseken, team és szupervíziós alkalmakon közös szemlélettel vannak jelen.

Az online adatgyűjtés 2021 júniusától 2024 májusáig zajlott a Lime Survey program használatával, a központokat ezen időszakban felkereső kliensek és azok segítőinek megkérdezésével. A kliensekkel a folyamat megkezdése előtt és a folyamat lezárta után is töltettünk ki kérdőívet, míg a segítőkkal csak a folyamat lezárta után. A válaszadás önkéntes és anonim volt, a beérkezett válaszok párosítása egyedi, a kutatók által nem ismert eljárás során generált kód alapján történt.

Az adatgyűjtést a TUKEB (engedély száma: IV-751-1) engedélye alapján folytattuk le, amely tartalmazott tájékoztatósi és beleegyezési nyilatkozatot is.

4.2. Használt mérőeszközök

A demográfiai adatok felmérése érdekében a kérdőívben rákérdeztünk a kliens alapvető szociáldemográfiai hátterére (kor, nem, végzettség, családi állapot és munkaerőpiaci helyzet).

A spiritualitás kérdéskörét a felekezeti hovatartozás mellett a Teisztikus Spiritualitás Változását mérő skálával vizsgáltuk. A TSOS-HU olyan mérőeszköz, melyet kifejezetten a teisztikus spiritualitás változásának mérésére fejlesztettek ki.⁴⁰ A kérdőív három alskálával rendelkezik: *Love of God* [Isten szeretete], *Love of Others* [Mások szeretete] és *Love of Self* [Önszeretet]. A kérdőív 17 tételből áll, melyekre 5 pontos Likert-skálán (egyszer sem, elvétve, néha, gyakran, szinte mindig) ad választ a kitöltő. A skála bővebb bemutatásáról és magyar adaptációjáról jelen lapszám másik, kutatócsoportunk által jegyzett cikkében részletes leírás olvasható.⁴¹

A segítői folyamat jellegére vonatkozó kérdések megjelentek mind a kliens, mind a segítői kérdőívekben. Ezek tartalmazták a kliens által a segítségkérés oka(i)ként megjelent nehézségeket, a tényleges terápiás tartalmakat, a segítői folyamat intenzitását, hosszát és minőségét. Rákérdeztünk továbbá olyan tényezőkre, melyek a nem specifikus terápiás hatás egy részéért lehetnek felelősek: a kapcsolati illeszkedésre mindkét fél részéről, mely az egyik legfontosabb kapcsolati változó,⁴² a kliensváltozók közül pedig a demográfiai jellemzőknél említettek mellett a tünetek súlyosságára. A világnézeti illeszkedés lelkigondozó és kliens között volt a kezelés koherenciájára vonatkozó változó.

4.3. Adattisztítás

Jelen kutatás adatbázisa a két felmért központba jelentkező kliensek azon körét tartalmazta, akik rendelkeztek a bemeneti és kimeneti időpontban is értékelhető kérdőívvel, továbbá vallásosnak tartották magukat, és kitöltötték a TSOS-HU skálát mindkét időpontban. Elemzésünkbe azokat a klienseket vettük be, akik legalább 80%-ban kitöltötték mind a bemeneti, mind a kimeneti TSOS-HU tételsorát (ez a 17 tételes skála esetén maximum 3 hiányzó választ jelent).

Az elemzések során az SPSS 29.0.1.0 verzióját használtuk. A vizsgálati skála és alskálák megbízhatóságát Cronbach-alfával mértük. A minta jellege miatt nemparaméteres páros Wilcoxon-próbát használtunk a bemeneti és kimeneti kérdőívek TSOS-HU pontszámának összehasonlítása során. További elemzéseket végeztünk független mintás

⁴⁰ RICHARDS – SMITH – SCHOWALTER – RICHARD – BERRETT – HARDMAN (2005), 457–469.

⁴¹ SZABÓ-JÁKI– TÖRÖK – SIPOS – JÁRAY – BÓNÉ (megjelenés alatt).

⁴² FOUAD, Nadya A. – CARTER, Jean A. – SUBICH, Linda M. (2012): *APA Handbook of Counseling Psychology. Vol. 1: Theories, Research, and Methods*. American Psychological Association.

Mann–Whitney U-tesztel, Kruskal–Wallis-tesztel, illetve Spearman-féle korrelációval. Az elfogadott szignifikanciát $p < 0,05$ szintnél határoztuk meg.

