KÁROLI GÁSPÁR REFORMÁTUS EGYETEM
HITTUDOMÁNYI KAR
DOKTORI ISKOLA

Michna Krisztina:

A Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatának rendszerszemléletű vizsgálata

PhD értekezés

Doktori Iskola vezetője:
Prof. Dr. Zsengellér József

Témavezető professzor:
Prof. Dr. Németh Dávid

Budapest, 2015.

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS 5

1. A RENDSZERSZEMLÉLET KIALAKULÁSA A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS SZEMSZÖGÉBŐL 14

1.1. Szociális rendszerelmélet 14

1.2. Pszichológiai rendszerszemlélet 20

1.3. Rendszerszemléletű pszichoterápia 25

1.3.1. A családterápia irányzatairól 25

1.3.1.1. Pszichoanalitikus szemlélet 25

1.3.1.2. Strukturális szemlélet 27

1.3.1.3. Stratégiás szemlélet 29

1.3.1.4. Tapasztalatorientált szemlélet 30

1.3.2. Rendszerszemlélet az általános pszichoterápiában 32

1.3.2.1. Kurt Ludewig elmélete 32

1.3.2.2. Arist von Schlippe és Jochen Schweitzer elmélete 36

1.3.2.3. Összegzés 40

1.4. A rendszerszemléletű lelkigondozás 41

1.4.1. „Rendszerszemléletű gyakorlat a lelkigondozásban" – Peter Held 41

1.4.2. „Rendszerszemléletű lelkigondozás" – Christoph Morgenthaler 48

1.4.3. „Akarsz-e meggyógyulni?" – Martin Ferel 56

1.4.4. „A lelkigondozás társadalmi kontextusa" – Uta Pohl-Patalong 58

1.4.5. „Lelkigondozás a modern korban" – Isolde Karle 61

1.4.6. „A lelkigondozás mint rendszerszemléletű gyakorlat" – Günther Emlein 62

1.4.7. „Miért?" – Hézser Gábor 64

1.4.8. Összegzés 66

2. A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS HELYKERESÉSE AZ EGYHÁZI ÉS A KÓRHÁZI RENDSZEREK HATÁRÁN 68

2.1. Történelmi visszatekintés 68

2.2. Külföldi kitekintés 72

2.2.1. A kórházi lelkigondozó-képzés kezdetei 74

2.2.2. A kórházi rendszer és az egyházi rendszer különbségei 82

2.2.3. A kórházi lelkigondozás a rendszerek határán 85

2.2.4. A kórházi lelkigondozás problémái az ezredfordulón 93

2.3. Németországi kitekintés 103

2.3.1. „Kórházi és gyülekezeti lelkigondozás" 103

2.3.2. „Megerősítés emberlétre" 105

2.3.2.1. A kórházi lelkigondozás szükségességéről és feladatairól 106

2.3.2.2. A kórházi lelkigondozás professzionalitásáról 107

2.3.2.3. A kórházi lelkigondozás szervezeti formáiról 109

2.3.2.4. A kórházi lelkigondozás útmutatójának célja 111

2.3.3. „A kórházi lelkigondozás minőségbiztosítási kézikönyve" 112

2.4. Magyarországi áttekintés 113
2.4.1. Szemelvények a magyar református kórházmisszió történetéből 113
2.4.1.1. Budapesti kórházmisszió 114
2.4.1.2. Debreceni kórházmisszió 118
2.4.2. A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesületének szakmai állásfoglalása és etikai kódexe 122
2.4.3. A Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatra vonatkozó zsinati határozatai 126

2.5. A kórházi lelkigondozás helykeresése Magyarországon a 21. században – kérdőíves felmérés a magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészek körében 128
2.5.1. A kérdőív szerkezete 129
2.5.2. A kérdőívek adatainak rögzítése 129
2.5.3. A kérdőívek elemzési szempontjai 129
2.5.4. A kérdőívek feldolgozása, elemzése, értékelése 130

2.6. A Magyarországi Református Egyház kórházlelkészeivel folytatott kvalitatív kutatás 144
2.6.1. Témamegjelölés és az interjú tervezése 145
2.6.2. Az interjúkészítés és az adatrögzítés folyamata 147
2.6.3. Az interjúk elemzése, kontrollálása és vizsgálata 149
2.6.4. Részletes beszámoló és elemzés 150
2.6.4.1. „Idegen test, idegen nyelv” 150
2.6.4.2. „Kiesve az egyház testéből” 152
2.6.4.3. „Az egyház áldása nélkül, elkötelezetten” 155
2.6.4.4. „Másodrangú lelkész” 157
2.6.4.5. „Mindenhol jelen, sehol sem otthon” 159
2.6.4.6. „Szolgálat az egyház peremén” 161
2.6.5. Az interjúk összehasonlító elemzése, következtetések 163
2.6.6. Következtetések összefoglalása 170

3. A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS FELADATAI ÉS LEHETŐSÉGEI AZ EGYHÁZI ÉS A KÓRHÁZI RENDSZERBEN 173

3.1. A kórházi lelkigondozás definiálása 173

3.2. A kórházi lelkigondozás feladata 176

3.3. Lelkigondozói funkció 184
3.3.1. Betegek lelkigondozása 185
3.3.1.1. A beteg és a lelkigondozó-kórházlelkész kapcsolatának sajátosságai 195
3.3.2. Hozzátartozók lelkigondozása 198
3.3.3. Munkatársak lelkigondozása 202

3.4. Liturgikus – homiletikus funkció 206
3.4.1. Istentiszteletek a kórházban 208
3.4.2. A kórházi istentiszteletek résztvevői 209
3.4.3. Az istentisztelet tartalma a páciensek között 215
3.4.4. Gyászistentiszteletek a kórházban 219
3.4.5. Az istentiszteleti alkalom szolgálattevője 222

3.5. Teológiai elméletalkotó funkció 227
3.5.1. A lelkigondozó teológiája 227
3.5.1.1. Az értelemre irányuló kérdésekről 227
3.5.1.2. A betegségről, mint büntetésről 229
3.5.1.3. Az új lehetőségről az élet határán 232
3.5.1.4. Az eredeti rendszer helyreállításáról 233
3.5.2. A lelkigondozó-kórházlelkész elméletalkotó funkciója 237

3.6. Hosszabb távú pásztori funkció 241
3.6.1. A kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolása 242
3.7. A lelkigondozó-kórházlelkész identitás-dilemmái az egyházi és a kórházi rendszer határán 245
3.7.1. A lelkigondozó-kórházlelkész személye az egyházi és a kórházi rendszer határán 245
3.7.2. A lelkigondozó-kórházlelkész családi kapcsolatai 250
3.7.3. A lelkigondozó-kórházlelkész kommunikációja a kórház rendszerében 254
3.7.4. A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálatának rendszerkapcsolódási modelljei 261
3.7.4.1. Első modell: Kívülálló 261
3.7.4.2. Második modell: Bekebelező 262
3.7.4.3. Harmadik modell: Híd 263
3.7.4.4. Negyedik modell: Integrált elhatárolódás, elhatárolódó integráció 264
3.7.4.5. Ötödik modell: Integrált elhatárolódás, elhatárolódó integráció, gyülekezeti kapcsolódás 265
3.8. Összegzés 267
4. BEFEJEZÉS 269
5. IRODALOMJEGYZÉK 275
6. FÜGGELÉK 288
6.1. A Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészei között, 2007-ben végzett felmérés kérdőíve 288
6.2. Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészei között végzett kvalitatív interjúk elemzése táblázatokban 291

BEVEZETÉS

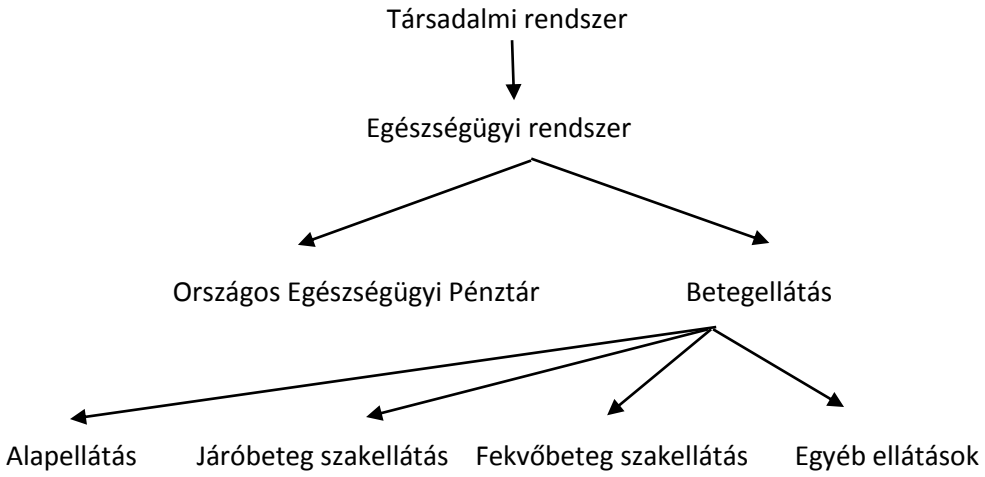
Doktori értekezésünkben az egyházi és kórházi rendszerek határán szolgáló lelkigondozó-kórházlelkészek munkáját szeretnénk bemutatni, különös tekintettel a hazai viszonyokra. A kórházi lelkigondozás helykeresésének leírásához a rendszerelméletet hívtuk segítségül. A rendszerelmélet segít abban, hogy komplex módon szemléljük a kórházi lelkigondozást, kifejtsük a részek együttműködésének lehetőségét és jelentőségét, valamint a rendszer és környezetének kapcsolatát. Segít megvizsgálni a rendszerek és alrendszerek szerkezetét, az elemek viselkedését és a közöttük lévő interakciót és kommunikációt, valamint különféle döntések alternatíváit és következményeit.

A Magyarországi Református Egyház (továbbiakban: MRE) kórházi lelkigondozói szolgálatát rendszerszemlélettel megközelítő tudományos munka eddig nem látott napvilágot. Példaként áll ellőttünk a magyarországi börtönlelkigondozással kapcsolatosan született rendszerszemléletű tudományos értekezés, Kaszó Gyula doktori disszertációja.[1] A szerző részletesen tárgyalja a magyar református börtönlelkigondozás történetét, majd a börtönlelkész rendszerben elfoglalt helyével foglalkozik, és teológiai építőköveket mutat fel a börtön rendszerével való kommunikációhoz és interakcióhoz. Vizsgálja, hogy milyen feladatokkal konfrontálódik a lelkész a börtön rendszerében, az egyház és a börtön rendszere közötti ingázás mire ad lehetőséget, és mit von maga után. „Amíg egy lelkész az egyház rendszerében otthon érzi magát, és otthonosan mozog abban, addig a börtön rendszerében és alrendszereiben való tevékenykedés sajátos nehézségeket hoz magával, mert itt egy számára idegen rendszerrel és annak nem kevésbé idegen alrendszereivel kell kapcsolatba kerülnie úgy, hogy közben az egyház rendszerének hatása alól sem vonhatja ki magát."[2] Ebben az igen komplikált interakciós folyamatban a börtönlelkész, szolgálatának végzése közben különböző módon, más-más intenzitású és sebességű reakciókkal találkozik a különféle rendszerekben. Mindehhez csatlakozik még saját személye, személyiségének érettsége, teológiai látásmódja és motivációja, lelkigondozói szerepértelmezése, szakmai kompetenciája és stabilitása, hitelessége és spiritualitása, valamint kommunikációs rendszereinek tulajdonságai. Ezekben a

[1] Kaszó Gyula: Gefängnisseelsorge in Ungarn. Historische, systemisch-pastorlapsychologische und teologische Perspektiven, KRE HTK Doktori Iskola – L'Harmattan Kiadó, Budapest 2007.
[2] Uo. 194. o.

rendszerekben egyensúlyozva nem veszítheti el a börtönlelkész tevékenységének egyházi identitását a börtön rendszerében sem. Miközben a börtön rendszerében a lelkész szolgálata során rájön arra, hogy hol tud beilleszkedni abba, és hol marad ki abból, tevékenysége egyházi identitásának mindig prioritást kell élveznie.[3]

Hasonló helyezettel szembesülünk, ha a kórházakban szolgáló lelkészek munkáját rendszerszemlélettel vizsgáljuk. A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálata során az egyház jól ismert rendszere mellett szembesül a kórház idegen rendszerével, ahol meg kell találnia helyét, szerepét, funkcióját. A társadalom megarendszerén belül az egészségügyi rendszer – mint annak részrendszere – funkcióját tekintve arra hivatott, hogy a társadalomban a betegellátás feladatát és annak finanszírozását felvállalja. Magyarországon az egészségügy rendszerének alrendszereként az Országos Egészségügyi Pénztár (továbbiakban: OEP) látja el a finanszírozói feladatokat, a különböző szolgáltatók pedig, mint a házi orvosok, járóbeteg-szakrendelések és kórházak pedig a betegellátást. (1. ábra)



1. ábra: Az egészségügyi ellátórendszer felépítése Magyarországon 2014-ben[4]

A magyar irányított betegellátás[5] rendszere 1999. július 1-én kezdte meg működését. A rendszer szervezői a háziorvosok, a járóbeteg-szakrendelések és a kórházak, résztvevője pedig

[3] Uo. 195. o.

[4] Az egészségügyi ellátórendszer ábrája, az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ hivatalos elektronikus felületén található leírás alapján készült: www.eubetegjog.hu, letöltés ideje: 2015.03.15.

[5] A magyar irányított betegellátás jogszabályi háttere: az 1998.évi XCI. „Törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1999. évi költségvetéséről”

a lakosság, aki társadalombiztosítási ellátásra való jogosultsága alapján a háziorvosokon keresztül kerül be a rendszerbe.[6] A kórházi lelkigondozás a kórházzal, mint az egészségügyi rendszer egyik alrendszerével kerül kapcsolatba tevékenysége folyamán. A kórház intézményrendszeréhez tartozó betegellátás további részrendszerekből áll – attól függően, hogy mely kórháztípusról beszélünk.[7]

Ebben a rendszerben a lelkigondozás, és a lelkigondozó-kórházlelkész Magyarországon nem szerepel, vagyis a kórház rendszere felől nézve jelenléte idegen. Ez azonban fordítva is igaz, az egyház szervezete és a lelkigondozó-kórházlelkész pozíciója felől nézve pedig a kórházi rendszer idegen. Ezzel az egészen más rendszerrel találkozik a lelkigondozó-kórházlelkész, kilépve saját, megszokott egyházi rendszeréből, s kell megküzdenie mindenekelőtt az idegenséggel. Korábbi gyülekezeti tagsága, teológiai stúdiuma, majd gyülekezeti lelkészi szolgálata során az egyházi rendszer sajátos struktúrájában, egyértelmű hierarchiájában megtalálta orientációját, ismeri az egyházi tradíciót, szabályrendszert, elsajátított egy speciális nyelvezetet, kommunikációs formákat, s mindez otthonosságot nyújtott számára. Ezzel szemben a kórházi rendszerben idegen struktúrákkal, az egyházi tradíció hiányával találkozik, ahol mindenekelőtt meg kell szoknia az új atmoszférát, majd el kell ismernie a rendszer szabályait ahhoz, hogy orientálódhasson és funkcióját betöltse.[8] A korábban rendelkezésére álló erőforrásokat elveszítve konfrontálódik a kórház rendszerével, ahol hivatását egészen más körülmények és feltételek között kell gyakorolnia, új utakat keresve.

Első tézisünk szerint a rendszerszemléletű megközelítés segít meghatározni a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat helyét, funkcióját, kommunikációját, továbbá segít feltérképezni a szolgálattal kapcsolatos problémákat, zavarokat a társadalom megarendszerén belül, a kórház és az egyház alrendszerében. Egyértelműnek látjuk, hogy a betegek meglátogatásának krisztusi parancsa a 21. században a gyülekezeti beteglátogatás mellett a magyarországi egészségügyi intézményekben[9] is szervezett kórházi lelkigondozói szolgálat formájában, továbbképzett lelkészekkel, kórházi lelkigondozókkal aktualizálható. A MRE lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatára a hazai egészségügyi intézményekben is

---

[6] Egészségügyi menedzsment: Az irányított betegellátási rendszer fejlődése és működése, in: Lege Artis Medicinae 2004; 14 (6): 448-449. o.

