

KRASZNAY MÓNICA – HÉZSER GÁBOR

A pánikbetegség pasztorálpszichológiai lelkigondozói megközelítése egy esettanulmány alapján

TANULMÁNY

DOI: 10.56699/MT.2024.3.11

ABSZTRAKT

A szorongásos zavarok igen széles spektrumot alkotnak. Idetartoznak a különböző fóbiák és a pánikbetegség is. Jelen tanulmányban a pánikrohamokkal küzdő ember rendszerszemléletű pasztorálpszichológiai lelkigondozói támogatásának egy lehetséges módját mutatjuk be egy olyan esettanulmány néhány releváns részlete alapján, amelynek alanya ugyan nem kapta meg a pánikbetegség orvosi diagnózisát, ám ő maga pánikrohamoknak nevezte át-éléseit. Röviden utalunk a pánikrohamok, illetve a pánikbetegség pszichológiai, terápiás megközelítésére, rámutatunk a pasztorálpszichológiai lelkigondozás mibenlétére, a pszichoterápiáktól való különbségére. A bemutatott lelkigondozói eset kapcsán a pánikbetegség elterjedt pszichoterápiás kezelésével, a kognitív viselkedésterápia egyes elemeivel hasonlóságot mutató elemek is feltűnnek, de a lelkigondozás alapvető célja mindig az Isten-ember kapcsolat támogatása, melynek lehet biológiai-pszichés-mentális szintű kedvező hatása, ám célja nem az orvosi értelemben vett terápiás, gyógyító támogatás.

KULCSSZAVAK: pánik, pasztorálpszichológiai lelkigondozás, a lelkigondozás és a terápia különbsége

A pánikzavarokkal küzdők száma Magyarországon 2021-ben 26 százalékkal nőtt a korábbi évekhez képest (Perczel-Forintos et al., 2023: 1666). A lelkigondozó is gyakrabban találkozik ilyen esetekkel. A következőkben egy esetpéldán követjük nyomon, hogyan (1) készülhetünk fel erre, és (2) hogyan folyhat le egy ilyen beszélgetéssorozat. Az alábbi esettanulmány nem hatástanulmány: célja csupán a pasztorálpszi-

chológiai lelkigondozói megközelítés demonstrálása, s nem a hatásfokának igazolása. Többek között azért sem, mert a kliens igénybe vett önségítő módszereket, alternatív, komplementer medicinális támogatásokat is. A pasztorálpszichológiai lelkigondozás célja pedig nem a betegség gyógyítása, hanem a beteg ember *lelkigondozói* támogatása, kísérése, megéléseinek a vallásos hit horizontján történő elhelyezése. A pánikbetegség diagnosztizálása és gyógyítása pszichiáter, pszichoterapeuta kompetenciája és feladata.

A FELKÉSZÜLÉS

Tájékozódás a kórképről

Először is meg kell szerezniünk a pánikra vonatkozó legalapvetőbb ismereteket. Ilyenek: a pánik szorongásos félelem, amely hirtelen bárkire rátörhet. A Betegségek Nemzetközi Osztályozása európai szabványának, a BNO-nak legújabb revíziója a BNO-11, eredeti nevén: ICD-11-MMS (Szekeres, 2018: 89) a pánikzavart a „Mentális, viselkedési vagy idegfejlődési zavarok” csoporton belül a „Szorongásos és szorongással kapcsolatos” alcsoportban említi (ICD, 2024; WHO, 2022). Pánikrohamról akkor lehet beszélni, ha a pánikkal kapcsolatos valamennyi tünet közül legalább négy jelentkezik, és körülbelül tíz perc alatt eléri tetőpontjukat (Perczel-Forintos et al., 2023: 1666; Ajtay, 2020; Redecker et al., 2024: 2). A rohamok hirtelen, előjelek nélkül jelentkeznek, majd húsz-harminc perc alatt spontán megszűnnek (Redecker et al., 2024: 2). A szakirodalom a pánikrohamok tüneteit a következő négy csoportba sorolja: kardiorespiratorikus, gasztrointesztinális, neurológiai és pszichológiai tünetek (Németh, 2009; Ajtay, 2020, 2021). Pánikot válthat ki már a rohamtól való úgynevezett elővételezett (anticipációs) félelem is, amely egyes helyzetek teljes elkerüléséhez vezethet (Perczel-Forintos et al., 2023: 1666; Simon, 2015: 260). A DSM-V alapján Tobias M. Redecker és munkatársai kiemelik, hogy ha a rohamok, az elővételezett félelem és az elkerülő magatartás mellett az is igaz, hogy azok nem idegen anyag (gyógyszer, kábítószer) hatásai, és nem egyéb betegség tünetei, továbbá nem magyarázhatók más mentális zavarral, akkor már akár pánikbetegségről is beszélhetünk (Redecker et al., 2024: 2). Ezt az ICD-11 a pánikrohamoktól külön kódolhatónak tekinti, mert nem minden pánikroham felel meg a pánikbetegség diagnosztikai kritériumainak (Redecker et al., 2024: 2). A pánikbetegséghez depresszió és agorafóbia is kapcsolódhat, és a kétely, hogy „a normális élet” még visszaszerezhető-e (Simon, 2015: 261). Az érintettek számára mindez rendkívül ijesztő, ugyanakkor a szakemberek általában veszélytelennek tartják a tüneteket.