5. Eredmények

5.1. A minta bemutatása

A vizsgált kliensek adattisztítás utáni létszáma 55 fő. Az átlagéletkor 38 év (szórás 12 év), 43%-uk férfi, 57%-uk nő. 64% él párkapcsolatban. Jelentős többségük (75%) magas iskolai végzettségű, további 24%-uk érettségivel rendelkezik. A vizsgálat kritériumaként mindegyik válaszadó vallásos, közülük 85% jelezte, hogy egyházasan vallásos, 15%-uk a maga módján az. Felekezeti megoszlás szerint kétharmaduk római katolikus (67%), további 20% református, 7% evangélikus. Vannak továbbá baptisták (4%), görögkatolikusok (2%), illetve felekezeten kívüliek (4%). Néhányan több helyre is besorolták magukat.

A mintában közel azonos a férfiak és nők aránya, ami egyrészt azért meglepő, mert általában a kutatásokban a nők aránya felülreprezentált, továbbá pedig az is ismert és kutatott jelenség, hogy a férfiak nehezebben kérnek pszichológiai segítséget.⁴³ A felekezeti megoszlás aránya megfelel a magyarországi demográfiai adatoknak, az egyházasan vallásos kliensek aránya azonban magas, ami a két intézmény profiljával hozható összefüggésbe. A spirituális változás mérése szempontjából a minta heterogenitása megfelelő.

A segítői kapcsolat a minta 51%-a számára ismerős élmény, ui. ennyien fordultak már korábban segítőhöz (leggyakrabban egyéni, csoportos vagy párterápia, önismereti folyamat, gyász kísérés formájában). Magyarázatképp szolgálhat, hogy sokakat például a pszichodráma-vezetőjük küld egyéni segítői folyamatba, miután a csoportban felszínre kerülnek az elakadásai, és hasonlóan gyakori, hogy a személy lelkivezetője, lelkésze a küldő, vagy épp egy párterapeuta, aki az egyéni elakadást a párkapcsolat segítségét akadályozó tényezőjeként azonosítja. A megkérdezettek 15%-a a jelentkezés időpontjában is szedett gyógyszert a mentális problémáival összefüggésben, 31%-uknak van krónikus betegsége. A mentális probléma kapcsán történő gyógyszeresedés szintén némi magyarázatot

⁴³ ALMÁSSY Zsuzsanna – SOMOGYI Dominika – SZATMÁRI Ágnes (2019): A segítségkérő viselkedés és a depresszió kapcsolata a fiatal felnőttek körében, In: *Különleges Bánásmód – Interdiszciplináris folyóirat*. 5. 4. 7–19.

igényel, ugyanis a lelkigondozás vagy mentálhigiénés segítő beszélgetés, amelyben a klienseink részesültek, szubklinikai ellátási forma: életvezetési, érzelmi, kapcsolati elakadások a kompetenciaterülete, és nem feladata mentális betegségek ellátása. Ugyanakkor, amennyiben valakinek egy kezelt mentális betegsége van (pl. depresszió), és aktuálisan kompenzált állapotban van, azaz tünetmentes, vagy enyhe tünetei vannak, gyakori, hogy miközben a kezelőorvosa továbbra is kontrollálja a rendszeres gyógyszereszedését, valamely egyéb probléma kapcsán keres és kér segítséget, jelen esetben épp egy lelkigondozótól, a téma jellege vagy a világnézeti egyezés miatti preferencia okán.

5.2. A lelkigondozási folyamat jellemzői

A tanácsadások nagy része személyesen valósult meg (62%), 24%-uk végig online, és voltak vegyes megoldások is. Segítői kérdőív az 55 főből 50 esetben volt elérhető (91%).

A segítő központokat a kliensek többféle problémával keresték fel, átlagosan 3-at jelöltek meg a felajánlott lehetőségek közül. Az 1. táblázat mutatja be a bemenetkor jelzett problémák arányát, a kimenetkor a kliens által jelzett segítői kapcsolati témákat, illetve ugyanezt a segítő szemszögéből.

1. táblázat: *A segítői kapcsolat témái a kliens és a segítő szemszögéből*

Témák	kliens (jelentkezéskor)	kliens (lezárást követően)	segítői (lezárást követően)
életvezetés	62%	33%	40%
önismeret	58%	62%	64%
kapcsolati problémák	55%	66%	70%
hangulati zavarok	40%	18%	18%
életszakaszváltás	35%	33%	20%
veszteség	29%	22%	26%
hitélet	16%	20%	38%

N = 55 (kliens), 50 (segítő)