[7] Súlyponti kórház, szakma specifikus intézmény, rehabilitációs intézmény

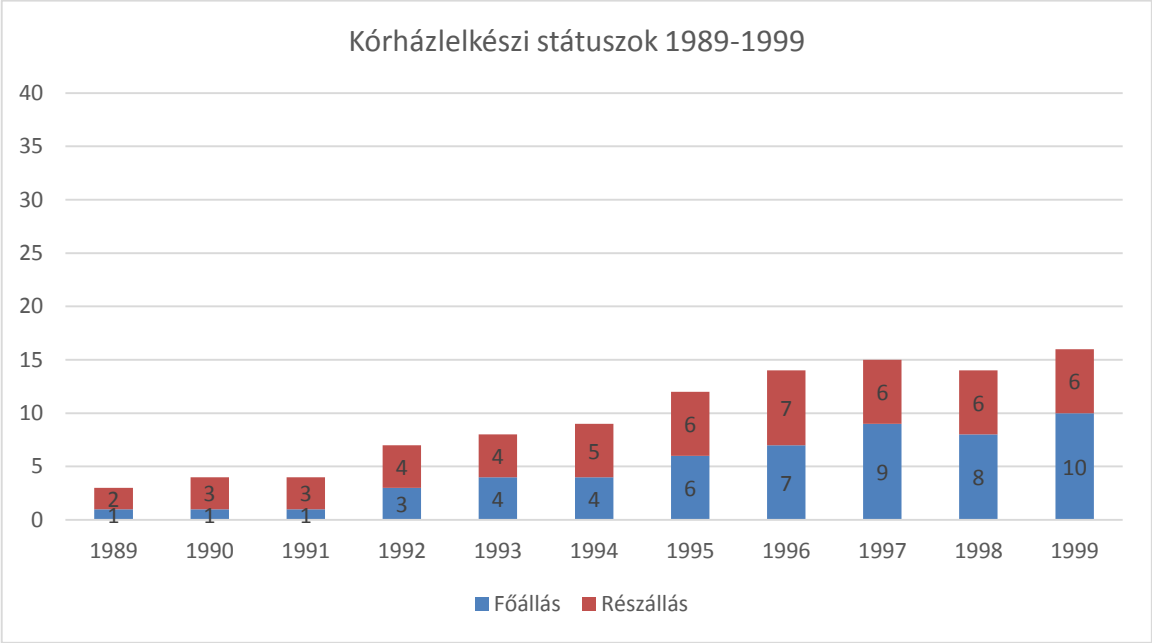
[8] Magyarországon 2015. március 1-től az Állami Egészségügyi Ellátó Központ gyakorolja az egészségügyi intézmények többségében a fenntartói jogokat. Vö. www.aeek.hu, letöltés ideje: 2015.03.14.

[9] Nyugat-Európában az egészségügyi intézményekben magától értetődően működik a kórházi lelkigondozás. Ezt aktuálisan az állam és az egyház közötti megállapodások szabályozzák. Erről bővebben szólunk a dolgozat 2. fejezetében.

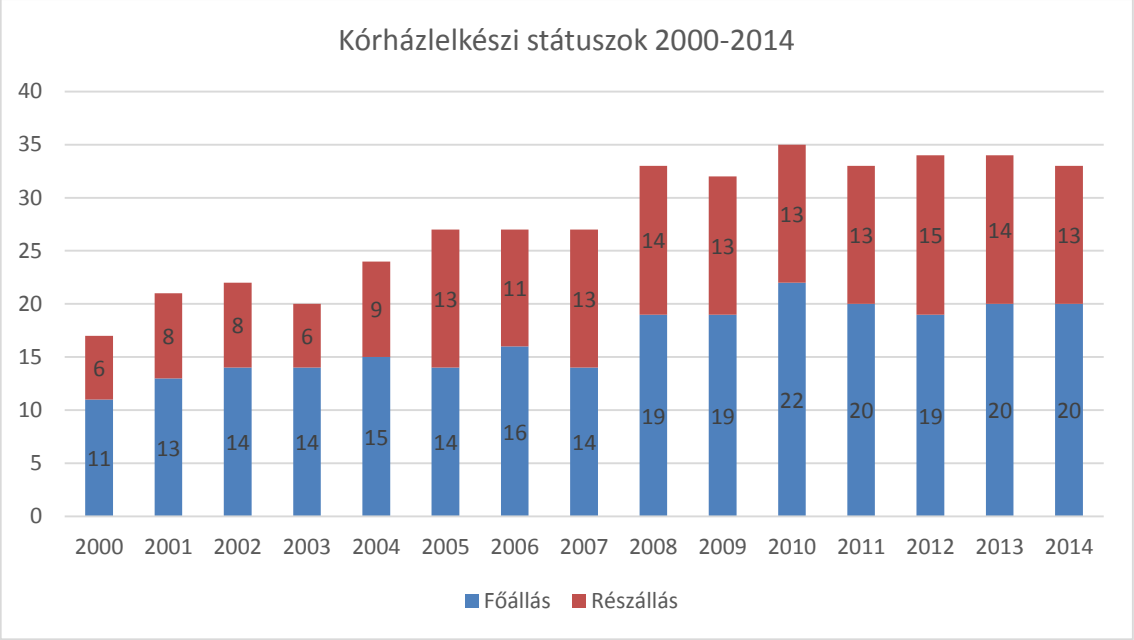
szükség van. A szolgálat szabályozása – nemzetközi útmutatások figyelembevételével – a MRE feladata, az aktuális társadalmi rendszerben, az egészségügyi részrendszerre és az adott kórházra, mint annak alrendszerére tekintettel.

Az egyház intézménye és az egészségügyi intézmények mint alrendszerek a társadalom megarendszerébe tartoznak. Autonóm rendszerekként funkcionálisan differenciáltak, de kölcsönösen hatnak egymásra, még akkor is, ha viszonylag zárt operatív rendszerként működnek, mert részben strukturálisan környezetükre nyitottak. **Második tézisünk szerint a kórházi lelkigondozói szolgálat az egyházi és a kórházi alrendszerek határán működik.** Az egyházi és a kórházi alrendszerek határai – védelmi funkciójukat betöltve – elválasztják egymástól az alrendszereket, ugyanakkor lehetővé teszik az alrendszerek közötti kommunikációt. A kórházi lelkigondozói szolgálat ebből a kommunikációból vállal részt.

Az alábbi oszlopdiagramok mutatják a MRE lelkigondozó-kórházlelkészi státuszainak alakulását 1989-től 2014-ig, az oszlopokban kék színnel jelölve a főállásban és piros színnel jelölve a részállásban dolgozó lelkészeket. (2. és 3. ábra)



2. ábra: A Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészei számának és munkaidejének alakulása 1989-1999 között



3. ábra: A Magyarországi Református Egyház
lelkigondozó-kórházlelkészei számának és munkaidejének alakulása 2000-2014 között

A fent bemutatott adatok alapján elmondhatjuk, hogy az elmúlt 25 évben évről évre növekedett a lelkigondozó-kórházlelkészek száma a MRE-ban. Míg 1989-ben 1 főállású és 2 részállású kórházlelkész dolgozott, addig 2014-ben 20 főállású és 13 részállású kórházlelkész végez szolgálatot különböző egészségügyi intézményekben. A kórházlelkészek számának emelkedése 2008-ig folyamatos, 2008. után viszont azt látjuk, hogy ez a szám stagnál, hol kevesebb egy fővel, hol több, de semmiképpen nem mutat a korábbi évekhez hasonló folyamatos növekedést. Valamilyen oknál fogva a lelkigondozó-kórházlelkészek száma nem emelkedett az elmúlt években, holott tudunk olyan kórházról, mely igényelné a lelkigondozó jelenlétét, még sincs főállású alkalmazottja.[10] Kevés az érdeklődés, nincs elég képzett szakember, a kórházlelkészi munka Magyarországon nem vált vonzó szolgálattá. A lelkigondozó-kórházlelkészek sokféle problémával küzdenek az egyházi és a kórházi rendszerek határán.

A magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészek között végzett empirikus vizsgálatok[11] – többek között – azt mutatják, hogy a főállású kórházlelkésznek egyházával, illetve gyülekezetével alig van kapcsolata. A lelkigondozó-kórházlelkész egyházi és kórházi

[10]A Kaposi Mór Oktató Kórház 2013 augusztusáig főállású lelkigondozó-kórházlelkésszel rendelkezett, majd a megüresedő állásra pályázatot írt ki, de másfél éven keresztül nem kapott munkatársat. Részállásban látta el a lelkigondozói feladatokat a mosdósi idősotthonban tevékenykedő intézeti lelkész.

[11] A magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészek között végzett empirikus vizsgálatok elemzésére a dolgozat 2. fejezetében térek ki.

rendszerben elfoglalt helye Magyarországon nem megfelelően szabályozott, ami hivatásbeli identitászavart és a szolgálat során bizonytalanságot okoz. Szükség van arra, hogy meghatározzuk a lelkigondozó-kórházlelkész egyházi és kórházi rendszerekhez való viszonyát. **Harmadik tézisünk szerint, Magyarországon a lelkigondozó-kórházlelkészi státusz, mint az egyházi szolgálat új formája, az egyházi és az kórházi rendszer korábban megszokott egyensúlyában zavart okoz, a homeosztázis visszaállásával azonban speciális lehetőségeket kínál.** Mindkét rendszernek vissza kell nyernie a stabilitását és alkalmazkodnia kell a változásokhoz. Ehhez szükség van arra, hogy mindkét rendszer környezetének, s az őket befogadó nagyobb rendszernek, vagyis a társadalom megarendszerének az egyház és a kórház alrendszerére is hatással lévő változásait felvázoljuk. Értekezésünk második fejezetében a történelmi visszatekintés, a külföldi kitekintés, a német példa részletesebb elemzése[12] és a magyar valóság hivatott ennek bemutatására. A társadalmi rendszer 21. századi kihívásaira tekintve, az egyházi és a kórházi rendszerben is meg kell találni a változtatás lehetőségeit, s ha elegendő a motiváció a változáshoz, újradefiniálhatjuk mind az egyház, mind az egészségügyi intézmények kórházi lelkigondozói szolgálathoz való viszonyát Magyarországon.

A lelkigondozó-kórházlelkész nem lehet független az anyaszentegyháztól, hiszen a szentek közösségének tagja, kiküldött és felszentelt szolga. Ugyanakkor az őt befogadó, számára idegen rendszerbe integrálódnia kell, hogy szolgálatát megfelelő módon végezhesse. Meg kell ismernie a kórházi rendszer struktúráját, részlegek és osztályok hálózatát és kapcsolódási pontjait, az egészségügy sajátos kommunikációját, nyelvezetét, hogy be tudjon illeszkedni a rendszerbe és funkcióját betöltse. **Negyedik tézisünk szerint, a lelkigondozó-kórházlelkész akkor végzi leghatékonyabban szolgálatát, ha integrálódik a kórház intézményrendszerébe, de nem szakad el az egyház intézményrendszerétől sem.** A magyarországi lelkigondozó-kórházlelkészek között végzett interjúk elemzése kapcsán elmondhatjuk, [13] hogy a lelkigondozó-kórházlelkésznek a kórház intézményrendszerébe integrálódva, annak szabályrendszerét tiszteletben tartva van lehetősége arra, hogy keresztyén hivatását, egyházi küldetését beteljesíthesse. Így részese az egyházi és a kórházi rendszereken

[12] Az értekezésben elsősorban a németországi viszonyokra koncentráltam. Nemcsak Magyarország és Németország kulturális gyökereinek összefonódása és a jó politikai kapcsolatok miatt tartom ezt fontosnak, hanem azért is, mert a magyar egészségügyi rendszer a német egészségügyi rendszer mintájára szerveződött. Amikor a kórházi és az egyházi rendszerben a MRE lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatának helyét, feladatait és lehetőségeit keressük, bár kritikus szemmel, de érdemes és hasznos a német példára figyelni, eredményeiket és jelenlegi helyzetüket megismerni, erősségeiket és gyengeségeiket számba venni, útmutatásaikat és vezérelveiket a magyar viszonyokra alkalmazni.

[13] A magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészekkel folytatott interjúk elemzése jelen dolgozat 2. fejezetében található.

belüli és az azok közötti információáramlásnak és kommunikációnak, valamint a maga hivatása szerint képviselője az egyik alrendszerben a másik alrendszernek, vagyis az egyházban az egészségügyi intézménynek, az egészségügyi intézményben az egyháznak.

A megfigyelés, a rendszerszemléletű-konstruktív gondolatok mentén nem lehet független a megfigyelőtől, vagyis a megfigyelés nem objektív, hanem minden esetben hordozza a megfigyelő látásmódjának szubjektivitását.[14] Ezért igyekeztünk dolgozatunkban a magyarországi lelkigondozó-kórházlelkészekkel folytatott kvalitatív interjúk nyomán mások tapasztalatait feldolgozni és elemezni. **Ötödik tézisünk szerint: A kórházlelkészi szolgálatot a kórházi rendszer felől nézve az „elhatárolódó integráció", az egyházi rendszer felől nézve pedig az „integrált elhatárolódás" jellemzi Magyarországon is.**[15] A lelkigondozó-kórházlelkész az egyházi és a kórházi rendszerek határán a Szentháromság Isten erőterében, az anyaszentegyházra tekintve teljesítheti küldetését. Szükséges rögzíteni, hogy a kórházi lelkigondozás határhelyzetben működő szolgálat, ugyanakkor a szolgálat és a szolgálattévők identitásának védelmében meg kell határozni ennek a határhelyzetnek a tulajdonságait, működését, funkcióit, kereteit az egyházi és a kórházi rendszer felől egyaránt. Az egyházi és kórházi rendszerek lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatba állítása következtében felborult homeosztázisa úgyis helyreállhat, hogy elfogadjuk a kórházi lelkigondozói szolgálat határhelyzetét.

Az értekezés harmadik fejezetében definiáljuk a kórházi lelkigondozást, majd feladatait és lehetőségeit tárgyaljuk. Részletesen kitérünk lelkigondozói, liturgikus-homiletikus, teológiai elméletalkotó és hosszú távú pásztori funkciójára, a lelkigondozó-kórházlelkész személyére és kommunikációjára, majd bemutatjuk a kórházi lelkigondozás öt modelljét, kiemelve ebből a legcélravezetőbb formát. A kórházi lelkigondozás a beteg ember és Isten, a beteg ember és önmaga, a beteg ember és embertársa, valamint a beteg ember és a gyülekezeti közösség párbeszédét hivatott előmozdítani.[16] **Hatodik tézisünk szerint a kórházi lelkigondozás liturgikus-homiletikus funkciójában ölt testet mindenki számára látható módon az egyházi és a kórházi intézményrendszernek az a közös tere, melyben a szenvedő és a szenvedés mellett létező ember Istennek szentelt ünnepe és az Isten szenvedő és szenvedés mellett létező embernek adott kijelentése nyilvánvalóvá lesz.** A kórházi istentiszteletek

---

[14] Held, Peter: Systemische Praxis in der Seelsorge, Matthias Grünewald Verlag, Mainz, 1998. 217. o.

[15] Nauer, Doris: Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger im Psychiatrischen Krankenhaus? Tübinger Perspektiven zur Pastoraltheologie und Religionspedagogik, LIT Verlag, Münster, 1999. 369. o.

[16] Vö. Piper, Hans-Christoph: Meghívás beszélgetésre. Témák a lelkigondozás területéről, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, Debrecen, 2003. 19. o.

formái és keretei különböznek a gyülekezeti istentiszteletek megszokott formáitól és kereteitől, lényegüket tekintve azonban hasonlóak ahhoz. A kórház rendszerének tagjai az istentiszteleti alkalommal mintegy bekapcsolódnak az egyház rendszerébe, s világi rendszereken túl a Szentháromság Isten erőterébe, a hívők közösségébe, mely a krízisben lévő ember számára kapaszkodót és erőforrást jelent.

A kórházi lelkigondozás feladata, hogy a „cura animae et corporis" elve szerint a kórházban az egész ember gyógyítását képviselje, és a krízisben a beteg embert megsérült szociális rendszereinek feltárásában és helyreállításában segítse. **Hetedik tézisünk szerint a kórházi lelkigondozást helyi szinten szükséges összekapcsolni – a felekezeti hovatartozás figyelembevételével – a gyülekezeti lelkigondozással, mert a kórházi lelkigondozás a gyülekezetbe integrálás lehetősége nélkül kevésbé hatékony.**

Fazakas Sándor szerint „Az egyház tanítása és prédikálása, a lelkigondozás és a diakónia olyan alternatív életstílust *(új aszkézist)* hirdet, amely mértékletességet tanúsít az értelmetlen fogyasztással szemben, bizonyságot tehet az Isten által teremtett élet tiszteletéről és tudatosítja a felelősséget a másik ember iránt. Ugyanakkor nem térhet ki az egészséghez való jog megélését károsító társadalmi-gazdasági összefüggések szakszerű-tudományos elemzése, a konkrét felelőtlenség megnevezése és a társadalmi párbeszéd szorgalmazása elől."[17] Az egyház őrállói és prófétai tiszte, valamint társadalmi felelőssége nem engedi mindezekben az egyház némaságát.