A pánikbetegség farmakológiai terápiája az agy neurokémiai egyensúlya felborulásának teóriájára épülve ennek az egyensúlynak a helyreállítását célozza (Kyriakoulis–Kyrios, 2023: 2). A pszichoterápiás lehetőségek közül az egyéni és csoportos kognitív viselkedésterápiás kezelések körülbelül 90 százalékban hatásosak (Perczel-Forintos et al., 2023: 1666). Sőt, Perczel-Forintos Dóra és munkatársai jelzik, hogy nemzetközi irányelvek szerint ez az „elsődlegesen választandó kezelési forma” (Perczel-Forintos et al., 2023: 1666). Megemlíthető még az úgynevezett pánikkontroll-terápia (*Panic Control therapy*,

PCT) és a pánikfókuszú pszichodinamikus terápia (*Panic-Focused Psychodynamic Therapy, PFPP*) (Sandell et al., 2023, 1.).

Pasztorálpszichológia, rendszerszemlélet, lelkigondozás

A pszichológia és a lelkigondozás a *distinctio sed non separatio* (megkülönböztetve, de el nem választva) elv értelmében egymásra utalt (Winkler, 1982: 159–163). A pszichológiai irányzatok általában horizontális-antropológiai dimenzióban tájékozódnak, az úgynevezett teremtetlen emberkép alapján (az ember Isten által való teremtettségének kérdését nem vizsgálják), a lelkigondozás ugyanakkor vertikális-spirituális dimenzióban is értelmezi az élethelyzeteket, az ember Isten által való teremtettségét alapvetésként tekinti.

A pasztorálpszichológia a pszichológiai ismeretek teológiai reflexiója és integrációja eredményeként interdiszciplináris határtudomány, s a gyakorlati teológia területéhez tartozik. A pasztorálpszichológia pszichológia minden egyházi munkaterület (a lelkigondozás, a spiritualitás, a valláspedagógia, a liturgia, a homiletika, a vezetés és a szervezeti formák) számára. Az ezen alapuló lelkigondozást nevezzük pasztorálpszichológiai lelkigondozásnak. „A lelkigondozás [...] a segítséget kérő személy hiedelem- és hitvilágára koncentrálnál, annak valódi tartalmait tárja fel, és lehetőséget kínál e tartalmak transzcendens irányú korrekciójára, illetve megváltoztatására” (Németh, 2023: 304). Mottója: minden hitkérdés mögött egy életkérdés és minden életkérdés mögött egy hitkérdés áll (Boisen, 1936). A rendszerszemlélet nem ok-okozati összefüggésekben, hanem kölcsönhatások alapján tájékozódik. A rendszerszemléletű lelkigondozás (Morgenthaler, 2019; Balogh et al., 2021: 29. skk.) az élet- és hitkérdések közötti összefüggéseket keresi (Boisen, 1936). Célja *nem a medicinális értelemben vett gyógyulás* (vö. Hézsér, 2005), szemben a pszichoterápiákkal, amelyeknek reparatív funkciójuk van, hanem az, hogy az embert – immanens és transzcendens erőforrásait felhasználva – támogatni tudja (szupportív funkció) abban, hogy az „adottságainak és az életre vonatkozó elképzeléseinek megfelelő létforma és életcéljainak bár részleges, de olyan mértékű elérésére képessé váljon, hogy ki tudja jelenteni: (ez) az én életem, amelyhez hozzátartozik a betegségem és a halálom” (Hartmann, 1984: 36). Ideális esetben a lelkigondozó és a pszichoterapeuta együtt dolgozik.

EGY LELKIGONDOZÓI ESET BEMUTATÁSA

Esetleírás

Egy ötvenes évei elején járó házaspár, kétgyermekes asszony a pánik fent leírt tünetei miatt fordult pasztorálpszichológiai lelkigondozóhoz. (Az adatokat, valamint az esetkezelést nem befolyásoló egyéb tényezőket megváltoztattuk.) Rohamai „üss vagy fuss” reakciókat váltanak ki, s mivel „ütni” nem tud, menekül. Ha ez lehetetlen, rosszullet érzése fenyegeti. A gyógyszereszedéstől erősen tart, pszichoterápiát még nem állt módjában igénybe venni. Hívóként igyekszik életkérdéseit vallása dimenziójában is elhelyezni, ezért kért *lelkigondozói segítséget*. A „pánikbetegség” az asszony esetében nem orvosi diagnózis,

hanem állapotának saját megnevezése. A lelkigondozó ekként kezeli, átveszi a kliens fogalomvilágát, nyelvezetét.