Leggyakrabban (a kliensek 62%, illetve 58%-a) életvezetési, illetve önismereti nehézséggel küzdenek, 55% jelzett kapcsolati problémát, 35% számolt be életrszakaszváltáshoz köthető normatív krízisről, hangulati vagy szorongásos probléma 27%-ban, illetve 40%-ban jellemezte őket, veszteséget jelzett 29%, hitélettől összefüggő problémát pedig mindössze 16% jelölt meg. A folyamat során a kliens által jelzett kiinduló nehézségek közül nagyobb arányban jelentek meg a kapcsolati témák (mind a segítő, mind a kliens jelzése alapján), kevésbé a szorongásos és hangulati problémák (melyek egymással gyakran összefüggenek, s így összevontan kezeltük őket), illetve nagy volt az eltérés abban, hogy a kliens, illetve a segítő mely témákat azonosította hitélethez tartozóként. Lehetséges, hogy az eltérések hátterében az áll, hogy ezekben az esetekben nem a hitéleti válság lehetett a fő probléma, ugyanakkor valamely egyéb – például életvezetési nehézség, életciklusváltás – hitéleti vetülete is előkerült a foglalkozások során, explicit vagy implicit módon. Így a kliensek hajlamosabbak voltak az őket foglalkoztató legjelentősebb témakört megjelölni (pl. egy kapcsolati problémát, mondjuk egy válás esetén), míg a lelkigondozók azt is jelezték, ha a kérdés kapcsán a hitéleti vonatkozásokkal is foglalkoztak. Összességében nagyon sokszor hasonlóan látták a kliensek és a segítők, hogy mi volt a központi kérdésük, problémájuk, amivel dolgoztak a segítő folyamatban – itt a kliens kimeneti kérdőívét érdemes a segítőivel összehasonlítani, hiszen ezek reflektálnak a már megvalósult folyamatra. A kliens bemeneti és kimeneti kérdőíveinek különbségei is jól értelmezhetők: bejelentkezéskor sokszor valamely általánosabb problémát (pl. életvezetési nehézség) jelölnek meg a hozzánk forduló vagy magát a tünetet, panaszt, amitől szenvednek (pl. szorongás, rossz hangulat), ezek után magában a segítő folyamatban differenciálódnak specifikus kérdésekre, területekre, háttérben meghúzódó okokra, amelyre a lélektani munka irányul.

5.3. A spiritualitás mérése, a folyamat során tapasztalt változások

A Teisztikus Spiritualitás Változását mérő skála megbízhatónak bizonyult, az alsóskálák Cronbach-alfa értéke 0,762 és 0,902 között mozgott mind a bemeneti, mind a kimeneti adatfelvételkor. Ez alól egyedül az Önszeretet alszála volt kivétel, amely a kimeneti ponton ugyan megfelelő volt (0,812), ugyanakkor a bemenetin különösen alacsony (0,386), leginkább az „élőnek élttem meg a hitemet” tétel többbitől való eltérése miatt. A kimeneti értékeléskor ez a különbség nem volt érzékelhető (Cronbach-alfa:

0,812). A teljes skála mindkét esetben összességében megbízhatónak bizonyult (Cr-alfa: 0,855 és 0,909). Az említett jelenség (Önszeretet alskála alacsony belső koherenciája a bemeneti adatfelvételtkor) megításunk szerint jól magyarázható lélektani háttértényezőkkel: a segítségkérés pillanatában a személyt általában egy önellentmondásos, inkongruens lélektani állapot (pl. az énkép és a megélt élmény össze nem illése) jellemzi, és a segítségnyújtás során mozdul el a kongruencia irányába, amely maga a terápiás hatás.⁴⁴ Érthető tehát, ha az Önszeretet (önmagával való kapcsolat) skálán a bemenetkor kevésbé koherens, zavaros a kép, és nagy öröm, hogy a segítő folyamat lezárásakor ez a kép megváltozik, az integráció irányába halad. Tovább bontva a kérdéskört, az is érthető, hogy a skála tételei közül épp az „élőnek élttem meg a hitemet” tétel tér el erősen: egy krízisben ugyanis, még ha nem is a hitérettel kapcsolatos maga a krízis, nagyon gyakori, hogy a hit megélése is nehezített, épp a terhelt érzelmi állapot miatt.

A TSOS-HU által mért spiritualitás-összetevőket páros Wilcoxon-próbával elemeztük. Ennek eredményeit mutatja be a 2. táblázat.

2. táblázat: *A spiritualitás változása a teljes mintában*

Skála	Átlag jelentkezéskor (szórás)	Átlag lezárást követően (szórás)	Eltérések aránya (poz./neg./nincs vált.)	Szignifikancia
TSOS teljes	3,49 (0,58)	3,64 (0,65)	67% / 31% / 2%	0,02*
Mások szeretete	3,70 (0,58)	3,83 (0,57)	53% / 33% / 14%	0,08
Önszeretet	3,22 (0,58)	3,46 (0,83)	60% / 25% / 15%	0,01*
Istenszeretet	3,36 (1,02)	3,46 (1,03)	53% / 36% / 11%	0,17

* $p < 0,05$; $N = 55$

A táblázatban bemutatott adatokból látszik, hogy a spiritualitás összességében szignifikánsan erősödött, ami minden alskálára igaz, ebben viszont az „Isten szeretete”, illetve a „Mások szeretete” kisebb, míg az „Önszeretet változása” jelentősebb szerepet játszott.