A lelkigondozó-kórházlelkész teológiai-elméletalkotó funkcióját a kérdőívben megkérdezett kórházlelkészek szinte valamennyien az utolsó, legkevésbé lényeges feladatok közé sorolták. Első szó a gyakorlaté, a betegek és a munkatársak lelkigondozásáé. Érdemes azonban elgondolkodnunk azon, hogy nem kellene-e komolyabban vennünk saját teológiánkat, igehirdetésünket, társadalomban és egészségügyben betöltött szerepünket ezen a téren is?

A dolgozat rávilágít arra, hogy mind az egyházi, mind a kórházi rendszer szempontjából Magyarországon is egyre sürgetőbb egy mindent átfogó szabályozásnak és útmutatásnak, vagyis a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat hazai standardjának megfogalmazása és közzététele.

„Az egyháznak mindig úton kell maradnia és megújulnia."[18] A rendszerelmélet segítségével többféle szempontból vizsgáljuk a Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-

[17] Fazakas Sándor: Az egészségről teológus szemmel, in: Református Tiszántúl, 2008/2. 5. o.
[18] Vályi Nagy Ervin: Minden idők peremén, Európai Protestáns Magyar Szabadegyetem kiadása, Basel/Budapest, 1993. 270. o.

kórházlelkészi szolgálatát. Útra kelünk, felfedezzük a múltat és a jelent, hogy a szolgálat megújulhasson, hogy felkészülhessünk a jövőre, hogy a szenvedők és a szenvedés mellett munkálkodók erőforrásra leljenek az irgalmas Istenben. A megoldások már rendelkezésre állnak.

1. A RENDSZERSZEMLÉLET KIALAKULÁSA A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS SZEMSZÖGÉBŐL

Dolgozatunk első fejezetében a kórházi lelkigondozás szemszögéből vizsgáljuk a szociális és a pszichológiai rendszerelméletet, gondolkodunk a rendszerszemléletű pszichoterápia és lelkigondozás felől, s mint teológusok, reflektálunk a rendszerszemlélet legfontosabb elméleti megállapításaira.

1.1. Szociális rendszerelmélet

A 20. század derekáig a tudományos gondolkodást alapvetően a lineáris paradigma határozta meg, a jelenségeket, eseményeket, különféle viszonyokat ok-okozati összefüggésben szemlélték. A rendszerszemléletű paradigma kibontakozása túlhaladta és háttérbe szorította a lineáris gondolkodást. Mint egyetemes megismerési elvet, felhasználták mind a természettudományok, mind a társadalomtudományok. A gazdasági, jogi, politikai jelenségek éppúgy érthetőbbé válnak, ha rendszerben vizsgájuk őket, mint a kulturális, szociológiai vagy pszichés folyamatok. A rendszerszemlélet segít megérteni különféle folyamatok mozgatórugóit, összefüggéseit, kölcsönhatásait, s a gyakorlatban is újfajta cselekvésre késztet egy hibás rendszer feltérképezésénél és megváltoztatásánál.

A rendszerelmélet egészen kezdetleges formájában az ipari termelő rendszerekkel foglalkozott. Minden rendszer bemenetelénél van egy input, kimenetelénél egy output, s a rendszerben közben végbemegy egy folyamat, majd létrejön a visszacsatolás. Vagyis, ha a rendszerbe inputként bekerül az anyag, különböző folyamatokon átmenve végül outputként, vagyis jelen esetben termékként távozik. Az input lehet anyag, információ, energia, pénz, vagy éppen ember, emberek. Az output lehet termék, egy újabb információ, egy átalakult energia, vagy egy megváltozott ember. Mindez az egészségügy rendszerében, a páciensek vonatkozásában azt jelentené, hogy a rendszerbe bekerül egy beteg, vagy betegségre hajlamos ember, s a kezelési folyamaton át jó esetben gyógyult, vagy kezelt emberként távozik abból. A beteg ember a rendszerben az állandó folyamat és állandó visszacsatolás mellett gyógyult, vagy kezelt betegként jelenhet meg a rendszer outputjaként. De hogyan néz ki maga a rendszer belülről, a folyamat és a visszacsatolás, hogyan viszonyulnak egymáshoz a rendszerben fellelhető elemek? A συστήμα, görög szó jelentése: egymás mellé állítás, összerakás, összesség, teljesség. Vagyis a különféle materiális vagy szellemi elemeknek az összerendezett egysége. *Helm Stierlin*

értelmezése szerint: „a szisztéma jelentése egyfelől 'metódus, princípium', másfelől 'rend', abban az értelemben, hogy valami rendezetlent rendszerbe hozunk."[19] A rendszerek lehetnek statikusak és dinamikusak. A statikus rendszerek elemei és belső viszonyai meghatározottak, új struktúrák létrehozására nem képesek, önmagukban nem változnak, csak akkor, ha kívülről valami megzavarja őket. A dinamikus rendszerek ezzel szemben élő rendszerek, elemeik és belső viszonyaik állandóan mozgásban vannak, mindig változnak, hacsak valami ezt a változást meg nem állítja, vissza nem fordítja, el nem rendezi. A rendszerszemlélet tulajdonképpen erre a dinamizmusra épül, kölcsönhatásokkal dolgozik és a cirkularitásra figyel. Alaptétele a nonszummativitás elve: „1. Az egész minőségileg több, és más, mint alkotórészeinek egysége; 2. Az egész és a rész elválaszthatatlan egységet alkotnak."[20] A beteggyógyításban ez azt jelenti, hogy mivel a test és a lélek szoros kapcsolatban állnak egymással, a szenvedő ember egész személyét kell kezelni. Ezt nevezi a szaknyelv a holizmus elvének.

Ludwig von Bertalanffy, az általános rendszerelmélet kidolgozója szerint a rendszer tulajdonképpen a „kölcsönhatásban álló elemek együttese".[21] Ha egy rendszert meg akarunk határozni, fel kell sorolnunk azokat az elemeket, amelyek a rendszert alkotják, majd fel kell vázolni azokat a lehetséges kapcsolatokat, melyek kialakulhatnak a rendszert alkotó elemek között. Azokat az elemeket, amelyek nem tartoznak a rendszerbe, de befolyásolják azt, a rendszer környezetének nevezzük. A rendszerben az elemek egyrészt kölcsönhatásban állnak egymással, másrészt viszont kölcsönhatásban állnak magával a rendszerrel is, továbbá a rendszer befolyásolja a környezetét, és a környezet befolyásolja a rendszert. A rendszer elemei egymástól függenek, egymásra hatnak, és amennyiben élő rendszerek, folyamatosan a homeosztázisra törekszenek. Vagyis amikor egy élő rendszerben változás áll be a rendszer egyik elemének vagy a környezetének megváltozása miatt, akkor a felborult egyensúlyt a rendszer igyekszik helyreállítani. Ha a rendszer jól működik, akkor ez a helyreállítás nem visszaállítást jelent az eredeti állapotra, hanem a változáshoz alkalmazkodva alakít ki egy új egyensúlyt.

Peter Lüssi szerint „a rendszerelmélet azt írja le, hogy miként szerveződnek a rendszerek szerkezetileg és folyamat szempontjából, és hogy milyen viszonyt alakítanak ki

---

[19] Held Stierlint idézi, Systemische Praxis in der Seelsorge, 24. o.

[20] Hézser Gábor: Miért? Rendszerszemlélet és lelkigondozói gyakorlat, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 2001. 18. o.

[21] Bertalanffy, Ludwig von: General System Theory. Foundations, Development, Applications, George Braziller, New York, 1968, 54-55. o.

környezetükkel."[22] A rendszerekben alrendszerek működnek, és ezek hierarchikus viszonyban állnak egymással. A rendszerelméletű gondolkodás egy olyan megismerési forma és módszer, amely segít abban, hogy a valóságot ebben az összetett formában, rendszerek és alrendszerek egymásra gyakorolt kölcsönhatásában világosabban lássuk és láttassuk.

Talcott Parsons az 1940-es évek második felében kezdte kidolgozni társadalmi rendszerelméletét, melyet később a The Social System című írásában adott közre,[23] majd 1971-ben kiadott munkájában, a The System of Modern Societies-ben írt mindehhez újabb gondolatokat.[24] Hierarchikus rendszerelmélete csúcsán egy úgynevezett télikus rendszer áll a transzcendens világgal, ezt követi a cselekvési rendszer, majd a bioszféra szintje, végül a fizikai világ. Számunkra most a cselekvési és társadalmi rendszerekről megfogalmazott elmélete fontos, így ennek mentén haladunk tovább.

Parsons elmélete szerint a cselekvési rendszerben az emberi cselekvés feltételei nem csupán biológiai adottságokhoz, illetve az emberi szervezet lehetőségeihez kötöttek, hanem egy normatív rendszerhez. A cselekvési rendszeren belül négy alrendszert különböztet meg, melyek között a különbségek funkcionális jellegűek. A négy alrendszer: a társadalmi vagy szociális, a kulturális, a viselkedési, és a személyiségi alrendszer, funkcióik pedig az integráció a mintafenntartás, a célelérés és az alkalmazkodás.[25] Az integráció a társadalmi rendszerekben, a mintafenntartás a kulturális rendszerekben, a célelérés az egyén személyiségében, az alkalmazkodás pedig a viselkedési rendszerekben elsődleges. A társadalmi alrendszer melletti alrendszerek, a szociális rendszer környezetét alkotják, melyekkel input – output kapcsolatok révén kell kialakítani az egyensúlyi állapotot. Az alrendszerek kapcsolatát Parsons az interpenetráció fogalmával jelöli, ami azt jelenti, hogy a rendszerek funkcionálisan differenciáltak, mégis kölcsönösen függenek egymástól.[26] A társadalmi rendszereket nyílt rendszereknek tartja, melyek kapcsolatban állnak környezetükkel. „Bármely két cselekvésrendszer határán van egy olyan strukturált összetevőkből vagy mintákból álló 'zóna', amelyet elméletileg úgy kell kezelnünk, mint amelyik mindkét rendszerhez tartozik, ezért nem rendelhető egyszerűen csak az egyikhez vagy a másikhoz […] az interpenetrációs zónák révén

---

[22] Lüssi, Peter: A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve, Párbeszéd Alapítvány, Budapest, 1997. 57. o.
[23] Parsons, Talcott: The Social System, The Free Press, New York / London, 1964.
[24] Parsons, Talcott: A modern társadalmak rendszere, in: Felkai Gábor / Némedi Dénes / Somlai Péter (szerk.) : Szociológiai irányzatok a XX. században II. kötet, Olvasókönyv a szociológia történetéhez, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2000. 40-61. o.
[25] Uo. 40. o.
[26] Uo. 40-61. o.

lehetséges, hogy a rendszerek között kölcsönös cserékre kerüljön sor."[27] Példának okáért a társadalmi tapasztalatból leszűrt viselkedési normák egyszerre tartoznak a személyiség rendszeréhez és a társadalmi rendszerhez. Az interpenetrációs zónák közti kommunikációhoz egy közös kód szükséges, mely lehet többek között a nyelvi kód.

Niklas Luhmann szerint a társadalmat maga a kommunikáció alkotja, az információ–közlés–megértés egységében.[28] A társadalmi rendszer lényege és meghatározója, hogy hogyan folytatódik benne a kommunikáció. Abban az esetben, ha a kommunikáció hármas egységéből bármelyik kimarad, a rendszerbe hiba csúszik. Vagyis nem elég az információ és a közlés önmagában, hiszen megértés nélkül nincsen kommunikáció. Elmélete szerint az embert egyszerre határozza meg individualitása és közösségi léte, a társas rendszerek nem az embereken, hanem az emberek kommunikációin, kapcsolatteremtésén keresztül határozhatók meg. Luhmann az autopoiézis fogalmát használja, mely szerint a szociális rendszer önmagán belül, saját elemeiből hozza létre kommunikációs aktusát, a rendszer és a környezete között tehát nincs közvetlen kapcsolat. „Az önreferencia fogalma azt az egységet jelöli, amelyben az elem, a folyamat, a rendszer önmaga számára megjelenik. 'Önmaga számára' – azaz függetlenül mások megfigyelési perspektívájától."[29]

A rendszer operatívan zárt, azonban energetikailag nyitott. A szociális rendszerek meghatározó tényezője Luhmann szerint a konstruktivizmus. Az ember más individuumokkal való interakcióban ugyan, de saját maga alkotja meg egyéni világát. Amit valóságnak nevez, az nem létezik tőle mint megfigyelőtől függetlenül, ilyen módon azonban valósága szubjektív, hiszen megfigyelése szelektív. Ebből az egyénileg konstruált valóságból következik azonban felelőssége és szabadsága egyaránt.[30] Mivel a szociális valóság is a megfigyelőtől függő valóság, ezért mindig utal a megfigyelőre, saját konstruktőrére. A későbbiekben a családterápia egyik fontos alapkövévé válik ez a megállapítás, segít a valóság tisztább észlelésében az egyén és a család rendszerén belül.

A rendszerek közötti kapcsolatra Luhmann is használja az interpenetráció fogalmát, abban az értelemben, hogy a rendszerek soha nem olvadnak össze, de egymás struktúrájának kialakulását befolyásolják saját felépítésükkel és összetettségükkel. A rendszerek tehát autonóm rendszerek,

---

[27] Uo. 41. o.

[28] Luhmann, Niklas: Szociális rendszerek, in: Felkai et al. (szerk.) : Szocilológiai irányzatok a XX. században, 91-104. o.

[29] Uo. 91. o.

[30] Ez nem azt jelenti, hogy Luhmann nem ismeri el a tőlünk függetlenül létező fizikai valóságot, de a szociális rendszerekben a konstruktivizmus elvét vallja.

de hatnak egymásra, mivel strukturálisan a környezetükre nyitottak. Ennek a jelenségnek egy szeletét figyelhetjük meg majd az egyházi és kórházi rendszer találkozásánál.

A vallási és a társadalmi rendszer elkülönülésével kapcsolatban Luhmann felteszi a kérdést, hogy „milyen megkülönböztetés okozza a vallási rendszer elkülönülését a társadalomban."[31] A választ egyrészt a vallás funkciójában találja, másrészt abban, hogy maga Isten az, aki megkülönböztette magát a világtól, amikor megteremtette azt, de elválasztotta a természetfelettit a természetestől, a transzcendenst az immanenstől. Ezt nevezi a vallás elsődleges bináris kódjának. A másodlagos bináris kód a transzcendensen belül jelenik meg, úgy, mint az üdvözülés és az elkárhozás, a menny és a pokol. Ez azonban ismét az immanenshez vezet, hiszen a mennybe vagy a pokolba kerülés előzménye az evilági életvitel, a világi erkölcs. Luhmann szerint azonban a pokolról és az ördögről való beszéd a modern társadalmakban a „papok fantazmagóriája"[32] csupán, és a szószékről hangoztatva a gúnyolódás tárgyává válik. Ennek hiányában azonban a keresztyén dogmatika felépített rendszere összedől.

Ezekhez a gondolatokhoz a következő kritikai megjegyzéseket kell hozzáfűznünk. Isten mint Teremtő, valóban különbözik az embertől mint teremtménytől, ugyanakkor Isten az embert a maga képmására – imago Dei – teremtette. Bár az ember Istennek nem engedelmeskedett, s ezért eltávolodott tőle, Isten a bűneset után sem hagyta magára az embert, hanem Jézus Krisztusban hasonlóvá lett hozzá és elkészítette az üdvösségre vezető utat. Az üdvösségre vagy a kárhozatra jutásnak tehát nemcsak az evilági életvitel az előzménye, hanem Isten Jézus Krisztusban kínált kegyelmének elfogadása vagy elutasítása.