A család aktuális helyzete a rendszerszemlélet perspektívájából

Mint említettük, a rendszerszemléletben dolgozó lelkigondozó nem ok-okozati összefüggések szerint, hanem kölcsönhatásokban tájékozódik, majd a család egészére vonatkozó *hipotéziseket* állít fel, amelyekbe a vertikális létdimenzió is beletartozik.

A szóban forgó asszony családjának életét aktuálisan befolyásolja a férj munkahelyének krízise, a kisebbik lány érettségi stressze, s az idősebb bizonytalansága, hogy bekerül-e az egyetemre. A család közeledik a gyermekek leválásához, a csalárendszer át fog alakulni. A rendszerszemléletű hipotézis: az általános bizonytalanság *szorongató* érzése dominál, az anya pánikrohamai ezt is jelzik.

Család-lelkigondozás család nélkül

Amíg a család nem vesz részt a beszélgetéseken, addig is jó megjeleníteni az álláspontjaikat, ezért az asszonyt minden témánál „a családtagjai nevében” is megszólaltattuk. Ez úgynevezett cirkuláris kérdésekkel történhet: „Mit mondana a férje, hogy hatnak rá az ön pánikrohamai? Mit szólna a nagylánya, ha a férjét most hallaná? Hogy reagálna ön, ha esetleg valami mást javasolna az apjának?” Az asszonyban így tudatosulhatnak saját vágyai. Lánya *képzelt* reakciója arra utalhat, hogyan látja ő az apa-lány kapcsolatot. Kiderül, a férj és a nagyobbik lány megegyeztek abban – ez az úgynevezett koalícióalkotás –, hogy az asszonymnál „ez csak hisztéria”. (Ez a reakció a közvélekedésben rendszeres.) Ezzel tudattalanul védhetik is magukat a „pánikfertőzéstől”, hiszen ők is instabil helyzetben vannak. Az asszony felidézte, hogyan nyújtott ilyen szituációkban segítséget a családtagjainak, és hogy tudna jelenleg segíteni. Ez ellensúlyozná a „pánik tehetetlenné tesz” érzést. A lelkigondozói cél itt felismerni az erőt az erőtlenségben (vö. 2Kor 12,9).

A rendszerszemléletű lelkigondozás az élet- és hitkérdések közötti összefüggéseket keres. Célja nem a medicinális értelemben vett gyógyulás, szemben a pszichoterápiákkal, amelyeknek reparatív funkciójuk van, hanem az, hogy az embert – immanens és transzcendens erőforrásait felhasználva – támogatni tudja (szupportív funkció).

MEGKÖZELÍTÉSI DIMENZIÓK

A probléma értelmezése többgenerációs rendszerben

Az asszony gyermekkorát egy tekintélyelvű apa és nagyapa határozta meg. Osztályidegen, „deklasszált elemek” voltak, rettegetek a kitelepítéstől. Ő pedig attól rettegett, hogy kiváló iskolai teljesítményeivel sem tudja elnyerni a szeretetüket. Később felismerte a teljesítménykényszere, az akkori politikai helyzet és a pánikzavara közötti kapcsolatot,

valamint az ambivalenciát: mai hivatásbeli sikereit annak is köszönheti, hogy kislánysként maradéktalanul ki kellett aknáznia a tehetségét.

A probléma transzcendens perspektívában

Szülei és nagyszülei a teljesítményt „a Jóisten elvárásaként” is aposztrofálták. Mivel a szülők a gyermek spirituális fejlődésének korai szakaszában eleve istenreprezentáns szerepben jelennek meg, az így kifejeződő nyomás még erősödik. Az elégtelenségtől való félelem kihat a felnőttkorra. Ilyenkor jó – s ez nem csak hívőknél igaz! –, ha a kliens a nehézségeit megbeszéli egy „mennyei esetkonferencián” a Teremtővel, aki kreativitást adott és teljesítményt vár el; a Megváltóval, aki szeretetteljesen elfogadja akkor is, ha ő a határaiba ütközik; s a Lélekkel, aki reményt ad, hogy a kettőt össze tudja egyeztetni. A *diabolosz* igyekszik mindezzel szemben kétségeket támasztani. E gyakorlat nyomán a nő gyermekkorának teljesítménykényszere új összefüggésben jelenhet meg.