⁴⁴ ROGERS, Carl (2012): *Client-Centered Therapy (new ed.)*. Hachette UK.

Habár mindhárom alskála növekedő értékeket mutat, felmerülhet a kérdés, hogy miért pont az önszeretet emelkedett szignifikánsan? A kapott eredmények értelmezésében segít, ha reflektálunk a rövid segítői folyamatok (a lelkigondozás tipikusan ilyen) fókuszára, céljára. A segítő kapcsolat folyamatában a kliensek elsődlegesen az aktuális élethelyzetükből fakadó, konkrét problémájukkal való megküzdésen dolgoznak. A jelentkezés pillanatában el vannak akadva, egyedül nem boldogulnak, ami az énképükre és önfogadásukra egyaránt jelentősen kihat. A segítő folyamat eredményeképpen megerősödik bennük a bizalom önmaguk iránt abban, hogy képesek megküzdni a helyzettel, amiben fontos szerepet játszanak a spirituális erőforrásaikban beállt változások is. A segítő folyamatban az elakadáson dolgozva, a segítő támogatásával a maguk szerepét és cselekvési lehetőségeit jobban meglátják az adott konfliktusban vagy számukra nehéz élethelyzetben, ami ezen a skálán az önszeretetben mutatkozik meg, olyan pontokban, mint „újra értékesnek érzem magam”, „tudom szeretni magam”, „lelkileg elevennek éreztem magam”. Ezek olyan önmagunkra irányuló érzések, melyek jelentősen befolyásolják a megküzdési képességet és ez az alapja annak, hogy mások és az Isten felé is növekedjen a kliensben az elfogadás, megértés és a szeretet. E két utóbbi változó következménye lehet az önszeretetben bekövetkező jelentősebb változásoknak. E mögött állhat az a jelenség, hogy a segítő kapcsolatban a kapcsolódási képesség alakulásával óhatatlanul az Istennel való kapcsolódási képesség is átformálódik, melynek során a kliens lelki munkája során az esetleg eddig átvett spirituálisválaszok helyett a sajátjait igyekszik megtalálni, mely folyamatnak első lépéseként lehet, hogy először távolodást él meg, hiszen reflektíven felülvizsgálja korábbi hiedelmeit, például istenképét. A negatív irány ezt az eltávolodást jelezheti, ami nem feltétlenül egy negatív attitűdöt jelent, hanem sokkal inkább azt, hogy a lelki folyamata elején tart, melynek során olyan válaszokat fogalmaz meg, melyek a korábbitól eltérő, de személyiségéhez jobban illeszkedő spiritualitáshoz vezetnek. A krízis átdolgozásával aztán általában a spiritualitás, istenkapcsolat is újra megerősödik, a korábbiakhoz képest érettebbé, személyesebbé válik.

5.4. A spiritualitás összefüggései a segítő folyamatba jelentkező kliens főbb jellemzőivel

Az elemzés során először nemparaméteres független mintás Mann–Whitney U-tesztrel, Kruskal–Wallis tesztrel, illetve Spearman-féle korrelációval néztük meg, hogy van-e a spiritualitás megélésében különbség a bemeneti kitöltéseknél. Nemek szerint vizsgálva

egyedül a „Mások szeretete” volt szignifikánsan nagyobb a nőknél, amely következhet a nők emocionális, a férfiak racionális problémaközelítési működésmódjából; családi állapot szerint nem volt különbség. A válaszadók életkora egyedül az Isten szeretetével jelzett magasabb összefüggést: az idősebb kor az Isten szeretetének mélyebb érzésével jár együtt. Az idős emberek istenszeretete mögött vélhetően a hosszabb élet alatt megélt életesemények, tapasztalatok, megküzdések, spirituális élmények, remények állhatnak. Nem volt különbség annak alapján, hogy volt-e korábban segítői folyamatban része, volt-e krónikus betegsége, illetve a segítségkérés alapjaként megjelölt témáktól sem függött.

5.5. Az észlelt változások összefüggései a kliens és a folyamat jellemzőivel

A segítői folyamat időtartama alatt bekövetkező javulást a teisztikus spiritualitás terén a bemenetnél jelenlévő különbségekkel nem tudtuk összefüggésbe hozni; egyedül a nők esetében volt enyhén nagyobb az „Isten szeretete” alszkálában mért változás. A segítői folyamatot követő értékelések alapján aszerint sem találtunk összefüggést, hogy mi volt a ténylegesen érintett téma. Ez abból fakadhat, hogy a segítségkérők bejelentkezéskor egy számukra könnyebben elfogadható, az alapproblémájukat „elfedő” témakört jelölnek meg; a fel- és megoldásra váró valós nehézségek a segítővel kialakított bizalmi kapcsolat védelme alatt, a lelkigondozás folyamatában kerülnek felszínre.