Luhmann hangsúlyozza, hogy az a fajta kommunikáció, amely régen segített Istent megkülönböztetni, ma már nem bír meggyőző erővel, vagyis a vallásnak új, univerzális kódot kell keresnie. A vallási rendszer kódolására azért van szükség, hogy a vallás mint a társadalmi rendszer egyik funkciórendszere, leírhatóvá váljék. A vallásnak tehát egy új értelemfogalommal kell rendelkeznie, az értelmes és az értelem nélküli kettősségében. A vallásnak le kell írnia önmagát, abban az értelemben, hogy mi számára a legfontosabb. „Szociológiailag talán az a legsürgősebb, hogy a teológiának tudnia kell magát megfigyelni, hogy azokat, akik őt megfigyelik, hívő/hitetlen sémával szintén figyelni tudja; viszont ezzel már nem képes adekvátan megragadni, hogy mások (például a szociológusok) milyen megkülönböztetésekkel figyelik meg őt. Egy olyan teológia vezetésével, amely maga dönti el,

[31] Luhmann, Niklas: Látom azt, amit te nem látsz, Osiris Kiadó, Budapest, 1999. 181. o.
[32] Uo. 188. o.

hogyan akarja a megfigyelőt megfigyelni, a vallási rendszer egy zárt rendszerré válik, amely a saját megkülönböztetései által reprodukálódik – amíg az megy."[33] Ha az ember Istent, mint a transzcendens világból az immanens világot megfigyelő mindenhatót fogja fel, ő maga is szeretné megfigyelni Istent, aki őt megfigyeli. „Az immanencia nem más, mint a lélek önreferenciája, amely Istent szeretné megfigyelni, mivel megfigyeltnek érzi általa magát. A lélek számára pedig az a transzcendencia, ami a lelket akarja megfigyelni, mert az viszont őt figyeli." [34] Ezekkel a gondolatokkal is vitatkoznunk kell, hiszen Isten nem csupán egy transzcendens hatalom, aki megfigyeli az immanens világot. Isten sokkal inkább Gondviselő Atya, aki az inkarnációban kommunikációt kezdeményez az emberrel, aki keresi az elveszettet, aki Jézus Krisztus által kapcsolatba kíván lépni gyermekeivel. A kórházlelkészi szolgálat során különösen hangsúlyos, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész ne az ítélő, hanem az irgalmas Istent vigye a beszélgetéseibe. Erről a későbbiekben bővebben szólunk.

A rendszerelméletet a szociológia felől megközelítve, témánk számára a következő gondolatokat emelhetjük ki. A rendszerszemlélet segít megérteni az egyházban és az egészségügyben a kórházi lelkigondozás helykeresése és térfoglalása körül zajló folyamatok mozgatórugóit, összefüggéseit, kölcsönhatásait. A kórházi lelkigondozás gyakorlata közben fellépő problémákat segít rendszerben szemlélni, s újfajta cselekvésre késztet a rendszerek feltérképezésénél és megváltoztatásánál. A kórházi lelkigondozás a kórházi rendszerbe lépve változást hoz, mely miatt a rendszerben felborul a korábban megszokott egyensúly. Mivel a rendszer a homeosztázisra törekszik, igyekszik a felborult egyensúlyt helyreállítani. A rendszer feladata nem az eredeti állapot visszaállítása, hanem egy új egyensúly kialakítása a változáshoz alkalmazkodva. Az egyházi rendszernek ehhez a változáshoz éppen úgy kell alkalmazkodnia, mint a kórházi rendszernek. A lelkigondozó-kórházlelkész az egyház küldötte, aki nem lép ki az egyház rendszeréből, de szolgálatát egy másik rendszerben is végzi, amelynek szabályait, normáit éppen úgy figyelembe kell vennie, mint az egyházi rendszer szabályait és normáit. Az egyházi és a kórházi rendszerben elfoglalt helyének, valamint feladatainak körvonalazódásához, folyamatos kommunikációra van szükség, az információ, közlés, megértés egységében. Ha ebből a hármas egységből valamelyik kimarad, akkor a rendszerbe hiba csúszik. Az információk áramlása, a közlés folyamatossága eredményezhet megértést a rendszerben. Az egyházi és a kórházi rendszer autonóm rendszerek, nem olvadnak össze, de a

[33] Uo. 235. o.
[34] Uo. 194. o.

kórházi lelkigondozás megjelenésével eredeti struktúrájukban változás áll be, melynek mentén bizonyos szabályokat és normákat újra kell fogalmaznia. A vallás mint a társadalmi rendszer egyik funkciórendszere a kórházi lelkigondozás intézményével és a lelkigondozó-kórházlelkész személyével még hangsúlyosabban jelenik meg az egészségügyi rendszerben, s ezért fontos, hogy meg tudja fogalmazni, mi számára a legfontosabb. A vallási rendszernek nyitottá kell válnia a környezetére az egészségügyi intézményekben is, folyamatos kommunikációban állva a rendszer tagjaival. Nem engedheti meg magának, hogy csupán az erkölcsösség képviselője maradjon, a lelkigondozói szolgálat így célt tévesztene. A teológiának a transzcendens és immanens világ megfigyelésével és a megfelelő nyelvi kód vagy kommunikáció megválasztásával az egészségügyi intézményekben érthetően kell definiálnia önmagát, hogy a kegyelmes Istent közel hozhassa. Ezzel támogatja a kórházi lelkigondozás szolgálatának helykeresését és elősegíti integrálódását.

1.2. Pszichológiai rendszerszemlélet

A pszichológia tudománya az emberi átélést és viselkedést vizsgálva közelíthet biológiai, behaviorista, kognitív, pszichoanalitikus vagy fenomenológiai nézőpontból is.[35] Kialakulásuk idején a különféle nézetek ugyan nem egymás kiegészítésére, hanem egy-egy irány megrajzolására szolgáltak, utóbb azonban mondhatjuk, hogy ezek egyike sem ad valós képet önmagában, valamennyi látásmódra szükség van ahhoz, hogy helyesen ítéljük meg az emberi viselkedést. A rendszerszemléletű pszichoterápia gyökerei felfedezhetők lesznek a felvázolt tanításokban, ezekre alkalmanként utalunk.

A biológiai megközelítés az idegrendszer és az agy működéséből indul ki, vagyis a testen, az emberi szervezeten belül keresi magyarázatait. Az idegrendszerben valamennyi alrendszer kapcsolatban áll egymással.[36] Ehhez hasonlóan az emberi agy is egy komplex rendszer, melyben a nagyagy, a kisagy, a talamusz és a hipotalamusz egymáshoz kapcsolódva és egymásra reagálva működnek. A hipotalamusz a központi idegrendszer része, mely a szervezet minden fontos élettani működését befolyásolja, itt szabályozódik pl. az evés, az ivás és a szexuális viselkedés. A hipotalamusz feladata, hogy fenntartsa a szervezetben a homeosztázist,

[35] Atkinson, Rita L. / Atkinson, Richard C. / Smith, Edward E. / Bem Daryl J. : Pszichológia, Osiris Kiadó, Budapest, 1997. 19-24. o.

[36] Az idegrendszer két alrendszerből áll, a központi idegrendszerből és a perifériás idegrendszerből. A perifériás idegrendszeren belül pedig a szomatikus idegrendszer a külső ingerekkel, a vegetatív idegrendszer pedig a belső szervekkel áll kapcsolatban, feladatuk szerint információkat és impulzusokat hordozva, illetve különféle folyamatokat szabályozva.

a szervezet belső környezetének viszonylagos állandóságát, a normális testhőmérsékletet, a vérnyomást és a szívverést. A hipotalamusz információkat kap az idegi összeköttetések, a vérellátás és az agygerincvelői folyadék útján, válaszokat küld, és szabályozza a folyamatokat. Stresszhelyzet esetén azonnal működésbe lép, és helyreállítja a szervezet felborult egyensúlyát. A későbbiekben látjuk majd, hogy a rendszerszemlélet homeosztázis elve valójában innen eredeztethető.

A behaviorista megközelítés félreteszi az emberi szervezet belső működésének vizsgálatát, és az egyén viselkedését kíséri figyelemmel.[37] Az emberi magatartást az inger és a reakció szempontjából vizsgálja. Az inger az egyén környezetéből érkezik, a válasz pedig az egyén cselekvése. „Az inger-válasz pszichológia (stimulus-reakció, S-R pszichológia) azokat az ingereket tanulmányozza, amelyek viselkedéses válaszokat váltanak ki, azokat a jutalmakat és büntetéseket, melyek fenntartják ezeket a válaszokat, és azokat a viselkedésváltozásokat, melyeket a jutalmak és büntetések mintázatának alakítása révén kapunk."[38] A behavioristák tehát félretéve az ösztönelméletet, azt vizsgálják, hogy milyen válaszokat ad az ember környezete változásaira. A viselkedést nem hozott formának, hanem egy tanulási folyamatnak tartják, mely ennek megfelelően formálható. Céljuk az emberi viselkedés megfigyelése, leírása, tanulmányozása.

A behaviorista nézőpontot kritizálva a kognitív pszichológia kimondja, hogy az emberi cselekedeteket nem lehet csupán inger-válasz relációban szemlélni, hiszen így a bonyolultabb jelenségek, mint a nyelv használata, a gondolkodás, emlékezés, észlelés vizsgálata, kimaradnak. A pszichológia kognitív nézőpontból való megközelítése tehát a mentális folyamatokkal foglalkozik, az emberi tudást és megismerést állítja középpontba. Azt kutatja, hogy az ember hogyan reprezentálja, miként képezi le az őt körülvevő világot.

Sigmund Freud pszichoszexuális elméletében is felfedezhetők a rendszerszemlélet gyökerei. Freud szerint a személyiség három nagy rendszerből áll, melyek kölcsönösen hatnak egymásra, és eközben meghatározzák az emberi viselkedést. Ezek az ösztön én (id), mely primitív ösztöntörekvéseket foglal magába és az örömelv vezérli, az én (ego), melynek elsődleges funkciója az önfenntartás feladata, s különböző mechanizmusokkal késlelteti és ellenőrzi az ösztöntörekvéseket, végül a felettes én (superego), mely a lelkiismeret és a gyermeki ideálok

[37] A viselkedéslélektant *John B. Watson* dolgozta ki.
[38] Atkinson et al. : Pszichológia, 21. o.

hordozója.[39] Az emberi viselkedés nagy részét Freud a tudattalan folyamatokból eredezteti, vallja, hogy az ember minden cselekedetének, gondolatának és érzésének oka van. Velünk született ösztönökről beszél, melyeket, ha tiltás ér, kiszorít az ember a tudatból a tudattalanba. Valójában azonban ezek nem tűnnek el, csak elfojtódnak, és félelmet, szorongást okoznak, befolyásolják az ember minden cselekedetét. Az elfojtás az egyik legalapvetőbb elhárító mechanizmus, melyet az ego a szorongás kiküszöbölésére használ, s ami azután hosszútávon viselkedészavarokhoz vezet.[40] Ahhoz, hogy az ember lelki működését, a felnőtt ember viselkedését megértsük, arra van szükség, hogy felderítsük a – többnyire az élet első öt évében – tudattalanba fojtott tartalmakat, ebben segít a pszichoanalízis.[41] A páciensheZ Freud nem objektív megfigyelőként közelít, hanem egyrészt a páciens életében lezajlott korábbi folyamatokra, másrészt a páciens és az orvos között lejátszódó aktuális folyamatra figyel, vagyis rendszerben dolgozik. „A pácienst a családban lezajlott folyamatok kontextusában kezeli, meglátása szerint a szimptóma a szervezet észszerű teljesítménye a korábbi szülő-gyerek interakciók rekonstrukciójának kontextusában."[42]

A fenomenológiai nézőpont ismét újat hoz a pszichológia megközelítésében, hiszen az eddigiekkel ellentétben a szubjektív tapasztalásra alapoz. Nem külső ingerek mentén gondolkodik, hanem belső értékeléseket és élményeket kutat, az élet történéseire adott egyéni válaszokat keresi. Az érdeklődés középpontjában tehát a különféle élményeket átélt személy áll, önmaga észlelésével, saját, szubjektív világnézetével, önértékelésével. Freud genetikai elméletével szemben *Carl Rogers* mezőelméletről beszél, hasonlóan a Gestalt-pszichológia rendszerszemléletéhez. Az ember életében bekövetkező, jelentéktelennek tűnő változás is egészen megváltoztathatja a meglévő mintát.[43] Hangsúlyozza az emberi méltóságot és az önmegvalósítás szükségességét. Kliensközpontú terápiája folyamán elengedhetetlennek tartja a feltétel nélküli elfogadást, az empátiát és a kongruenciát, a beszélgetésben pedig a kliens érzelmeinek és gondolatainak visszatükrözésével dolgozik. Mindezzel arra épít, hogy a kliens,

---

[39] Freud, Sigmund: Az ősvalami és az én, in: Buda Béla (szerk.): A pszichoanalízis és modern irányzatai, Gondolat Kiadó, Budapest 1971. 139-161. o.

[40] Uo.

[41] A személyiség fejlődésében Freud megkülönbözteti az orális, az anális, a fallikus, a latencia és a genitális szakaszt. Mindegyik szakaszban adódnak problémák és feladatok, melyekben a személyiség vagy fixálódik, vagy megoldja azokat. A fejlődési szakaszok tehát célirányosak, vallja Freud is, mint ahogy ezt a rendszerszemléletben is láttuk. Vö. Atkinson et al. : Pszichológia, 392-398. o.

[42] Kriz, Jürgen: Systemtheorie für Psychoterapeuten, Psychologen und Mediziner, UNI Taschenbücher 2084 Facultas Wien, 1999. 94. o.

[43] Rogers, Carl R. : Eine Theorie der Psychoterapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. GwG Verlag, Köln, 1987. 27. o.

miután megfogalmazta önmagát és én-ideálját, vagyis hogy ki ő és milyenné szeretne válni, szembenézve önmagával, képes legyen dönteni és változni, illetve változtatni. Ezzel a gondolattal megint csak a rendszerszemlélet egy elvéhez közelítettünk, vagyis feltérképezve a rendszert, a hibás működéseknél a rendszer egészére tekintve lehet változást munkálni.

A fenti nézőpontok rövid felvázolása után, a rendszerszemlélet illusztrálására a pszichológiai rendszerek közül *Kurt Lewin* mezőelméletét tárgyalom részletesebben. Lewin elmélete közel áll a Gestalt-pszichológiához, az alaklélektanhoz, mégis egy egészen új rendszert és fogalomtárat vezet be a pszichológia tudományába. Mezőelméletének alapvető építőkövei a következő kijelentések: 1. Az emberi viselkedés a környezet, a mező függvénye, mely akkor létezik, ha a viselkedés megjelenik. 2. A viselkedés elemzése a szituáció elemzésével mint egésszel kezdődik, mely egésztől a részek különböznek. 3. Egy konkrét egyén egy konkrét szituációban reprezentálható.[44] A lelki jelenségek olyan struktúrák, amelyekben ha egy elem változik, akkor az egész rendszer változik. A viselkedést csak az egyén és közvetlen környezete kapcsolatából lehet vizsgálni és magyarázni, ennek következtében a személyiség az individuum és a környezet aktív kölcsönhatásának a következménye. A személyiség állandóan változik környezete és saját igényeinek dinamikus kölcsönhatásában, ezért csak a szituációval együtt érthető meg. Lewin szerint a személy egyrészt elkülönül a világtól, másrészt a világban foglaltatik. A személy mellett ott van mindaz, ami nem a személy, elhatárolódva tőle, s közben körülveszi egy pszichológiai környezet. A személy és pszichológiai környezete alkotják az életteret, mely valójában egy feszültségekkel teli rendszer a benne végbemenő cselekvésekkel. Az életteret körülveszi egy idegen burok, a fizikai és szociális jelenségek, melyek megváltoztathatják a pszichológiai tényeket. Az élettér egymással kapcsolatban álló rendszerek hálózatából áll, ezek a régiók és az alrégiók. Ha változás következik be, az addig megszokott egyensúly felborul, a régióban feszültség keletkezik, ami változtatást munkál, míg helyreáll egy új egyensúly. Az egyensúly azonban nem jelent feszültségmentességet, csak azt, hogy a feszültség kiegyenlített a rendszeren belül, vagy azt, hogy az alrendszer, melyben feszültség keletkezett, izolálódott.

Lewin mezőelméletét a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat szempontjából átgondolva fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a kórházlelkész egyházi és kórházi rendszerben való viselkedése nem lehet függvénye a környezetnek, a mező mégis rendkívül nagy hatással van rá.

[44] Lewin, Kurt: A mezőelmélet a társadalomtudományokban, Gondolat Könyvkiadó, Budapest, 1972. 177-189. o. és 413-417. o.