A LELKIGONDOZÓI BESZÉLGETÉS VEZETÉSÉNEK NÉHÁNY GYAKORLATI ELEME

A következőkben a beszélgetés néhány lényeges részletéhez kapcsolódó módszertani lehetőségeket mutatunk be. (A beszélgetésrészletekben a lelkigondozót Lg.-vel, a klienst K.-val jelöljük.)

A tünet megszelídítése – a tünet az tünet, én meg én vagyok

Lg.: Fel tudja idézni a pánikos rosszulleteket?

K.: Igen, de nem szívesen gondolok rá...

Lg.: Megértem. Ha mégis előjönnek az emlékei, akkor látja önmagát is?

K.: Magamat?

Lg.: Igen. Mintha egy mozifilmet nézne, ahol Ön az egyik szereplő.

K.: Nem. Én „magamból látom” a külvilágot.

Ez jelzi azt, hogy a kliens még gondolatban sem tud eltávolodni a problémától, azonosul vele. Az externalizáció a hatékony problémakezelési folyamat első jele lesz.

Egy ősi vallásgyakorlati minta

Mustó Péter jezsuita szerzetessel szólva: „ami van, annak szabad lennie” (Tábori, 2020: 21).

K.: Úgy érzem, mintha rám telepedne ez az egész, és semmit sem tehetek ellene.

Lg.: Legszívesebben elüzné...

K.: Igen, természetesen! De érzem, hogy nem tudom. Sőt, minél jobban szeretném, annál kevésbé sikerül.

Lg.: És ha nem akarná elüzni? Ha már annyira ragaszkodik Önhöz ez a „pánik”, akkor mi lenne, ha tudatosan megengedné neki a jelenlétét?

Ha *menekülünk* egy tünet elől, akkor kontrollálhatatlan lesz. Már a menekülésre kényszerülés gondolata is pánikos (elővételezett) félelmet válthat ki. Jobb megpróbálni megengedni a jelenlétét. Ebben egy ősi imádság, a szemlélődő ima gyakorlata segíthet, melynek alapja, hogy gyakorlása során nem elemezzük, nem fojtjuk el és nem minősítjük („címkézzük”), amit észlelünk vagy megfigyelünk, hanem *csak tudomásul vesszük*. A csak megfigyelés fokozatosan megszüntetheti a megfigyelőnek a megfigyelttel való azonosulását. A távolságtartás „terápiás” hatású, már nem a tünet ural minket, hanem *mi* tartjuk szemmel a tünetet, így kézzelfoghatóbbá, kezelhetőbbé válik. (Pszichológiailag ehhez hasonló módon működik a buddhista meditációs gyakorlatokból az 1980-as években Jon-Kabbat Zinn által kifejlesztett mindfulness [vö. Perczel-Forintos, 2015]).

Externalizáció

K.: *Néha elképzelem, hogy a pánik jön velem. Minél inkább otthon akarom hagyni, annál jobban ragaszkodik hozzám.*

Lg.: *...vagyis megszemélyesíti a pánikot?!*

K.: *Igen, úgy látom, mint egy nagy sötét emberi alakot...*

Lg.: *...aki mindenhová követi Önt.*

K.: *Ez normális?*

Lg.: *Kíváló módot talált arra, hogy hogyan kezelje azt az érzést, amit akaratlagosan nem tudott befolyásolni. Megengedi, hogy létezzon, de önmagán kívülre helyezi. A „sötét felebarát”¹ már nem fogva tartja, hanem kíséri. Ezt Ön engedi meg neki! Nagy különbség!*

Itt már megtörténik az externalizáció: a megfogalmazhatatlan, a kliensen eluralkodó probléma formát kap, ezzel „kézbe vehető, kezelhető” lesz. Ezután a lelkigondozó belső párbeszédre biztatja az asszonyt a pánikfigurával, hogy megtudakolja, „az mit akar tőle”. Úgy találta, hogy pánikzavara mögött a kontroll és biztonság iránti kielégítetlen igénye rejlik, mintha a pánik ennek jobb kezelésére ösztönözné. A tünet ezzel pozitív jelentőséget is kap.

Valóság és „fantázia”

K.: *Nem vagyok ura a pánikkeltő gondolatoknak.*

Lg.: *Pánikkeltőnek nevezte ezeket a gondolatokat. Ezek szerint a gondolatok keltenek pánikot...*

K.: *...és nem a valóság?!*

Lg.: *Így van!*

K.: *Ha a valóságra tudnék figyelni, akkor eltűnnének?*

Lg.: *Nem tudom, hogy eltűnnének-e. De ha nem figyel rájuk, és egy idő után talán már észre sem veszi őket, akkor mindegy, hogy eltűntek-e vagy sem.*

K.: *Azt már megfigyeltem, hogy ha jön a rosszullét, és tudatosítom magamban, hogy: „ez csak a pánik, ez nem a valóság”, jobban leszek. Igaz, gyakran kell ismételtetnem. Ha újra jönnek, újra tudatosítom magamban. Csak ne hullámozná így!*

Lg.: Engedje ezt most még meg! Arra figyeljen, hogy pánikba kalandozó gondolatait újra és újra visszavezesse a realitás érzékelésébe!