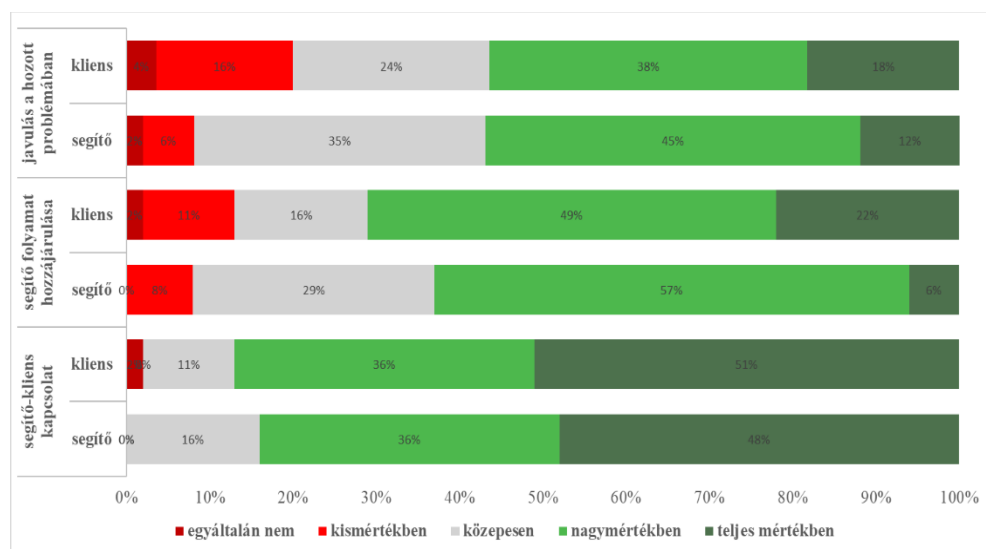
Nagy különbség van azonban abban, hogy a folyamattal párhuzamosan történt-e az életében jelentős változás. Azok, akik erről számoltak be (a minta 54%-a), jelentős javulást mutattak minden alszkálában, de leginkább az önszeretet terén mutattak nagy növekedést (0,53; $p < 0,05$). A kérdéssor nem tért ki rá, hogy a jelentős élethelyzeti változás pozitív vagy negatív történet volt-e. Amit mindenképp állíthatunk, hogy összefügg a jelentős élethelyzeti változás és a segítő folyamatban történő állapotváltozás (javulás): lehet ez akár azért is, mert valóban a pozitív életesemény segíti a nehézségekkel való megküzdést, vagy épp fordítva, azért tud pozitív változás történni a kliens életében (pl. párt találni, megházasodni), mert a segítő folyamatban végzett belső munka következtében képessé vált arra.

5.6. A kapcsolat értékelése a folyamat lezárultát követően

Mind a klienst, mind a segítőt megkértük a folyamat végén annak szubjektív értékelésére (1. ábra). Az első kérdés arra vonatkozott, hogy a lelkigondozási folyamat

végén milyen javulást érzékelnek a kliens problémájával kapcsolatban. A kliensek 56%-a, míg a segítők 57%-a szerint nagy- vagy teljes mértékű javulás volt tapasztalható. Elenyésző volt (4%, ill. 2%) azok százalékos aránya, aki azt jelezték, hogy egyáltalán nem volt változás.

A második kérdés arra vonatkozott, hogy a kliens, illetve a segítő szerint ehhez a javuláshoz mennyiben járult hozzá maga a segítői kapcsolat. Az eredmények alapján a válaszadók több mint kétharmada szerint ez nagy- vagy teljes mértékben javult (71%, 63%). A segítő kapcsolat szerepe a jelentős többség számára volt érzékelhető. Itt utalnánk vissza a korábbi megállapításunkra, hogy bár fontos életesemények is befolyásolhatták a terápiás hatást, úgy tűnik, hogy nem ezeknek, hanem magának a lelkigondozásnak tulajdonítják az állapotjavulás fő okát nemcsak a segítők, hanem maguk a kliensek is.



N = 55/50

1. ábra: A lelkigondozói folyamat értékelése a kliens és a segítő szemszögéből

Mennyire érez javulást a hozott problémával kapcsolatban?

Mennyiben járult hozzá a segítő folyamat, hogy a kliens a hozott problémájával megbirkózzon?

Mennyire érezte, hogy egy hullámbosszon van a segítővel/klienssel?