Amikor a kórházlelkészek rendszerben elfoglalt helyéről gondolkodunk, magát a szituációt is elemeznünk kell, amelybe a lelkész a kórházi lelkigondozói szolgálat során belekerül. Az egészet megvizsgálva juthatunk közelebb a részek tulajdonságaihoz, egymással való kapcsolatuk feltárásához. A lelkigondozó-kórházlelkész az egyházi és a kórházi rendszer határán egy konkrét szituációban reprezentálható.
Lewin mezőelméletében értékeljük, hogy egyértelműen megjelenik a rendszerszemlélet hatása. A rész–egész viszonya, a régiók és alrégiók mint rendszerek és alrendszerek szerepe, a dinamikus kölcsönhatások, a homeosztázisra törekvés, a feszültség megjelenésekor a felborult egyensúly, majd az új egyensúly érdekében a változás munkálása. Kritikai megjegyzésünk viszont az, hogy Lewin a fizikai és szociális jelenségek mellett nem fordít figyelmet az öröklődésre, a személyiség érésére, a biológiai tényeket figyelmen kívül hagyja. A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálatában, identitásának alakulásában azonban ezekre is tekintettel kell lenni.

Az eddig felvázolt szociológiai és pszichológiai alapelvek közötti összefüggéseket keresve, az orvostudomány felől közelítve szeretnénk megjegyezni, hogy az orvosi diagnózis felállítása a során az orvostársadalom egészen a 20. század közepéig a biomedikális modellt követte. Ez a modell csupán a biológiai tudományok eredményeire koncentrált, mind a testi, mind a lelki zavarok mögött a biológiai okokat és összetevőket kereste és vizsgálta. Ezzel szemben a bio-pszichoszociális modell, mely a biológiai tényezők mellett figyel a pszichológiai és a szociális tényezőkre is, paradigmaváltást jelent az orvostudományban. Ez az „elképzelés hangsúlyozza, hogy a betegségek kialakulásában nem csupán a biológiai tényezők, hanem a pszichológiai és társadalmi összetevők is fontosak […] A biopszichoszociális elmélet egymásra épülő egységeket tételez fel, a komplexebb, nagyobb egységek az alacsonyabb szerveződési szintre épülnek. A szerveződési szintek dinamikus kapcsolatban vannak, s az egyiknek a változása változást okoz a többiekben is. A betegségek kialakulásában nem csupán egy mechanikus okot kell keresnünk, hanem a hajlamosító, a kiváltó és a fenntartó tényezők komplex kölcsönhatását.”[45] Ebben a modellben tehát felfedezhetőek a rendszerelmélet alapelvei, többek között a cirkuláris okság, miszerint kölcsönhatások hálózata határozza meg a betegséget, vagy a nonszummativitás, miszerint az egész több, mint a részek összessége és a részek egymással

[45] Túry Ferenc: Magatartástudomány és orvoslás a XXI. században. A Magatartásorvoslás helye a magatartástudományok keretében, 1373. o. in: Magyar Tudomány, 2003/11, www.matud.iif.hu/03nov/004.html, letöltés ideje: 2015. 02. 21.

való kapcsolatára figyelve ismerhetők meg alaposabban a fennálló tünetek és azoknak okai. Valamint az ekvifinalitás elve, miszerint több dolog ugyanoda vezet, vagyis mind a biológiai, mind a szociológiai, mind a pszichológiai háttér feltérképezése és ismerete a betegség megértését, a diagnózis felállítását, majd a megfelelő terápia kiírását segíti. Ugyanezt a bio-pszichoszociális modellt figyelhetjük meg a továbbiakban a rendszerszemléletű terápiák és lelkigondozás tárgyalásánál is.

1.3. Rendszerszemléletű pszichoterápia

A rendszerszemléletű pszichoterápia történetének kezdetét az egyéni terápiát felváltó házasság- ill. családterápia jelentette az 1930-as évektől folyamatosan. Az addig pszichoanalízist folytató szakemberek, egyre inkább érzik annak szükségességét, hogy a családdal, mint háttérrel is foglalkozzanak. Sokáig elzárkóztak ettől, félve az indulatáttételtől, és terápiákon ragaszkodtak az egyéni beszélgetésekhez. Idővel azonban a pszichoanalitikusok nagy része is belátta, hogy munkája eredményesebb, ha a páciens és környezete interakciója nem marad ki a kezelésből. Egyrészt a páciens ellenállásának okát keresve sokszor kiderült, hogy mindez az egyik családtag hatásának következménye, másrészt ha a páciens javult, a családban valaki más lett tünethordozóvá. A pszichoanalízis tehát a családterápia felé fordult, mely azután számos intézményben tért hódított, melyet elsőként Palo Alto, Milánó, Heidelberg városának neve, valamint többek között *Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Böszörményi-Nagy Iván, M. Salvini Palazzoli, Helm Stierlin* neve fémjelzi.

1.3.1. A családterápia irányzatairól

Az 1980-as évek elejére a családterápia önálló elméletrendszerré lett, bár különféle irányzataiban megfigyelhető heterogenitása. Jürgen Kriz felosztása szerint beszélhetünk pszichoanalitikusan orientált családterápiáról, strukturális és stratégiai irányzatról, valamint tapasztalatorientált családterápiáról.[46]

1.3.1.1. Pszichoanalitikus szemlélet

A családterápia pszichoanalitikus irányzata egyaránt támaszkodik a múltra és a jelenre, a családtagok tapasztalataira, érzéseire, fantáziáira. Nagy hangsúlyt helyez a családtagok intrapszichés dinamikájára, a személyiségen belüli tudattalan történésekre és az indulatáttételre

[46] Kriz: Systemtheorie für Psychoterapeuten, 98-101. o.

egyaránt. A terapeuta a belátás–értelmezés–átdolgozás mentén dolgozik, bízva ezek viselkedésváltoztató hatásában. Intervencióinak célja, hogy a családban előkerüljenek a tudattalan motívumok, a gyermekkori és jelenlegi események közötti összefüggések, és tudatossá váljanak a szükségletek, vágyak, késztetések.

Murray Bowen pszichodinamikai szempontok alapján családi kontextusban kezeli a pácienseit, multigenerációs gondolkodással. Terápiájának célja, hogy a családtagok az automatikus érzelmi reakciók helyett megtanuljanak értelemmel válaszolni a másikra. Beépíti családterápiájába az érzelmi háromszög, azaz triangulum fogalmát.[47] Családterápiájának kiindulópontja már a rendszerszemlélet felé mutat, hiszen az érzelmi háromszögekkel dolgozva azt mondja, hogy ha egy emocionális rendszerben sikerül megváltoztatni egy háromszög funkcióját úgy, hogy közben a tagok kapcsolatban maradnak egy nagyobb rendszerrel, akkor az egész rendszer módosulni fog. Ha a családnak csupán egyetlen tagja változik – amennyiben elégséges motivációja van a változáshoz –, ez megváltoztatja az egész rendszert.

Murray Bowen mellett *Böszörményi-Nagy Iván* a legfontosabb képviselője a többgenerációs perspektívának. Kiemeli a lojalitás fogalmát mint amely híd a személyiség és a családrendszer között. Azt tárgyalja, hogy a családi közösségek dinamikájára milyen befolyással vannak a családon belül kialakult igazságképzetek.[48] Az embernek egyrészt önmagához, másrészt a család felé kell lojálisnak lennie. Meglátása szerint a családokban generációkon át, mintegy láthatatlan módon folyik tagjaik vétkeinek és érdemeinek a könyvelése. Ezekre a jelképes számlákra minden családtag saját észlelése szerint ráírja, hogy a múltban, a jelenben és a jövőben mit kapott és mit nem, illetve, hogy mit tud adni, és mit vár el. Amennyiben egy családban a lojalitásviszonyok felborulnak, jelentkezik a tünet. A család tehát egy morális egyenleget vezet, kiegyenlítetlen számlákat könyvel el, a rendszeren belül pedig ennek következtében beindul a kizsákmányolás és a korrupció.[49] Rendszerszemléletű kapcsolati etikájában az ilyen módon rögzített igényekkel és kötelességekkel magyarázza Böszörményi-Nagy az olyan dramatikus családi eseményeket, mint az alkoholizmus, az öngyilkosság vagy

---

[47] Az érzelmi háromszög tagja két, egymással harmóniában lévő családtag és egy kívülálló harmadik kapcsolata. Amikor a családban két embernek problémája adódik egymással, a feszültség csökkentése céljából a diád egyik tagja valaki mással létesít kapcsolatot, s így megváltozhat a családi felállás. De az is előfordulhat, hogy a triangulum valamelyik tagja egy negyedik személlyel hoz létre kapcsolatot, s a másik kettőt magára hagyja. Ezt a folyamatot nevezi Bowen triangulálásnak. Vö. Goldenberg, Irene / Goldenberg, Herbert: Áttekintés a családról II. Családterápiás Sorozat 20. Animula Kiadó, Budapest, 2008. 52. o.

[48] Vö. Böszörményi-Nagy, Iván / Krasner, Barbara R. : Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa, Coincidencia Kft, Budapest, 2001. 49. o.

[49] Uo. 94-95. o.

egymás kölcsönös kizsákmányolása, kihasználása. A problémát kontextuális nézőpontból közelíti meg, valamennyi érintett családtagra figyel.

Helm Stierlin elsősorban a pszichotikus és pszichoszomatikus zavarok mibenlétét kutatta. A kibernetika, a rendszerszemlélet, a radikális konstruktivizmus és a neurológia ismereteinek birtokában kialakított egy olyan koncepciót, amelyben a betegség és a zavar fogalma összekapcsolódott. Azon fáradozott, hogy betegeit saját szociális környezetükbe integrálja. Meglátása szerint a pszichotikus zavarok hátterében egy megzavart rendszer állt. A rendszerekben kommunikációs zavarokat észlelt, melyeknek tartós fennállása megbetegítette a rendszer egy-egy résztvevőjét. A rendszer lehet egy család, egy csoport vagy egy kultúra. Ebben él az individuum, amely mindig a nagy egésznek a része. Stierlin bevezeti a családterápiába az individuáció fogalmát. Véleménye szerint a családtagok kapcsolati viszonyát individuációjuk szintje határozza meg.[50] Az individuáció betegségeit, a szimbiotikus fúziót, vagy éppen ellenkezőleg a merev autisztikus izolációt, esetleg a kettő közötti oszcillációt próbálja feltérképezni és gyógyítani.

A fentieket értékelve elmondhatjuk, hogy a kommunikációs iskolákat tulajdonképpen már a rendszerelméleti felfogás jellemzi. A családra úgy tekintenek, mint egy interperszonális rendszerre. A rendszerszemlélet *Buda Béla* szerint „értelmezni engedte a család determinatív hatását az egyén felett, a családi problémát, vagy a családtag tünetét, mint rendszerzavart, de a terápiás beavatkozást is, mint kísérletet a rendszer változtatására, amelyből azután a tünet, a probléma, az egyéni családtag változása is következik."[51] A későbbiekben látni fogjuk, hogy a strukturális és a stratégiai irányzat is sokkal inkább a jelenre koncentrál, mint a pszichoanalitikus irányzat. Terápiája többnyire rövid terápia. Nem a múlt érdekli, a hangsúlyt arra teszi, ami itt és most történik. A terapeuta a családhoz pozitívan viszonyul, a bűntudat és a defenzív beállítódás csökkentésére törekszik, ugyanakkor a tünetekre koncentrál, aktív és direktív.

1.3.1.2. Strukturális szemlélet

A strukturális családterápiát mindenekelőtt *Salvador Minuchin* neve fémjelzi. Minuchin szerint egy jól funkcionáló családi struktúrát arról lehet megismerni, hogy az alrendszerek között húzódó határok – bár nem merevek és diffúzok – mégis fontos, hogy világosan láthatóak

[50] Stierlin, Helm: Psychoanalyse – Familientherapie – systemische Therapie. Entwicklungslinien, Schnittstellen, Unterschiede, Klett-Cotta, Stuttgart, 2001. 281. o.
[51] Buda Béla: Pszichoterápia. Kapcsolat és kommunikáció, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2004. 360. o.

legyenek az alrendszerek között, hogy őrizzék az adott funkciót, a rendszerek alrendszerekben való differenciálódását. Amikor a családban arra van szükség, hogy egy családtagot megóvjon a rendszer, vagy a család egésze megfelelően alkalmazkodni tudjon az éppen bekövetkezett változásokhoz, a családi rendszer ezek által az alrendszerek által tölti be funkcióját.[52] Minuchin három axiómát fűz tanításához: „1. Az individuum lelki-szellemi léte nem kizárólag belső folyamat. 2. A családstruktúrák változásai hozzájárulnak az individuum belső-pszichikai folyamataihoz. 3. A terapeuta viselkedése a kontextus része. A terapeuta és a család együtt egy új rendszert képeznek."[53] Az ember lelkére tehát belső és külső folyamatok egyaránt hatnak, a személy nem lehet független attól a családi rendszertől és környezettől, amelyben él. Ha a család struktúrájában változás áll be, ez az individuumot is érinti, benne is változást munkál. Amikor az ember nem tud megküzdeni a családi rendszert és a saját személyiségét érintő változásokkal, és külső segítséget vesz igénybe, a terapeutával kapcsolatba kerülve egy újabb rendszerbe kerül bele, a segítő vagy lelkigondozói kapcsolatba. A későbbiekben, a terápia folyamán ez az új rendszer – a terapeuta és a család együtt – is hatással lesz a családra, hiszen ebben a komplex rendszerben is minden mindennel összefügg, kölcsönhatásban áll.

A *Mental Research Institute* (Palo Alto – USA) munkatársai voltak a strukturális családterápia első képviselői, az 50-es években. Többek között *Gregory Bateson* és *Paul Watzlawick* foglalkozott a rövidterápia projekt kidolgozásával. *Milton Erickson* terapeutikus munkája erősen inspirálta a munkacsoportot. A csoport tagjai a pszichiátria területén dolgoztak, és majdnem mindnyájan pszichoanalitikusok voltak. Első tapasztalataikat skizofrén páciensekkel folytatott terápiáikból szerezték, akiknél az individuumra koncentráló pszichoanalitikus kezelés alig vezetett eredményre.[54]

A strukturális családterápia képviselői vallják, hogy a család rendszerének a változások függvényében állandóan fejlődnie és alakulnia kell. Amennyiben a fejlődés elmarad, kialakul a diszfunkcionális családi struktúra, és megjelennek az első tünetek. Ha a kezelés során sikerül megváltoztatni a család szerkezetét, akkor ez a családtagoknál is viselkedésbeli változást eredményez. Éppen ezért a terápiás üléseken a terapeuta először feltérképezi a család

---

[52] Kriz: Systemtheorie für Psychoterapeuten, 100. o.

[53] Minuchin, Salvador: Családok és családterápia, Családterápiás sorozat 15, Animula Kiadó, Budapest, 2006. 14-16. o.

[54] *John Bell* volt az első terapeuta, aki a kezelés folyamán egyidejűleg az egész családdal is foglalkozott, és nagyon hamar megtalálta az összefüggést a problémák és a családi adottságok között. Az első vizsgálati eredményeket a Lidz-Csoport (Theodor Lidz, Nathan Ackerman és a többiek) hozta nyilvánosságra. Rámutattak az összefüggésekre a belső családi struktúrák, a családtagok szerep-differenciálódási hiányosságai és a náluk fellépő skizofrén kórképek között. Vö. Held: Systemische Praxis in der Seelsorge, 51-52. o.

szerkezetét, megfigyeli a rendszer stabilitását, illetve belső rezonanciáit. Számba veszi a család külső határait, életkörülményeit, és figyelemmel kíséri a fejlődési stádiumokat, s a kiadott feladatok teljesítését. Közben folyamatosan figyel és reagál arra, hogy a páciens tünetei hogyan tartják fenn a család megszokott viselkedési mintáit. A terápián az egész családnak jelen kell lennie, a terapeutának pedig megfelelő körülményeket kell teremtenie ahhoz, hogy a rendszerbe beleláthasson, és a viselkedési mintákat, rögződéseket megfigyelhesse. A folyamat során a családi rendszer átmenetileg fellazulhat, a terapeuta koalícióba léphet egy-egy családtaggal, míg a rendszer újrarendeződik.