Ha sikerül a gondolatait kontrollálni, azaz a realitást továbbgondolás nélkül észlelni, akkor megtapasztalja, hogy nem fognak például a metrókocsi falai összenyomódni... „...az igazság szabaddá tesz...” (Jn 8,32). A szemlélődő ima mesterei szerint a gyakorlóról azonnal visszakerekül a jelenlétbe, és folytatni tudja a gyakorlatot, ha észreveszi, hogy figyelme elkalandozik, vagy minősíteni kezdi az észlelt dolgokat. Az elkalandozás tehát nem sikertelenség, hanem jelzés, hogy vissza kell térni a jelen „csak észleléséhez”. Ez az egyik módja az Istenre hagyatkozás gyakorlásának is.

Istenre hagyatkozni – teljesen

K.: Nemrég egyszer teljesen el tudtam engedni magam. A legkisebb változtatásra törekvésről is lemondtam. Életem bármely területén... és akkor pár percig úgy éreztem, teljesen Istenre tudom bízni magam. Ez olyan megkönnyebbülést okozott, amit el sem tudok mondani.

Lg.: ...és szeretné újra átélni ezt a könnyedséget.

K.: Igen, de nem sikerül. Pedig imáimban kifejezem, hogy mindent Istenre bízok. Nem kérek segítséget saját elképzeléseim megvalósításához... De azt a nyugalmat, felszabadultságérzést mégsem érzem.

Lg.: Mindent Istenre bíz? Úgy tűnik, valamit megtart magának: az ima hatását.

K.: Ezt nem értem...

Lg.: Elégedetlen, hogy a ráhagyatkozás imája nyomán nem érez nyugalmat. Ez arra utalhat, hogy ezt várja, ami egyébként érthető, természetes. Meg kellene azonban próbálni mindent teljesen Istenre hagyni: azt is, hogy imáinak milyen gyümölcseit tapasztalja meg.

K.: És ezt hogyan tehetném meg?

Lg.: Úgy, hogy elfogadja a valóságot: azt, ami éppen van. Például hogy az ima nem hozza meg az elvárt megkönnyebbülést, és azt is, hogy ha nem tudja ezt önmagában elfogadni...

K.: Mintha azt mondaná, bocsássam meg magamnak, hogy nem tudok megbocsátani magamnak valamit.

Lg.: Jó a párhuzam. Érdekes, hogy a megbocsátás jutott eszébe.

K.: Hm... talán azért, mert arra vágyom a legjobban...

Az asszony úgy érezte, elégtelensége életének olyan sötét foltja, amelyet Isten már nem bocsát meg – jöllehet tudata tisztában volt ennek a hiedelemnek a hamisságával. Ez utal korai destruktív, teljesítményorientált, a szeretetet feltételekhez kötő istenképére, amely tudati, teológiai-dogmatikai edukációval alig korrigálható. Egy lehetőség erre a családbiográfiai rekonstrukció, amelyet erre megfelelően képzett szakember vezethet. A pasztorálpszichológiai lelkigondozó segítőként vehet részt benne. (A családbiográfiai rekonstrukció célja a saját családtörténet elfogadásának növelése, a korlátozó családi hatásoktól való megszabadulás és a kihasználatlan családi erőforrások felfedezése.)

Tudni a jelenben lenni – istenkapcsolat

Lg.: Engedje meg, hogy megjelenjenek az elvárt békesség hiánya miatti érzése, ne küzdjön ellenük, hanem mintegy külső szemlélőként, tanúként figyelje meg az érzéseit, amiket az elvárt hatás hiánya okoz. De ne elemezze, ne minősítse, s ne ragadjon bele, hanem csak figyelje meg, majd fordítsa vissza figyelmét imájára, a jelenre, a jelen lévő Istenre.

A jelenlét teológiailag mindig a jelen lévő Istenhez való közvetlenebb kapcsolódás: a „vagyok, aki vagyok”-hoz (vö. Kiv 3,14), az Örökkévalóhoz, aki örökké van (nem valamikor volt vagy valamikor leendő). Ha kapcsolatot akarunk vele, nekünk is törekedni kell *jelen(ben) lenni*. Ebben a múltba és jövőbe kalandozó gondolataink akadályoznak. Figyelmünkkel a jelenben maradni segíthet fizikai szinten a tér egy pontjára való koncentrálás, mentális szinten egy szó vagy rövid mondat ismételtetése. Ez utóbbira példa különböző vallások szemlélődő hagyományaiban a mantrázás.