Továbbá rákérdeztünk arra is, hogy hogyan alakult a kliens és a segítő közötti kapcsolat, mennyiben érezték, hogy sikerült megtalálni a közös hangot. A válaszadók nagyon pozitív együttműködésről számoltak be, a kliensek 98%-a jelezte, hogy legalább közepes mértékben megtalálta a hangot a segítővel, de minden második kliens teljes mértékben össze tudott hangolódni a segítővel, és hasonló jelzés érkezett a segítők részéről is. Ez az eredmény azért is jelentős számunkra, mivel korábbi kutatások és szakmai irányelvek szerint⁴⁵ a terápiás hatás 30%-ában nonspecifikus tényezők játszanak szerepet, ezen belül pedig 5-7%-ért felelős a kliens és segítő közötti terápiás szövetség. Feltételezésünk szerint tehát a mintánkban mért kiemelkedően jó kliens és segítő közötti illeszkedés fontos magyarázó tényezője a mért változásnak, állapotjavulásnak.

5.7. A spiritualitás változásának összefüggései terápiás vonatkozásokkal

A problémában jelzett javulás, a lelkigondozásnak ebben játszott szerepe, illetve a kliens–terapeuta kapcsolat megítélése összefüggött a teisztikus spiritualitás változásával. Az erre utaló korrelációkat a 3. táblázat tartalmazza.

3. táblázat: *A segítői folyamat és a spiritualitás változásának összefüggései (Spearman-féle korreláció)*

	Probléma javulása		Segítői folyamat szerepe		Közös hang	
	Kliens	Segítő	Kliens	Segítő	Kliens	Segítő
TSOS teljes változása	0,544*	0,463*	0,458*	0,469*	0,391*	0,171
Mások szeretete változása	0,459*	0,307*	0,432*	0,455*	0,297*	0,214
Önszeretet változása	0,635*	0,535*	0,475*	0,443*	0,501*	0,197
Istenszeretet változása	0,371*	0,377*	0,268*	0,437*	0,259	0,092

* $p < 0,05$; $N = 55$

Ahogy a táblázatból látszik, a kliens által a segítői folyamat kezdeményezésénél jelzett probléma javulása és a segítői folyamat ebben játszott szerepe összefüggésben van a spiritualításban mért javulással ($r = 0,458$ – $0,544$) – leginkább az önszeretet növekedése, amely erősen együtt jár a spiritualitás magasabb értékeivel. Enyhén szorosabb a kliens

⁴⁵ FOUAD – CARTER – SUBICH (2012).

megélésének összefüggése a változással. Ugyanakkor a közös hang, az egy hullámhosszon levés és a spiritualitás változásának összefüggése kisebb; ebben is megfigyelhető, hogy a kliens megélése jobb előrejelző, mint a segítőé. Korábban (2. táblázat) már megmutattuk, hogy a teljes mintában minden alskálában átlagos növekedés volt tapasztalható a spiritualitás dimenzióiban.

6. Következtetések

Kutatásunk eredményei rámutatnak arra, hogy a két segítőközpontban segítséget kérő és lelkigondozásban részesülő klienseknek a jelzett problémával való megküzdési képessége mindkét fél tapasztalata szerint a folyamat lezárása után javult. Ezt erősíti, hogy a kliensek TSOS-HU kérdőívvel vizsgált spiritualitásváltozása szignifikánsan, pozitív irányba mozdult el a folyamat végére. Igaz ez az összesített skála pontszámára és az egyes alskálák változására is: az Önszeretetre, a Mások szeretetére és az Istenszeretetre. A pozitív spirituális változás hozzájárul a megküzdési képességük növekedéséhez és a kliensek javuló jóllétéhez, melyek alapján a lelkigondozás hatékony segítségnyújtási formának bizonyult. Mivel kutatásunk nem kontrollcsoportos elrendezésben zajlott, ezért ok-okozati összefüggést természetesen bizonyító erővel nem igazolhatunk. Az állapotjavulás azonban mind a segítő, mind maguk a kliensek megítélése szerint valóban segítői folyamathoz volt köthető, s nem egyéb tényezőkhez, például külső életeseményekhez. A hatást közvetítő tényezők közül kiemelkedik a jó segítői kapcsolat, a segítő és kliense közt kialakított szövetség. A lelkigondozó hozzáállása és nyitottsága révén megnyíló spirituális tér és értelmezési keret pedig szintén fontos, a segítői tevékenység hatékonyságára és koherenciájára vonatkozó változó. Ennek révén a lelkigondozásban részesülő kliensek életeseményeiket nemcsak bio-pszicho-szociális összefüggésekben, hanem spiritualitásuk szempontjából is értelmezhetik, integrálhatják, melyben fontos hatótényezője a segítségnyújtásnak az egymásra hangolt, egymást megértő spirituális kapcsolódás, amely eltérő felekezeti vagy vallási hovatartozástól függetlenül is létrejöhet. Ez a többlet megjelenik az eredményekben, a megélt változás, állapotjavulás összefügg a spiritualitás változásával. Eredményeink szerint a kliensek nagyobb része ment át pozitív változáson, ugyanakkor a teisztikus spiritualitásban észleltünk negatív elmozdulást is. Fontos lenne a későbbiek során feltárni az ezek mögött meghúzódó jelentősebb okokat, továbbá továbblépést jelenthetne a kvalitatív jellegű kiegészítő adatfelvétel és elemzés annak érdekében, hogy a változási folyamatot

mélyebben megértsük, valamint feltárjuk a megrekedt vagy nem igazolható változás mögötti okokat.