1.3.1.3. Stratégiás szemlélet

A stratégiás irányzat hasonló elméletet és módszereket követ. Fő képviselői *Haley, Watzlawick, Mara Selvini Palazzoli*. Meglátásuk szerint a családi problémák azért vannak, mert az ember újra és újra ugyanazokat a hibákat követi el. A családi rendszerben az idők folyamán és a fejlődés során különféle szabályok alakulnak ki, melyek fenntartják és mozgatják a rendszert, törekedvén az állandóságra. A család életciklusai azonban szükségszerűen következnek egymás után, változást hozva, melyre válaszként a rendszernek bizonyos szabályokon változtatnia kell. Ha a család ellenáll ezeknek a változásoknak, diszfunkcionálissá válik, és stresszhelyzetben egyre rigidebbek a megoldási stratégiák, elutasítva minden megoldási alternatívát. A terápia feladata ebben az esetben az, hogy az ismétlődő, diszfunkcionális viselkedési szekvenciákat identifikálja és korrigálja.

Mara Selvini Palazzoli, gyermekanalitikus, *Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin* és *Giuilana Prata* pszichiáterek mintegy tíz éven át foglalkoztak ebben a csoportban anorexia nervosás, skizofrén és súlyos emocionális zavarokkal küszködő gyermekekkel és családjaikkal. Családterápiájuk a Milánói Csoport néven vált ismertté.[55] A családokat úgy tekintették, mint önszabályozó rendszereket, melyek az évek vagy évtizedek, azaz generációk során kialakult saját szabályrendszerük alapján működnek. Véleményük szerint a családokban megjelenő viselkedés minden esetben kommunikáció. Ha a családban megromlik a kommunikáció, az viselkedés-változáshoz vezet, s amennyiben ez nem eredményezi a rendszer szabályainak megváltoztatását, állandó tünetté válik, s a család egy-egy tagját megbetegíti.

Meglátásunk szerint a stratégiás családterápia terapeutái igen aktívak, olykor autoriter vezetők, a történések elsődleges meghatározói. Az adott problémára speciális megoldásokat dolgoznak

[55] Kriz: Systemtheorie für Psychoterapeuten, 101. o.

ki, befolyásolják a családtagokat, pragmatikusak és tünetcentrikusak. Felborítják a család megszokott egyensúlyát, és többnyire részévé válnak a családnak, a családi szabályrendszernek. Módszereik egyrészt határozottnak és hatékonynak tűnhetnek, ugyanakkor bevonódásuk veszélyes lehet. Éppen ezért kiemelten fontos számukra a koterápia és a szupervízió.

1.3.1.4. Tapasztalatorientált szemlélet

A tapasztalatorientált vagy élménycentrikus családterápia a családtagok élményeit, érzéseit hangsúlyozza, és mindenekelőtt *Carl Whitaker*, *Walter Kempler*, *Peggy Papp* és *Virginia Satir* nevéhez fűződik. *Whitaker* már 1946-ban saját családjukban kezelte a skizofrén pácienseket, s az emocionális tapasztalatok szükségességét, saját személyiségét és mindenkori intuícióit állította munkája középpontjába.[56] Egyetért a családi fejlődés szakaszos folyamat jellegével, a családi szerepek rugalmasságával, melyek időlegesen felcserélhetőek. Szülők és gyermekek viszonylatában kimondja, hogy a szülők saját mintáik szerinti életet várnak gyermekeiktől, küzdenek azért, hogy saját modelljük generációkon át fennmaradjon.[57] A családi élet fejlődési fázisainak egy-egy krízispontján viszont a családtagok meglehetősen sérülékenyek és kiszolgáltatottak. Meglátása szerint a család élményeken keresztül fejlődik, új tapasztalatokat kell szereznie a változáshoz. A terápiában éppen ezért minden tudatos stratégiát és manipulációt elutasít, sokkal inkább a spontaneitást és a felszabadult légkört tartja fontosnak, hangsúlyozva az intuíció és a metaforák szerepét. Úgy véli, ezek azok az eszközök, melyekkel a terápiás üléseken felborulhat a család patológiás egyensúlya, és megkezdődhet a változás.

Satir is egy skizofrén páciens gondozása közben fordult először a teljes család felé, mely segített neki abban, hogy tisztábban lássa a kezelt lány helyzetét.[58] Családi folyamatok dinamikái lettek nyilvánvalóvá előtte, s a rendszer megváltoztatásán kezdett gondolkodni, hogy a családi kapcsolatok helyreálljanak. A pozitív egzisztencializmus talaján vallja, hogy a körülmények ellenére minden ember meg tud változni, hogyha magasabb szintű önbecsülésre tesz szert, megtalálja saját erőforrásait, és képes lesz önálló döntéseket hozni. Ha mégis képtelen erre a változásra, akkor ebbe valójában belebetegszik, bűntudat gyötri, intimitás és

[56] Uo. 97. o.
[57] Vö. Napier, Augustus Y. / Whitaker, Carl: Die Bergers. Beispiel einer erfolgreichen Familientherapie, Rowolth Taschenbuch, Hamburg, 1982.
[58] Satir, Virginia / Banmen, John / Gerber, Jane / Gömöri Mária: A Satir-modell. Családterápia és ami azon túl van, Ursus Libris, Budapest, 2007. 21-23. o.

öröm nélkül él. A hierarchikus modellel[59] szemben egy növekedési modellt állít fel.[60] A növekedési modell szerint minden ember egyenlő, egyformán értékes, képes változni, érzéseit szabadon kifejezni és szeretni, önmagát meghatározni és a tőle különbözőt elfogadni. Az események magyarázatánál kapcsolatokat keres, figyelembe veszi a környezetet és a belső folyamatokat, cirkulárisan gondolkodik. Döntési lehetőségeket biztosít és a következmények vállalására buzdít. A változást nem veszélyként értelmezi, hanem lehetőségként fogja fel.

Satir központi fogalma a hitelesség önmagunkkal és másokkal szemben, mely abban nyilvánul meg, hogy a kimondott szavaknak és a benső érzéseknek ugyanaz az iránya. Amikor ez a kettő nem egyezik, az ember képtelen megfogalmazni érzelmeit, újraértékelni észleléseit, erősíteni önbecsülését, és hiteltelenné válik. A terápia ennek értelmében azt jelenti, hogy fel kell tárni, miért nincsenek összhangban a szavak és az érzelmek. A rendszerszemléletű családterápia lényege, hogy a rendszerben létrejöjjön a változás, mely belső elmozdulást és külső változtatást jelent egyszerre. A változás szakaszai Satir szerint[61]: 1. Feltárni a status quo-t, a rendszer szabályait, elvárásait, egészségtelen működését. 2. A rendszerbe idegen elemet vezetni, mely lehet a terapeuta vagy a lelkigondozó, aki valamennyi családtaggal találkozik. 3. Káosz kialakulása, a status quo felborul, nincs többé rutin, a reakciók kiszámíthatatlanná válnak, megjelenik a félelem és a szorongás, ugyanakkor elkezdődik maga a gyógyulás. Ebben a szakaszban a terapeuta irányít, a régi szabályokat lehetőségekké, vezérfonalakká alakíthatják. 4. Az új lehetőségek és az integráció szakasza, melyben az előzőekhez képest egy másfajta észlelés, érzékelés veszi kezdetét, mindenki saját kezébe veszi önmaga irányítását. 5. Gyakorlatba ültetés szakasza, az új lehetőségek megélése, új támaszrendszer[62] kialakítása. 6. Új status quo, új elvárásrendszer kifejlődése. Amikor az ember önmagából meríti az energiát, saját énje biztosít számára kontextust, bizalmat, kockázatvállalást és támogatást.

Satir változásról szóló elméleti és gyakorlati koncepciójához néhány kritikai megjegyzést kell fűznünk. Egyrészt a keresztyén ember számára a változás 5. és 6. szakaszában tárgyalt új támaszrendszer nem lehet csupán a saját én, melyből határtalan energia vehető fel a továbbiakra nézve, hanem sokkal inkább az Istenbe vetett bizalom, az érett hit, a Jézus Krisztusban újjá lett

---

[59] A hierarchikus modellben a kapcsolatok alá- és fölérendeltségben nyilvánulnak meg, a zsarnok szabályaival és az áldozat elnyomásával, egyetlen létező igazsággal, ok-okozati viszonyban, az események lineáris magyarázatával. Az érzések szintjén ez félelmet, haragot, tehetetlenséget szül.

[60] Uo. 21-40. o.

[61] Uo. 123-145. o.

[62] A támaszrendszer egy olyan rendszer, amely krízis esetén a bajban lévő számára erőforrás lehet, segítséget nyújt, útmutatást ad. Súlyos betegek számára támaszrendszer lehet a család, amennyiben kommunikációjuk nyílt és őszinte.

én. Saját én olyan értelemben, mint aki megtalálja önmagát mint Isten egyedi, szeretett és megváltott teremtményét, ugyanakkor az érte megfeszített és új életre támadt Krisztusból merít energiát, nem a múltra, hanem a jelenre és a jövőre koncentrálva, mert a régiek elmúlnak és újjá lesz minden. A rendszerben való változás lehetőségének kiindulópontja a keresztyén ember számára Isten szeretete és Jézus Krisztus kegyelme, célja pedig az újember, a Krisztusban helyreállított Isten-ember kapcsolatban önmagát újraértelmező egyén, aki a Szentlélek vezetésével a szeretet parancsában és az igaz hitben, mint támaszrendszerben válik Isten szabad és felelős gyermekévé.

Másrészt kérdéseink vannak azzal kapcsolatban, hogy az egészségügyi intézményekben, különös tekintettel a hazai viszonyokra, egyáltalán megvalósítható-e a rendszerszemléletű lelkigondozás, mint a család valamennyi tagjával személyesen foglalkozó terápia. Erről a későbbiekben bővebben szólunk.

1.3.2. Rendszerszemlélet az általános pszichoterápiában

Az előzőekben láttuk, hogy a családterápiát idővel maga mögött hagyta a rendszerszemlélet, s egyre inkább ez vált állandó tájékozódási ponttá a pszichoterápiában. A következőkben, mint a rendszerszemléletű pszichoterápia egyik alapművét, szeretném kiemelni *Kurt Ludewig* elméletét. Egyrészt azért, mert munkája szorosan kapcsolódik a korábban említett luhmanni gondolatokhoz, s ezzel szeretnénk összekötni a szociológiai rendszerszemléletet és a rendszerszemléletű pszichoterápiát. Másrészt Ludewig számára kifejezetten hangsúlyos a kórházi kezelés alatt álló betegek terápiája, ezért dolgozatunk számára előremutató lehet, ha átgondoljuk meglátásait. Ezt követően pedig kitérünk Arist von Schlippe és Jochen Schweitzer elméletére, mely továbbsegít minket a rendszerszemléletet még alaposabb megértésében, illetve az eddigiek összefoglalásában.

1.3.2.1. Kurt Ludewig elmélete

Ludewig alapvetően Humberto Maturana és Niklas Luhmann írásai szerint beszél a rendszerszemlélet biológiai és szociológiai perspektíváiról, megalapozva ezzel a pszichoterápia rendszerszemléletét. Munkája a rendszerelmélet alapjait, elméletét és gyakorlatát foglalja össze, mely a lelkigondozói gyakorlat számára is útmutatásként szolgálhat.[63] Maturana nyomán

[63] Ludewig, Kurt: Rendszerszemléletű terápia. A klinikai elmélet és gyakorlat alapjai, Coincidencia Kiadó, Budapest, 2003.

hangsúlyozza, hogy minden megismerés a megismerő strukturális lehetőségeinek és aktuális állapotának felel meg. Az ember felelős azért, amit mond, de nem felelős azért, amit a másik ember ebből meghall. Az ugyanis, hogy egy információt az ember hogyan értékel, s az mit üzen neki, mindenki számára egyedi, az adott személy belső világához és körülményeihez képest. Minden ember abban a világban él, amit saját magának létrehozott. A rendszerszemlélet arra szólítja fel az embert, hogy egyrészt figyelje meg saját magát, másrészt vegye számításba mások reflexióit, s ezek együttese alapján nézzen szembe azzal, hogy valójában milyen feltételek irányítják a cselekedeteit, vagyis rendszerekben gondolkodjon.

Ludewig vallja, hogy egy-egy kor ember- és világképe mindig meghatározta a társadalom beteg emberhez és gyógyításhoz való hozzáállását. Ha a gyógyítás az embert autonómnak tekinti, az orvos csupán kísérője a betegnek. Ha heteronóm emberként tekint az orvos a páciensére, akkor köteles őt gyógyítani, vagyis hatalmat gyakorol felette. A modern társadalmakban a gyógyítás bonyolult tudománnyá vált, a beteg ember pedig egy mechanikus rendszerré, melyben azonban felfedezhető a remény, a félelem és a bizonytalanság dinamikája.

A klinikai elmélet tárgyáról szólva a kommunikatív folyamatok négy fázisát különbözteti meg Ludewig: a problémarendszert, a segítségkérő rendszert, a klinikai rendszert és a terápiás rendszert. A problémarendszer akkor áll fel, ha egy társas rendszerben valami problémaként értelmeződik. A probléma alapvetően a szenvedést okozó és változtatást igénylő kommunikáció.[64] A segítségkérő rendszer akkor alakul ki, amikor az érintett személyek a problémán saját erejükből nem tudnak változtatni és szakember segítségét kérik. A klinikai rendszer az a kapcsolat, melyben a segítségkérő és a segítő egy beszélgetésben tisztázza a helyzetet. Végül a terápiás rendszerben a segítségkérők és a segítők egy terápiás szerződést kötnek, melynek alapja egy közösen megfogalmazott téma. A terápiát a terapeuta határozza meg, aki a terápia folyamán maga is a terápiás rendszer tagjává válik. Ludewig pszichoterápiájának három kritériuma a hasznosság, a tisztelet és a szépség. A terápiának hasznosnak kell lennie, vagyis feltétlenül javítania kell egy negatívan értékelt állapoton. A tisztelet a terapeuta alapvető magatartására, a szépség pedig a beavatkozások kialakítási elvére vonatkozik. A terápiás cselekvés során a terapeuta feladata az, hogy közvetítsen a terápiához fűződő elvárások, a kliens és a terapeuta elvárásai között, hogy figyelembe vegye és gyakorolja a hasznosság, tisztelet és szépség elvét, végül a változások elősegítése érdekében teljesüljenek

[64] Vö. Schlippe, Arist von / Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1997. 102-115. o.

az előírt feladatok. „A segítő kompetenciája abban rejlik, hogy egy kedvező hatású beszélgetés ’építésze’ […] A terápia egy különleges párbeszéd, amelyben a terapeutát mint szerepének képviselőjét explicit módon felkérik arra, hogy beavatkozzon, tehát kérdezzen, mondja el benyomásait, vagy ösztönözzön. A terápia tehát a párbeszéd célirányos formája, a terapeuta pedig a szerepéből adódóan a tudatosan ’beavatkozó partner a párbeszédben’.”[65]

A rendszerszemléletű terápiában a terapeuta aktív, sokszor direktív, és folyamatos együttműködésre szólítja fel a segítségkérőket. Feladata, hogy felállítsa a diagnózist, vagyis felismerje, milyen feltételek alakítják ki, és tartják fenn a problémát. A diagnózis felállítása után cselekvést irányító hozzárendeléseket kell végeznie, s bizonyos eljárásokat kell kiválasztania és előírnia. Végig vezetnie kell a terápiát, majd ellenőriznie annak hatékonyságát. A rendszerszemlélet lényege, hogy a terápiás kommunikáció nem a problémára koncentrál, hanem alternatívákat keres, és a kliens nem használt erőforrásait igyekszik aktivizálni, még akkor is, ha a probléma eközben nem oldódik meg. A terápia soha nem lehet rábeszélés, vita vagy instrukció, sokkal inkább egy együttgondolkodás, igazságkeresés, mely értelmet teremt. A terápia tagjai nem győztesek és vesztesek, hanem egyenrangú, nyitott és kereső partnerek, őszinteséggel, kíváncsisággal, elfogadással és a változtatás igényével. A terapeuta fel van hatalmazva különféle beavatkozásokra, úgy mint a kérdezés, a reflektálás és a javaslattétel. Kérdései konstruktív kérdések, mindig újabbak és újabbak, melyek a terápia kontextusában új értelmezést hozhatnak. Reflektálása kommentár, mely új szempontokat hoz, javaslata pedig alternatív gondolkodásra, cselekvésre ösztönöz. Szavak nélküli párbeszédben felhasználhatja a szerepjátékot, a dramatikus játékot, a családszobrot vagy a családi táblát.