Visszatérő téma maradt a lelkigondozói folyamatban a szemlélődő imádság gyakorlása, a valóság észlelése a katasztrofizáló fantáziák helyett, az Istenre hagyatkozás a túlzott kontroll helyett.

Szemben a félelemmel – az út Kánaánba a sivatagon át vezet

Az asszony először újra sétálni akart tudni. Ehhez két erős érzelm kapcsolódott: a félelem a sétálástól, és a vágy, hogy újra képes legyen sétálni. Fel kellett ismernie, hogy célját épp a (most még) félelmetes séta által érheti el. Ha mindennap megtesz egy bizonyos útszakaszt. A kognitív viselkedésterápiában hasonló ehhez az expozíciónak nevezett szakasz, amely azonban már terápiás kompetenciákat kíván. Ez akkor sikerülhet, ha szembemegy a félelemmel, de közben a félelem helyett a vágyára koncentrál, azt erősíti. Hasonlóan ahhoz, mint amikor Péter apostol a háborgó vízen járt: amíg tekintetét Jézusra szegezte (esetünkben ez felel meg az asszony vágyának), addig nem süllyedt el. Ám amint a félelmetes hullámokra tekintett (esetünkben ezek felelnek meg a rosszullet jeleinek), süllyedni kezdett (Mt 14,28–33). A vágyott dologra koncentrálni könnyebb volt, mint a félelmek ellen küzdeni.

Tényszerűség a fantomokkal szemben

Racionális személyiség típusúaknak segíthet a tényekbe kapaszkodás. Ilyen tény például az, hogy a pánikroham ájulásérzete szinte sosem vezet ájuláshoz, hogy heves szívvérés mellett nem lehet elájulni, hogy a vonat/metró/bevásárlóközpont falai nem fognak összeszűkülni, az oxigén nem fogy el, stb. De ilyen tény az is, hogy a pánikroham tüneteinek intenzitása körülbelül tíz perc után csökken, majd húsz-harminc perc múlva megszűnik a roham. A kliens esetében az volt a feladat, hogy e tények felidézését kellett gyakorolnia, amikor közelgett

Visszatérő téma maradt a lelkigondozói folyamatban a szemlélődő imádság gyakorlása, a valóság észlelése a katasztrofizáló fantáziák helyett, az Istenre hagyatkozás a túlzott kontroll helyett.

a rosszullet. A „tényekbe kapaszkodás” a fantomokkal szemben, annak tudatos kimondása, hogy „ez csak a pánik”, segítettek neki – és a sétái egyre hosszabbak lettek.

K.: Egyik pillanatban a tényekbe kapaszkodom, a másikon az segít, ha kimondom magamban: ez csak a pánik, nem a valóság. Egy rosszullet közeledtével még viszonylag gyakran kell változtatnom a két módszert.

Lg.: Mindkét esetben a realitásban próbál maradni, és nagy dolog, hogy ez így sikerül.

Ez, valamint az eddig is gyakorolt realitásészlelés segíthet az automatikus (negatív) gondolatok megállításában, ami egyébként a kognitív viselkedésterápiában is az egyik alapvető cél.

Egyedül, de nem magányosan

Kérdés, mi a család a szerepe ebben a folyamatban. Meglehető válaszokat kaptunk:

K.: A legnagyobb segítség, ha beszámolhatok nekik arról, ahogyan kezelni tudom azt, amin keresztül megyek. Ez nagyon jól tesz, érzem, hogy nem vagyok egyedül, bár magam kell, hogy járjam az utam...

Lg.: És mit gondol, van haszna ebből a családjának is...?

K.: A férjem azt mondta, hogy neki sokat jelent, ha látja, hogy én mennyire kezelni tudom „a nagy, fekete kísézőmet”. Ez bátorítja a maga bizonytalanságában.

Lg.: De szép! Remélem, találtak arra is módot, hogy megünnepeljék, hogy milyen sikeresek.

Düh és életkedv

A kliens többször beszámolt arról, hogy időnként düh, agresszió tör fel belőle:

K.: Jogom van a régi életemhez! Úgy élvezni a sétákat, mint régg! Jogom van ezt visszakapni! – kiáltom dühösen, nem is tudom, kinek...

Lg.: Talán nem is tudjuk meg. Elég csak örülni ennek a feltörő életerőnek. Hisszük, az Élet Urától jön, aki azt ígérte, hogy tőle sem magasság, sem mélység nem választhat el minket (vö. Róm 8,39).

Az indulat, düh, agresszió energia, és lelkipozíciós feladatunk ezeknek biztonságos térben helyet adni. Elfojtásuk, tagadásuk, a moralizálás teológiailag indokolatlan, a lelkipozíciós kapcsolatot veszélyeztetheti, a gyógyulást nem támogatja.