Kutatásunk abból a feltevésből indult ki, hogy a lelkigondozó segítő magatartásának specifikuma abban áll, hogy a kísérés folyamatában mindig a keresztény kinyilatkoztatás világ- és életértelmező üzeneteiben és annak segítségével keresi a választ a kliens kérdéseire, elakadásaira. Ezt nem feltétlenül verbalizálva, azaz ezt a spirituális-értelemkeresést gyakran csak a személyével, a klienshez való kapcsolódásában képviseli. Elmondható, hogy minden esetben sajátos spirituális térben dolgozik, hármas kapcsolati rendszerben szemléli lelkigondozottját: kapcsolatban önmagával, kapcsolatban a környezetével és kapcsolatban a transzcendenssel. Folyamatosan arra törekszik, hogy ez a három viszonylat élő maradjon, összeköttetésben álljon egymással, és összhangban legyen személyiségével és mindennapi életével. Segítőként tehát egy olyan értelmezést kínál a kliensek számára, amelyben az ön-, a világ- és az istenfelfogás egymásba fonódik. Így a spirituális változás a konkrét létezménytől és a spirituális kérdések verbális megjelenésétől függetlenül létrejöhet.

Felhasznált irodalom:

- ALMÁSSY Zsuzsanna – SOMOGYI Dominika – SZATMÁRI Ágnes (2019): A segítségkérő viselkedés és a depresszió kapcsolata a fiatal felnőttek körében, In: *Különleges Bánásmód – Interdiszciplináris folyóirat*. 5. 4. 7–19.
- BAUMGARTNER, Isidor (2003): *Pasztorálpszichológia*. Budapest, Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány – HID Alapítvány – Semmelweis Egyetem. 308–309.
- BAY, Paul S. – BECKMAN, Daniel – TRIPPI, James – GUNDERMAN, Richard – TERRY, Colin (2008): The Effect of Pastoral Care Services on Anxiety, Depression, Hope, Religious Coping, and Religious Problem Solving Styles: A Randomized Controlled Study, In: *Journal of Religion and Health*. 47. 1. 57–69.
- CURRIER, Joseph M. – STEVENS, Laura T. – ISAAK, Steven L. – SMITH, Tracey – ZLOMKE, Kimberly (2020): Understanding Preferences for Addressing Spirituality among Adults Seeking Outpatient Mental Health Care, In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 208. 6. 514–516.
- FLANNELLY, Kevin J. – EMANUEL, Linda L. – HANDZO, George F. – GALEK, Kathleen – SILTON, Nava R. – CARLSON, Melissa (2012): A National Study of Chaplaincy Services and End-of-Life Outcomes, In: *Palliative Care*. 11. 1. 10.

- FLANNELLY, Kevin J. – GALEK, Kathleen – TANNENBAUM, Helen P. – HANDZO, George F. (2007): A Preliminary Proposal for a Scale to Measure the Effectiveness of Pastoral Care with Family Members of Hospitalized Patients, In: *The Journal of Pastoral Care & Counseling*. 61. 1–2. 19–29.
- FOUAD, Nadya A. – CARTER, Jean A. – SUBICH, Linda M. (2012): *APA Handbook of Counseling Psychology, Vol. 1: Theories, Research, and Methods*. American Psychological Association.
- HÉZSER Gábor (2002): *Pasztorálpszichológiai tanulmányok*. Debrecen, Debreceni Református Hittudományi Egyetem kiadványai. 7–43.
- KEVERN, Peter – HILL, Lisa. (2015): ‘Chaplains for Well-Being’ in Primary Care: Analysis of the Results of a Retrospective Study, In: *Primary Health Care Research & Development*. 16. 1. 87–99.
- NAUER, Doris (2001): *Seelsorgekonzepte im Widerstreit – Ein Kompendium (Praktische Theologie heute)*. Stuttgart – Berlin – Köln, Kohlhammer. 55. 235–315.
- NÉMETH Dávid (2010): A pasztorálpszichológia aktuális kérdései hazánkban, In: *Református Egyház*. Május. 133–137.
- PERGAMENT, Keneth (1999): The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No, In: *International Journal Psychology of Religion*. 9. 3–16.
- PIDERMAN, Katherine M. – BREITKOPF, Carmen Radecki – JENKINS, Sarah M. – EUERLE, Terin T. – LOVEJOY, Laura A. – KWETE, Gracia M. – JATOI, Aminah (2015): A Chaplain-Led Spiritual Life Review Pilot Study for Patients with Brain Cancers and Other Degenerative Neurologic Diseases, In: *Spiritual Care*. 6. 2.
- RAFFAY, Julian – WOOD, Emily – TODD, Andrew (2016): Service User Views of Spiritual and Pastoral Care (Chaplaincy) in NHS Mental Health Services: A Co-Produced Constructivist Grounded Theory Investigation, In: *Psychiatry*. 16. 200.
- RICHARDS, P. Scott – SMITH, Timothy B. – SCHOWALTER, Marion – RICHARD, Matthias – BERRETT, Michael E. – HARDMAN, Randy K. (2005): Development and Validation of the Theistic Spiritual Outcome Survey, In: *Psychotherapy Research*. 15. 4. 457–469.
- ROGERS, Carl (2012): *Client-centered therapy (new ed.)*. Hachette UK.
- SIPOS Zsolt – TÖRÖK Gábor – JÁKI Zsuzsanna (megjelenés alatt): Outcome Studies in the Field of Pastoral Counseling: A Focused Review of Research Published between 1990 and 2020, In: *The Journal of Pastoral Care & Counseling: JPCC*.
- SITKU Tibor (2015): A protestáns lelkigondozás Magyarországon, a 20. század második felében, In: *Pünkösdsz. ma*. <https://punkosd.ma.ptf.hu/PDF/pasztoralpszichologia/2015-2/sitku-tibor-a-protestans-lelkigondozas-magyarorszag-a-20-szazad-masodik-feleben> (utolsó megtekintés dátuma: 2025. január 29.).