Mindezekből látjuk, hogy Ludewig fontosnak tartja a terapeuták képzését – bővítve a reflexióhorizontot, a technikákat és a cselekvési repertoárt – saját élményét és szupervízióját is. A rendszerszemléletű terápia jellemzésére a „szólisták közös improvizációja”[66] kifejezést használja, mely szerint egy profi rendezésében egy közös témát kijelölve mindenki a saját hangszerén játszik, azt behangolja, intonálja és keresi a közös hangzásokat, az azonos és különböző hangok és variációk által létrehozott harmóniát. Majd a megfelelő időben és módon visszavonul, és hagyja, hogy a közös dallam megszólaljon, majd lezáruljon.

A kórházi kezelés alatt álló betegekkel kapcsolatban Ludewig főként pszichiátriai betegekre koncentrál, akiknél a rendszerszemléletű terápia azt jelentené, hogy be kell vonni a rokonokat,

[65] Ludewig: Rendszerszemléletű terápia, 149. o.
[66] Uo. 170. o.

a terapeutákat, a gondozókat és a pácienstársakat is, sőt a klinikai osztályokat, s azoknak különböző alrendszereit is. Mégis kijelenti, hogy a gyakorlatban „szigorú, rendszerszemléletű értelemben vett kórházi terápia nincs is."[67] Rendszerszemléletű pszichoterápiát az egyéni terápiákban többnyire úgy lehet alkalmazni, hogy tudatában vagyunk annak, hogy a kliens egy problémarendszert hoz és közlésein keresztül jelen vannak családjának tagjai is. Ebben az esetben a terapeuta feladata, hogy megszólaltassa a távollévőket, vagyis elgondolkodtassa a segítségkérőt arról, hogy mit mondanak, gondolnak, tesznek ebben vagy abban a helyzetben a családrendszer jelen nem lévő tagjai. Feladatokat adhat továbbá, melyekkel bevonhatja a többieket.

A kérdésünk mindezzel kapcsolatosan az, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatban ez vajon hogy működik. Lehet-e rendszerszemlélettel lelkigondozni abban az esetben, amikor családokkal csak elvétve – vagy egyáltalán nem – találkozik a lelkigondozó. Az egyéni lelkigondozás alkalmával behozhatóak-e a rendszerbe a távollévők, illetve mennyire adekvátak a segítségkérő megjelenítései. A rendszerszemlélet szerint a rendszerben egy elem változása is elég ahhoz, hogy a többi elem változását elindítsa. Ennek értelmében tehát elég, hogy a család egyetlen tagjában – adott esetben a beteg emberben – változás induljon el, és amennyiben elegendő motivációja van a változás végbeviteléhez, ez az egész családi rendszert meg fogja változtatni. A tapasztalat szerint ezekben az esetekben a rendszer egy elemében bekövetkezett változás miatt a rendszer status quo-ja felborul, a további nyomonkövetés és családterápia híján azonban a lelkigondozó-kórházlelkész elől rejtve maradnak a változás következő szakaszai. Vagy bekövetkezik a rendszer megújulása és változása, vagy visszaáll az eredeti, rosszul funkcionáló rendszer a maga szabályaival, melyben a páciens újra megbetegszik, és az egyéni terápia csakhamar folytatható a kórházban, de vajon ezek után milyen céllal, és milyen körforgásban? A probléma orvoslását más szinten kell továbbgondolnunk. A lehetséges megoldást a kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolásában látjuk. Amennyiben a kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás egymástól való elszigetelődése megszűnik, és intézményi határokon túl képesek lesznek egymásra támaszkodni, a rendszerszemléletű lelkigondozás is új távlatokat nyerhet a kórházi és a gyülekezeti lelkigondozás találkozásában és folytonosságában.[68]

[67] Uo. 164. o.

[68] Erről bővebben szólok a dolgozat 3. fejezetében, a kórházi lelkigondozás pásztori funkciójának tárgyalásakor.

1.3.2.2. Arist von Schlippe és Jochen Schweitzer elmélete

Arist von Schlippe és Jochen Schweitzer immár klasszikusnak számító tankönyve további, a témánk szempontjából releváns szempontokat sorol fel a rendszerszemlélet jobb megértéséhez.[69] A szerzők kiemelten tárgyalják a problémák értelmezésének kérdését,[70] hiszen a rendszerelmélet szerint maga a probléma is rendszert teremt. A rendszerben fellépő probléma többé nem a rendszer diszfunkciójának kifejeződése, hanem különféle események láncolatának következménye. Von Schlippe és Schweitzer szerint a problémát négy faktor együttesen konstruálja.[71] Először is jeleznie kell valakinek a rendszerből, hogy valami nem jól működik, és szükséges megnevezni, hogy mi is a probléma. Másodszor szükség van arra, hogy a helyzetet egy vagy több megfigyelő megfogalmazza. Harmadszor a rendszer legalább egy tagjának ki kell fejeznie azt, hogy szükségesnek látja a változtatást, mert valami nincs rendben. Végül legalább egy valakinek hinnie kell abban, hogy a jelenlegi helyzet megváltoztatható. A rendszerszemléletű tanácsadás mind egészségügyi, mind szociális rendszerekben, mind szervezeti kérdésekben próbál megoldást keresni, egy problémás helyzetből egy problémamentes állapothoz az utat megtalálni.

Saját témánk szemszögéből reflektálva erre, ki kell jelentenünk, hogy a kórházi lelkigondozás egyházi rendszerben elfoglalt helye és kórházi rendszerbe integrálásának kérdése a magyarországi református kórházlelkészek számára problémát jelent, erre világítanak rá a dolgozat következő fejezetében bemutatott interjúk.[72] A bizonytalanság és a helykeresés kérdését többen is megfogalmazták, sőt több kórházlelkész egyértelműen kifejezte igényét a változtatásra. Bár sokan fásultak, még mindig akadnak olyanok, akik hisznek abban, hogy a jelenlegi helyzet megváltoztatható, hiszen visszatekintve van tapasztalatuk arról, hogyan jutottak lépésről-lépésre előrébb kórházi szolgálatuk mindennapjaiban.

Amikor egy probléma során a rendszerben a homeosztázis felborul, felmerül a kérdés, hogy a régi rendet kell-e visszaállítani vagy egy új rendre lenne inkább szükség. Amikor a kórházi rendszerbe új elemként bekerül a kórházi lelkigondozás, ez felborítja a már megszokott egyensúlyt.[73] Ha a rendszerben a régi állapotot szeretnénk helyreállítani, akkor a kórházi lelkigondozással mint a kórházi rendszer alrendszerével nem számolhatunk, vagyis el kell

---

[69] von Schlippe / Schweitzer: Lehrbuch
[70] Uo. 102-115. o.
[71] Uo. 102. o.
[72] Lásd a dolgozat 2.6. fejezetében
[73] Azon is érdemes elgondolkodni, hogy a korábbi egyensúly nem volt-e eleve mesterséges, hiszen az egzisztenciális kérdésekkel küszködő pácienst csak a betegsége felől veszi figyelembe, mintha csak test lenne. Antropológiája meglehetősen parciális és messze nem egészleges.

távolítanunk azt. Amennyiben azonban a homeosztázis felborulása után arra törekszünk, hogy egy újfajta egyensúlyt hozzunk létre, alrendszerként integrálva a kórházi rendszerbe a kórházi lelkigondozást, létrejöhet egy új status quo. A lelkigondozás megjelenése az egészlegesség irányában ad esélyt az általa megzavart látszat-egyensúly helyreállítására egy magasabb, egészlegesség-közelibb szinten. Kérdés, hogy ebben a folyamatban valóban igényli-e az adott rendszer egy új alrendszer integrálását, továbbá, hogy milyen támogatást kap a kórházi rendszer az egyházi rendszertől és az egyházi rendszer a kórházi rendszertől. Vajon milyen feltételekkel válik lehetségessé a rendet egy, a régitől eltérő renddel helyreállítani, hogyan szerveződnek maguk a rendszerek, s hogyan állhat fel egy új rend? *Prigogine* megállapítása szerint az erős hálózattal rendelkező, dinamikus rendszerekben megfelelő feltételekkel spontán kialakul a rend, anélkül, hogy azt rendezné valaki.[74] Egyes rendszerek stabilitásukat és identitásukat éppen azáltal őrzik meg, hogy állandóan nyitottak a környezetükből érkező hatásokra, s így folyamatosan változásban vannak. Előfordulhat tehát, hogy az egyensúlyát elveszítő rendszer egy egészen új formában találja meg ismét stabilitását, s nem a régire áll vissza. Ennek értelmében az lehet a reménységünk, hogy a magyarországi kórházi rendszer, a kórházi lelkigondozást integrálva egy új formában is megtalálhatja a stabilitását. Kérdés, hogy az új rend spontán szerveződésére számítunk, vagy szükségesnek látjuk, hogy ebbe egy kompetens személy beleavatkozzon, s az új rend kialakulását irányítsa és támogassa.

Von Schlippe és Schweitzer utal az önszerveződésre, vagyis az *autopoiézis* elméletére, mely szerint a rendszer reprodukálja azokat az elemeket, amelyekből áll, azoknak az elemeknek a segítségével, amelyekből áll.[75] Az autopoiétikus rendszerek környezetükből az információkat felveszik, feldolgozzák, de nem határtalanul befolyásolhatók.[76] Nem függenek egymástól, de kölcsönösen hatnak egymásra, saját összetettségüket egymás rendelkezésére bocsátják és befolyásolják egymás struktúrájának alakulását azzal a céllal, hogy a másik autopoiéziséhez hozzájáruljanak. Itt találkozunk ismét az interpenetráció jelenségével.

Témánkra tekintve ez a következőket jelenti. Az egyházi és a kórházi rendszerek autonóm rendszerekként funkcionálisan differenciáltak. Viszonylag zárt operatív rendszerként

---

[74] Prigonine különböző kémiai folyamatok önszerveződését kutatta. Disszipatív struktúráknak nevezte azokat a rendszereket, amelyekben az energiafelhasználás során a korábbi egyensúly felborul és egy új szervezeti forma áll elő. Vö. von Schlippe / Schweitzer: Lehrbuch, 63. o.

[75] Uo. 68. o.

[76] Az autopoiétikus rendszerek strukturálisan determináltak, egyetlen céljuk, hogy önmagukat reprodukálják. Operacionálisan zártak, vagyis saját elemeik segítségével működnek és nem rendszeridegen komponensekkel. Luhmann három autopoiétikus rendszert különböztet meg, az életet, a tudatot és a kommunikációt. Ezek önmagukban zárt rendszerek, vagyis egymástól függetlenül működnek, de egymás számára környezetként megjelennek. Uo. 71. o.

működnek, mert részben strukturálisan környezetükre nyitottak, vagyis nem függnek egymástól, mégis kölcsönösen hatnak egymásra. Amikor a kórházi lelkigondozás megjelenik a rendszerben, a megszokott egyensúlyt felborítja, majd beindul a rendszerek autopoiézise. Ebben a folyamatban mindkét rendszer a másik rendelkezésére áll és befolyásolja egy új struktúra kialakulását.

A rendszerszemléletű terápiára nézve von Schlippe és Schweitzer a következő megállapításokat teszi. A terápia során nem az érzésekkel foglalkozunk, mert az érzések nem beszélnek.[77] Az érzésekről való kommunikáció viszont elmaradhatatlan, a terapeutának mindig tudakozódnia kell a kliens érzései felől, soha nem tudhatja előre, hogy a kliens pontosan mit is érez. Két ember nem képes egymás érzéseibe és gondolataiba közvetlenül belelátni, vagyis az emberek alapvetően nem értik egymást.[78] A rendszerszemléletű terápia feladata, hogy felélénkítsen, kezdeményezzen, mozgásba hozzon. Egy család valamennyi tagja részese a családi kommunikációnak, annak, ami napról napra zajlik a rendszerben. A hangsúly azonban nem azon van, hogy ki hogyan nyilvánul meg, vagy milyen benyomásokat szerez, hanem azon, hogy milyen a dinamikája a családi kommunikációnak. Közös a történet, közös a paradigma és közös az, hogy mit hogyan értelmeznek. Folyamatosan ismétlődnek az interakciós sablonok, még akkor is, ha ebben mindenki vesztesnek érzi magát. Így ugyanis képesek megfelelni annak az elvárási struktúrának, melyet az idők során kialakítottak a rendszerben. Éppen ezért sokszor nem egymás megnyilvánulásaira reagálnak, hanem arra, amit a rendszer elvár tőlük, amit megszoktak. A változtatás lehetőségei redukálódnak, semmiféle új tapasztalatot nem engedélyez a rendszer. A terápiának éppen ebben az esetben lehet nagy szerepe, hiszen új látásmódot, alternatívákat mutat fel, melynek során az egyén és maga a családi rendszer is változhat.

A rendszerszemléletű terápia a családi rendszert *nyelvi rendszerként* fogja fel, mely rendszerben a családtagok beszélgetéseik során közösen munkálkodnak a valóság létrehozásán.[79] A nyelv lehetőséget kínál arra, hogy a család tagjai a valóságra reflektáljanak, azt megvitassák, s annak jelentését megfogalmazzák. Ez éppen azért fontos, mert a viták során nem az a lényeges, hogy pontosan mi a vita tárgya, hanem az, hogy a családtagok hogyan értékelik és élik meg magát a vitát. A probléma rendszert hoz létre, s ezzel a *problémarendszerrel* foglalkozik a rendszerszemlélettel rendelkező terapeuta.

---

[77] Uo. 73. o.
[78] Uo.
[79] Uo. 95k

Von Schlippe és Schweitzer szerint a rendszerszemléletű terápiák folyamán eleinte az volt a kérdés, hogy egy családban milyen az egyensúly, illetve mi történik akkor, ha a status quo felborul, később pedig az vált hangsúlyossá, hogy mit kezdhetünk a rendszerben azokkal a változásokkal, amelyeket nem látunk előre.[80] A fent felvázolt elméletek és gyakorlati tevékenységek során láttuk, hogy a rendszerszemlélet rendet és struktúrát hoz az emberi kapcsolatokba, megmutatja, ki kivel és hogyan áll kapcsolatban, s ezek a kapcsolatok milyen hálózatot alkotnak. Az is egyértelművé vált, hogy a rendszerek nem önmagukban léteznek, hanem van környezetük, s kívülről megzavarhatóak. Hogy mi tartozik a rendszer környezetéhez és éppen mi zajlik a rendszerben, annak leírása mindig ahhoz a megfigyelőhöz kapcsolódik, aki ezt a világot leírja. A világ tehát nem önmagában olyan, amilyen, hanem az észlelés által nyer jelentést. A valóság a megfigyelés aktusa során áll elő, vagyis a róla alkotott kép mindig szubjektív.[81] Ennek értelmében megváltozik a terapeuták szerepe is, hiszen senki sem ismeri jobban a problémás helyzetet, mint maga a kliens. A terapeuta csupán alkalmat teremt arra, hogy különféle valóságkonstrukciók leírásánál meginduljon a párbeszéd, s különféle lehetőségeket, alternatívákat mutat fel, majd reflektál. Mindezek után, a terápia befejeződésével valószínűleg a probléma még nem oldódik meg, de mindenképpen más megvilágításba kerül.

A rendszerelmélet szerint kétséges, hogy léteznek a terapeuták által kívülről felismerhető objektív rendszerek. Arra azonban érdemes figyelni, hogy hogyan épül fel egy rendszer, milyen szabályokkal és alrendszerekkel működik, hol vannak a határai, milyen koalíciók fedezhetők fel benne.[82] Ezek tematizálása segítség lehet a terápia során. A megfigyelő a kontextus részeként bizonyos lehetőségeket vázol fel, s ezekről lehet tovább gondolkodni.

A kórházi lelkigondozás egyházi és kórházi rendszerben való helykeresésének leírása kapcsán is feltehetjük a kérdést, hogy mi a valóság? A jelen dolgozatban felvázolt helyzet egy megfigyelő észlelése, aki úgy látja, hogy ez is egy folyamat, mely időről-időre változik, ezért szükséges az érintett rendszereknek állandóan párbeszédet folytatniuk. Mivel úgy tartjuk, hogy a valóság párbeszédben alakul, ezért láttuk szükségesnek a témát sokféle oldalról megközelítve a kutatás során kórházlelkészek megkérdezését.[83] Erről bővebben beszámolunk a következő fejezet során.