A megengedés – szabadulás: „ott ájulok el, ahol én akarok”

Úgy tűnt, ennyit lehetett elérni. Az asszony már hatékonyabban tudta kezelni rohamait, a továbbiak egy pszichoterápiába tartozhatnak. Ám ahogy az Istennek való teljes önátadás, az élete fölötti görcsös kontroll igénye elengedésének útján előrébb haladt, azzal

is foglalkozni akart, amit eddig mindenáron igyekezett elkerülni: hogy a megengedésben (a kontrollról való lemondásban) akár a rosszullet „megengedéséig” is eljusson.

K.: ...ha azt mondogatom magamban, hogy „ott leszek rosszul, ahol én akarok” – szinte azonnal teljesen megszűnik a félelmem.

Lg.: Ne mondja meg senki, hogy szabad-e vagy hol, mikor szabad rosszul lenni...

K.: Így van! Valahogy jött belém ez az erő, vagy nem is tudom, minek nevezzem, hogy ezt én engedhetem meg magamnak. Ha ezt őszintén át tudom élni, az nagyon felszabadító. Úgy érzem, ez segít a leghatékonyabban.

Lg.: Megengedi magának, hogy lehet rosszul is.

K.: Igen. Ilyenkor úgy érzem, nem kell százszázalékosan teljesítenem, szabad nem tökéletesnek lenni.

Az „ott leszek rosszul, ahol én akarok” mondat egy paradox intencióra utal: a tünet megengedése, sőt „akarása” elűzheti a tőle való félelmet, így az elővételezett félelem miatt jelentkező rosszullet kockázata csökkenthető. Egy másik fontos vonatkozás: a tökéletességre nevelt kislány a tökéletes háziasszony/feleség elérhetetlen normáját hajszolta. Szüntelen büntudatának nyomasztó érzése akkor kezdett oldódni, amikor képes lett elfogadni ember voltának határait. Ez összekapcsolódott az életében a felelősségvállalás kérdésével is: felszabadítóan hatottak rá azok a pillanatok, amikor képes volt szembenézni mindazzal, amitől addig menekülni akart (bűn), amit meg akart úszni (büntetés).

A BEFEJEZÉS

Az utolsó két találkozáson az egész család részt vett. Azt akarták nyomon követni, hogy hogyan segítettek a kliens pániktünetei felismerni, hogy jelenleg ki-ki milyen terheket cipel. Ahogyan az asszony egyre hatékonyabban tudta kezelni a tüneteit, az bátorította őket tudatosan vállalni és sokkal differenciáltabban kezelni a maguk nehézségeit. Amikor szabad volt felismerni, hogy valamennyien segítségre szorulnak, meg lehetett fogalmazni, ki mit vár a másiktól. A kis elvárások teljesülésének a vártnál jóval nagyobb hatása lett. Az asszony pánikjait valamennyien úgy tudták kezelni, hogy ez közös életüket nem szűkítette be, bár részben megváltoztatta.

A rendszerszemlélet egyik axiómája: ha a rendszerben egyvalaki szenved, mindenki érintett. És ha valaki változik, az mindenkire kihat. A családokban is. A Biblia egymás terhének hordozását ajánlja. Érdekes, hogy nem a megszüntetéséről beszél. Az együtt hordozás nem beszűkíti, hanem teljesebbé teszi az életet. A kezdetben heti rendszerességű lelkigondozói beszélgetések azóta nagyobb időközönként, a kliens igényei szerint folytatódnak. Alapvető témájuk továbbra is az Istenre hagyatkozás, az istenképek formálása, a kapott talentumok felismerése és kamatoztatásuk konkretizálása (erőforrások és határszabás; a másoktól és önmagától érkező elvárásoknak az Istentől jövő elvárások szerinti korrekciója), és nem utolsósorban a jelenlét, a realitás érzékelésének, észlelésének gyakorlata, a szemlélődő ima.