- SOMOSINÉ TÉSENYI Tímea (2016): Magyarországi lelkigondozó szolgálatok hálózati együttműködésének lehetőségei és kihívásai, In: Karlovitz János Tibor (szerk.): *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. 307–314. irisro.org/66SomosinéTesenyiTímea. (utolsó megtekintés: 2025. január 29.).
- SZABÓ-JÁKI Zsuzsanna – TÖRÖK Gábor Pál – SIPOS Zsolt – JÁRAY Márton – BÓNÉ Veronika (megjelenés alatt): A spiritualitás és a pszichés jóllét összefüggései – A Teisztikus Spiritualitás Változását Mérő Kérdőív (TSOS-HU) magyar adaptációja, In: *Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*.
- TADWALKAR, Rigved – UDEOJI, Dioma U. – WEINER, Rabbi Jason – AVESTRUZ, Father Lester – LACHANCE, Denise – PHAN, Anita – NGUYEN, David – BHARADWAJ, Pagad – SCHWARZ, Ernst R. (2014): The Beneficial Role of Spiritual Counseling in Heart Failure Patients, In: *Journal of Religion and Health*. 53. 5. 1575–1585.
- TAN Siang-Yang (1996): Religion in Clinical Practice. Implicit and Explicit Integration, In: Edward P., Shafranske (szerk.): *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington, D.C., APA. 365–387.
- TOMCSÁNYI Teodóra – Csáky-Pallavicini Roger – Harmatta János – Pilinszki Attila – Török Gábor Pál (2008): Lelkigondozás és pszichoterápia, In: *Pszichoterápia*, 17. 170–177.
- TOMCSÁNYI Teodóra – TÖRÖK Gábor – CSÁKY-PALLAVICINI Roger – ITTZÉS András – SALLAY Viola – MARTOS Tamás – TÖRÖK Péter – ITTZÉS Gábor (2013): An Ecumenical, Interdisciplinary, and Integrating Specialization Program in Pastoral Counseling in East Central Europe, In: *Journal of Psychology and Theology*. 41. 62–77.
- TÖRÖK Gábor – TOMCSÁNYI Teodóra – ITTZÉS András – MARTOS Tamás – SEMSEY Gábor – SZABÓ Tünde – TÉSENYI Tímea (2012): Ein ökumenisches Modell der Weiterbildung in Seelsorge: Geschichte und Ergebnisse de Evaluationsforschung der Weiterbildung, In: *European Journal of Mental Health*. 7. 1. 24–56.
- TÖRÖK Gábor Pál (2014): *The Development, Survey of Effectiveness and Improvement of the Curriculum of the Post-graduate Course on Pastoral Counseling*. [doktori értekezés]. Semmelweis University, Mental Health Sciences Doctoral School.
http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/torokgaborpall.e.pdf
(utolsó megtekintés dátuma: 2025. január 29.).
- WEIß, Helmut (2011): *Lelkigondozás – Szupervízió – Pásztorálpszichológia*. Kolozsvár, EXIT Kiadó. 33–36.
- ZIMMERMAN, George. L. – MEIER, Augustine (1999): Outcomes in Pastoral Counselling, In: *American Journal of Pastoral Counseling*. 2. 2. 67–88.