Végjegyzet

1 Gyökössy Endre kifejezése arra, amire az Újszövetség óemberként (bűnös önvalónkként) utal (vö. Gyökössy, 2010: 21).

Felhasznált irodalom

- AJTAY GYÖNGYI (2020): *Szorongásos zavarok, pánikzavar, generalizált szorongás*, 2020. 02. 06., <https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2020/03/Szorong%C3%A1sos-zavarok-2020.pdf> (letöltve: 2024. 04. 11.).
- AJTAY GYÖNGYI (2021): *A szorongásos zavarok kognitív viselkedésterápiája*, <https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2021/11/Szorong%C3%A1s-Kvt-2021-Klin-pszich.pdf> (letöltve: 2024. 04. 11.).
- BALOGH KLÁRA – HÉZSER GÁBOR – KRASZNYAI MÓNICA (2021): *Beszélgetések a családról, Gondolatok, tapasztalatok, kérdések családterápiáról és lelkipozásról*, Budapest, Kálvin Kiadó.
- BOISEN, ANTON T. (1936): *The Exploration of The Inner World, A Study of Mental Disorder and Religious Experience*, Chicago, Willett, Clark & Company.
- GYÖKÖSSY ENDRE (2010): *Akarsz-e meggyógyulni?*, Budapest, Szent Gellért Kiadó és Nyomda.
- HARTMANN, FRITZ (1984): *Patient, Arzt und Medizin*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- HÉZSER GÁBOR (2005): *Mi okból vagy milyen összefüggésben? Tanulmányok a rendszerszemléletről*, Budapest, Kálvin Kiadó.
- ICD (2024): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 2024-01, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054> (letöltve: 2024. 06. 07.).
- KYRIAKOULIS, PETER – KYRIOS, MICHAEL (2023): Biological and cognitive theories explaining panic disorder, A narrative review, *Frontiers in Psychiatry* 14, 1–11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.957515>
- MORGENHALER, CHRISTOPH (2019): *Systemische Seelsorge, Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis*, Stuttgart, Kohlhammer.
- NÉMETH ATTILA (2009): *Szorongásos zavarok*, https://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/szorongasos_zavarok_na_2009.pdf (letöltve: 2024. 04. 11.).
- NÉMETH DÁVID (2023): Lelkipozás és pasztorálpszichológia – átfedések és különbségek, *Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*, 68/II (2), 295–311. DOI: <https://doi.org/10.24193/subbtref.68.2.18>
- PERCEL-FORINTOS DÓRA (2015): Megáll az ész s megáll az idő!?, *Mindennapi Pszichológia*, 7(6), 36–40.

- PERCZEL-FORINTOS DÓRA – KOVÁCS ILLÉS ÁRON – ELEK LÍVIA PRIYANKA (2023): Intenzív kognitív viselkedésterápiás csoport pánikbetegség kezelésére, *Orvosi Hetilap*, 164 (42), 1665–1672. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2023.32892>
- REDECKER, TOBIAS M. – JEUNG-MAARSE, HAANG – BRANDT, CHRISTIAN (2024): Panic disorder in epilepsy, *Epilepsy & Behavior Reports* (25), 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2024.100646>
- SANDELL, ROLF – FALKENSTRÖM, FREDRIK – SVENSSON, MARTIN – NILSSON, THOMAS – JOHANSSON, HAKAN – VIBORG, GARDAR – PERRIN, SEAN (2023): Moderators of short- and long-term outcomes in panic control treatment and panic-focused psychodynamic psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 1–11. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2294888>
- SIMON JÁNOS (2015): A pánikbetegség és a hozzá kapcsolódó fóbiák lelkigondozói vetületei, *Református Szemle*, 108 (3), 256–276.
- SZEKERES GYÖRGY (2018): Milyen változásokat hoz a pszichiátriában a BNO-11?, *Legis Artis Medicinae*, 29 (1–2), 89–93. DOI: <https://doi.org/10.33616/lam.29.011>
- TÁBORI KÁLMÁN (2020): Vedd le a sarudat! – Beszélgetés Mustó Péterrel, *A Szív*, 2020. július–augusztus, <https://jzsuitakiado.hu/cikkek/vedd-le-a-sarudat/> (letöltve: 2024. 07. 11.).
- WHO (2022): *BNO-11, Mentális zavarok*, Budapest, Animula.
- WINKLER, KLAUS (1982): Das persönlichkeitspezifische Credo, *Wege zum Menschen* 34 (4), 159–163.

Pastoralpsychological care approach of panic disorder based on a case study

ABSTRACT

Anxiety disorders have a wide board spectrum. They include various phobias and the panic disorder. This study presents a possible way of providing a systematical based pastoralpsychological care a person with panic attacks based on relevant details of a case study, in which the subject, although not having a medical diagnosis of panic disorder, self-reported her recurrent symptoms as panic attacks. We briefly describe the psychological and therapeutic approach to panic attacks and panic disorder, and point out the nature of pastoral psychological care and its difference from psychotherapies. In the case study of pastoral care presented here, elements similar to elements of cognitive behavioural therapy are also found, but the basic aim of pastoral care is always to support the God-human relationship, which may have a positive effect at bio-psycho-mental level, but is not intended to provide therapeutic or curative support in the medical sense.

KEYWORDS: panic, pastoralpsychological counselling, difference between pastoral care and therapy

KRASZNAY MÓNIKA | Teológus, pasztorálpszichológiai lelkipogozó, főiskolai docens. A Pütkösdői Teológiai Főiskola Pasztorálpszichológia Tanszékének vezetője, specializációfelelős és képzésvezető.

HÉZSER GÁBOR | Református lelkész, családterapeuta. Pasztorálpszichológiát, család-lelkipogozást oktat Németországban, illetve magyar nyelvű egyetemeken és főiskolákon.