---

[80] Uo. 50-51. o.
[81] Uo. 52. o.
[82] Ezzel foglalkozik a kibernetika, Uo. 53. o.
[83] Lásd s dolgozat 2.5. és 2.6. fejezeteiben

1.3.2.3. Összegzés

A szociológiai, a pszichológiai és a pszichoterápiás megközelítések után összegzésképpen a rendszerszemléletű gondolkodásmód legfontosabb alapfeltevéseit hét tételben foglaljuk össze.[84]

Az első tétel szerint minden élő rendszer a homeosztázisra törekszik és képes a változásra. „Az emberi közösségek állandóan a status quo megtartására (morphostatikus) és annak megváltoztatására (morphogenetikus) törekvő folyamatok kölcsönhatásában élnek."[85] Ez a két erő folyamatosan hat egymásra a rendszerben, és jó esetben egyensúlyra jut. Ez a homeosztázis elve.

A második tétel arról beszél, hogy a térkép nem ugyanaz, mint az ország. (Als-ob – Vorgehen – mintha eljárás). Amikor egy térképet veszünk a kezünkbe, a világ egy szegletének absztrakcióját, paradigmáját látjuk, de nem a világot tartjuk a kezünkben. A térkép nem azonos az országgal csupán egy másodlagos valóságalkotás. Minden ember rendelkezik egy úgynevezett belső térképpel. Ez a belső térkép egyrészt a génjeink által hordozott információk, másrészt a világról, az életről, az emberről alkotott tapasztalataink és nézeteink összessége, de soha nem azonos a valósággal. Ahány ember van, annyiféle belső térkép létezik, mert az emberek más és más képet alkotnak ugyanarról a valóságról. A belső térképek megismerésére minden embernek szüksége van.

A harmadik feltevés szerint a rendszerben minden viselkedés értelmes és a rendszert szolgálja. A rendszer résztvevőinek, alkotóinak viselkedése soha nem értelmetlen. A rendszer egészét tekintve minden magatartásnak van értelme és célja a rendszer fejlődésében.

A negyedik tétel azt mondja ki, hogy a megváltozott keret új viselkedéshez vezet. Ha a rendszer keretei megváltoznak, a rendszer minden tagja reagál valahogyan az új keretre, ez szükségképpen új magatartásmódokat alakít ki.

Az ötödik feltevés szerint a jövő fontosabb, mint a múlt. A rendszerek magukban foglalják a múltat, de a jövő felé tekintenek. A múlt megváltoztathatatlan eseményeivel szemben azonban jövő még alakulhat.

A hatodik állítás szerint kis változások a rendszerben nagy változásokhoz vezetnek. Vagyis a rendszerben egészen kis változások elindíthatnak egy nagy változást, nem kell tehát nagy

---

[84] Aue, Michael / Bader, Brigit / Lühmann, Jörg: Krankheits- und Sterbebegleitung, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1995. 28. o.
[85] Hézser: Miért? 16. o.

eseményeknek történni ahhoz, hogy a rendszer hirtelen egészen máshogyan működjék, mint eddig.

Végül a hetedik feltevés azt a tényt szögezi le, hogy a rendszerszemléletű terápiában a megoldások már rendelkezésre állnak. A rendszerben korábban előfordultak hasonló zavarok, melyekre a rendszer valamiféle megoldással válaszolt, hogy aztán tovább funkcionálhasson. Egy újabb zavarnál emlékeztetni kell a rendszert a már rendelkezésre álló megoldásra. Vagyis a páciensnek abban kell segíteni, hogy az életét saját erejéből hozza rendbe. A beszélgetésben emlékeztetni kell őt arra, hogy mikor került hasonló helyzetbe, és abban hogyan viselkedett, s kivételes helyzetekben mi módon sikerült visszaállítania a rendszerben az egyensúlyt. Ezeknek az emlékeknek az aktiválásában rejlenek a páciens erőforrásai.

1.4. A rendszerszemléletű lelkigondozás

A következőkben röviden felvázoljuk a lelkigondozás társadalmi kontextusát a modern és a posztmodern korban, valamint összefoglaljuk azoknak a teológusoknak az elméleteit, akik elsőként dolgozták fel a rendszerszemléletű terápiákat a lelkigondozás számára.[86] Kiemelten foglalkozunk Peter Held és Christoph Morgethaler elméletével, melyek valamennyi rendszerszemléletű lelkigondozásról szóló továbbképzés alapját képezik német nyelvterületen, ezért meglátásunk szerint részletesebb ismertetést érdemelnek. Amint arra korábban utaltunk, a német és a magyar társadalmi, egyházi és egészségügyi rendszer hasonlósága miatt elemzésünkben – számos rendszerszemléletű munka közül – a német és a svájci elméleteket részesítjük előnyben.[87]

1.4.1. „Rendszerszemléletű gyakorlat a lelkigondozásban”[88] – Peter Held

Peter Held szerint a posztmodern pluralitás mind az életformának, mind a tudománynak, mind az emberek orientációinak átláthatatlan sokszínűségét hozta, és ezzel a teológiának is számolnia kell.[89] A keresztyénség már nem az egyetlen orientációs lehetőség, a tradíció már nem hordoz

---

[86] Hazai szerzők eredményeinek kiemelt megbecsülése okán hangsúlyozzuk Hézser Gábor és Kaszó Gyula munkáit ebben a témában. Kaszó Gyula bevezetésünkben idézett művét a következő alfejezetekben azért nem ismertetjük részletesebben, mert nem ad önálló rendszerszemléletű koncepciót, hanem a meglévőket alkalmazza a börtönlelkigondozás helyzetére nézve.

[87] Az angolszász szakirodalom szintén érdemes a továbbgondolásra, ennek tárgyalása azonban meghaladja e dolgozat kereteit. Hogy mégis ízelítőt kapjunk ebből, a dolgozat 2.2.1. fejezetében a kórházi lelkigondozó-képzés kezdeteinél találkozhatunk vele, majd a 2.2.4. fejezetben rövid betekintést nyerhetünk a brit kórházak lelkigondozói gyakorlatába.

[88] Vö. Held, Peter: Systemische Praxis in der Seelsorge, Matthias Grünewald Verlag, Mainz, 1998.

[89] Held: Systemische Praxis in der Seelsorge, 23. o.

akkora erőt a társadalom számára, mint korábban. Új utak és új lehetőségek állnak az emberek előtt, az egyén számtalan lehetőség közül választhat. Held véleménye szerint a római katolikus és a protestáns tradíció egyaránt zárt tanrendszert képez, az ideológiák pedig a 21. századi emberben gyanút keltenek. Ha a tanítás csak a régi formákhoz ragaszkodik, tanait a mai kontextus figyelembevétele nélkül hirdeti, képtelen a változásra, sokkal inkább a múlt biztonságosnak vélt rendszerében él, akkor a jelen embere nem találja benne a helyét, lehetőségeit, elfordul tőle, más utak után néz. Tudomásul kell venni, hogy a teológia rendszere, a kijelentés és az egyház éppen úgy alávetettje a posztmodern változásoknak, mint a társadalom, hiszen az egyház is a társadalom része. A teológiának ma *nyílt rendszerré kell válnia* az életben maradáshoz.[90]

A Heidelbergi Modellre, főként Helm Stierlin rendszerszemléletű terápiájára reflektálva, Held konkretizálja annak alapfeltevéseit és konzekvenciáit a teológia és a keresztyén lelkigondozás számára.[91] Stierlin rendszerszemléletű terápiájában kulcsfogalom a „bezogene Individuation" vagy a *koindividuáció,* az individuum és a rendszer kapcsolata.[92] Mindezt Held úgy értelmezi, mint amely pozitív lehetőség arra, hogy az ember az egyre komplexebbé váló világban mind inkább képes legyen differenciálni önmagát, saját érdeklődését, igényeit, kapcsolati formáit és világnézetét. [93] Az egyénre mint Isten teremtményére, Istennel és emberekkel való kapcsolatának és rendszereinek kontextusában tekint. Az életet átmenetinek tartja, az embert ebben a világban otthontalannak látja, aki szüntelen keresésben, másokkal való kommunikációjában alakítja ki saját életét és valóságát. Held szerint a keresztyén lelkigondozás alapvetően az egyénre koncentrál, klasszikus témái az individuum szabadsága, joga, morális felelőssége, az egyén egzisztenciája, lelkiismerete, vétke.[94] Jézus Krisztus evangéliuma azonban nem csupán az individuális hitre figyel, hanem a politikai és társadalmi kérdésekre, sőt a keresztyénség közös felelősségére is. A tanítványokat egyenként szólítja meg

---

[90] A reformáció *„semper reformanda"* tana a 16. században talán éppen a rendszer nyitottságának szükségességére utalt, csak időközben megfeledkezett róla az egyház. A reformáció ma is szükséges, a régi formáció és a Szentírás alapján a posztmodern kor emberének megfelelő hangon, nyelven és kontextusban. Jézus Krisztus saját korának megfelelő módon hirdette az evangéliumot, tárgyalt sokakat érintő kérdéseket, s mondta el tanításait, beszédeit. Éppen azért jutott el lélektől lélekig minden szava, mert az akkori emberekhez szólt, s azoknak életét, aktuális kérdéseit, szociális problémáit, környezetét maga is megélte és figyelemmel kísérte. Kora emberéhez szólt, miközben saját küldetéséhez hű maradt. A 21. század posztmodern világában az egyháznak hasonlóképpen kell jelen lennie, a jelenkor emberéhez szólva, annak életét, környezetét, problémáit, aktuális kérdéseit ismerve, s közben a kijelentéshez, Krisztus testéhez, az anyaszentegyházhoz hűnek maradva szolgálnia.

[91] Held: Systemische Praxis in der Seelsorge, 83kk

[92] Uo. 100. o.

[93] Stierlin, Helm: Conflict and Reconciliation; a study in human relations and schizophrenia, Anchor Books, Doubleday & Company, New York, 1969. 179-180. o.

[94] Held: Systemische Praxis in der Seelsorge, 101. o.

és hívja el Jézus, de közösségbe helyezi őket, s ezzel az individuum és a rendszer kapcsolatát támogatja. A rendszerszemléletű lelkigondozásnak tehát a kapcsolatokat kell előtérbe helyeznie, a párkapcsolatot, férjet és feleséget, a családot, szülőt és gyermeket, továbbá a munkahelyi, baráti és egyházi közösségeket.

Held újra és újra visszatér a rendszerszemlélet azon alapfeltevéséhez, hogy *nincs megfigyelőtől független valóság*.[95] A valóság mindig az egyes ember konstrukciója, amit az ember kimond, leír, tényként megállapít, az soha nem lehet mindenki számára érvényes, objektív valóság, csak szubjektív megfogalmazás, melyben az egyén saját megfigyelése tükröződik. Ugyanazt az eseményt vagy személyt többen többféleképpen élik át, mondják el, értékelik és adják tovább, tehát az ember által megfogalmazott valóság mindig csak szubjektív valóság lehet.

Ennek értelmében a magunk részéről szeretnénk tovább gondolkodni arról is, hogy az Istenről való beszéd vajon szubjektív vagy objektív valóságról szól, fides objektiva (quae creditur) vagy fides subjektiva (qua creditur)? A rendszerelmélet szemszögéből nézve, amennyiben nincs megfigyelőtől független valóság, az Istenről való beszéd is csupán emberek által konstruált rendszer, a teológia individuális keresztyének szubjektív valóságkonstrukciója. A Biblia könyvei emberek megtapasztalásai Istenről, különféle élethelyzetekben, különféle korszakokban, különféle filozófiai rendszerekkel, valamint egyéni megfogalmazásokkal és értékelésekkel a háttérben. A teológia ezek alapján igyekszik összefoglalni különféle leírások azonos jelentésrendszerét és értelmezéseit, Istenről és emberről alkotott képét, s a törvényről, bűnről, megbocsátásról, megigazulásról, egyházról és sákramentumokról szóló legfontosabb tanításait. A megfigyelőtől függő valóság elve szerint bizonyos kérdésekre felekezetenként más és más válasz születik, s a keresztyén teológia így válik szerteágazóvá, bizonyos kérdésekben egészen különbözővé, sőt szétszakadozottá. A rendszerszemlélet szerint tehát úgy tűnik, nem létezik objektív teológia, az Istenről való beszéd mindig függ a megfigyelőtől, tehát szubjektív. Véleményünk szerint mind szubjektív, mind objektív teológiáról beszélhetünk. A teológia szubjektív, amennyiben a Kijelentést Isten munkáinak tükrében igyekszik megérteni, a teremtett világból véli kihallani az isteni kijelentést. Ez a szubjektív teológia az „eltompult ember”[96] próbálkozása arra, hogy Istent megismerje, és a róla való ismeretet szavakba foglalja. De ahogy *Kálvin* mondja, „hiányoznak a természettől való képességeink ahhoz, hogy felemelkedjünk Isten tiszta és világos ismeretére, még sincsen semmi mentségünk, mert az

[95] Uo. 217. o.
[96] Kálvin János: Tanítás a keresztyén vallásra, MRE Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Budapest, 1991. 19. o.

eltompultság oka bennünk van […] mert ugyanakkor, amikor a világmindenség szemléléséből az istenségnek némi ízét élvezhetjük, az igaz Istent elhanyagolva, álmokat és agyunk ábrándképeit állítjuk annak helyére."[97] Kálvin természetesen nem beszél objektív és szubjektív teológiáról, éppen az Isten igéjét mellőző „objektív" teológiát kárhoztatja, amelyben az ember azt hiszi, hogy képes az ige nélkül is, a tárgyi valóság szemléléséből megérteni Istent.

Isten a Kijelentésben közli üzenetét az emberrel, tehát a Kijelentés nem szubjektív, hanem objektív, de abban a pillanatban, hogy emberi megfogalmazásban jut kifejeződésre, átszűrődik az emberi szubjektumon. Amikor a lelkész textust választ és arról igehirdetést fogalmaz meg, nem tudja kikapcsolni saját személyiségét, gondolatait, így lesz egy bibliai szakaszról való prédikáció a szubjektum produktuma.[98] A prédikáció és maga a teológia is az ember által megfogalmazott isteni üzenet a Teremtő és Megtartó Istenről, valamint a teremtett valóságról. Isten nem ad teológiát, hanem csak üzeneteket közöl, amiből az ember alkotja a teológiát. A kijelentés valóban objektív, de emberi szavakba öntése szubjektívvé teszi azt. Szubjektivitástól mentes teológia nincs, sőt a leghitelesebben objektív teológia egyben a legszubjektívebb is, mert művelője egészen Istennek ajánlotta fel magát. A testimonium Spiritus Sancti internum biztosítja a szubjetumon át is az üzenet objektivitását.[99] „Eredménytelenül kiáltoznának a tanítók (doctores), ha Krisztus maga, mint belső tanító (interior magister), Lelkével magához nem vonzaná azokat, akiket az Atya neki adott (Jn 6,44)."[100]

Held kiemeli, hogy a rendszerszemléletű terápiában a terapeutának *neutrálisnak* kell maradnia, csak így működhet közre hatékonyan a rendszerek gyógyításában.[101] Hogy a rendszer tagjaival szemben meg kell őrizni a semlegességet, és a lelkigondozó nem állhat az egyik vagy másik egyén oldalára, az egyértelmű követelmény. Fel kell tennünk azonban a kérdést, hogy vajon az értékek terén hogyan valósulhat meg a semlegesség? A hitvallásos közösséghez tartozó lelkigondozónak valóban semlegesnek kell lennie, vagy a fontos értékek mellett nyíltan ki kell állnia? Ha a lelkigondozó neutrális marad, akkor vajon az egyház rendszerét szolgálja-e? Illetve, hogy egy lelkigondozó-kórházlelkésznek egyáltalán az egyház rendszerét kell-e szolgálnia, esetleg a kórház rendszerét vagy a segítségkérő ember problémarendszerét? A lelkigondozó a rendszerszemléletű lelkigondozásban maga is a páciens által hozott

---

[97] Uo.
[98] Lásd: Haendler, Otto: Die Predigt. Tiefenpsychologische Grundlagen und Grundfragen, Walter De Gruyter, Berlin, 1960, 46-53. o.
[99] Kálvin: i. m. 24-25. o.
[100] Uo. 121. o.
[101] von Schlippe / Schweitzer: Lehrbuch, 119-120. o.

problémarendszer részévé válik, aki bizonyos értékek, célok és egy szociális rend érdekében lép akcióba. Ezzel tulajdonképpen egy szociális felülvizsgáló szerepébe bújik, vagyis úgy tűnik, hogy elsősorban a segítségkérő problémarendszerét szolgálja, s az egyház vagy a kórház rendszerének szolgálata ezután kerülhet szóba, bár bizonyos értelemben mondhatjuk, hogy már a problémarendszert szolgálva is jelen van. Meglátásunk szerint a lelkigondozó-kórházlelkésznek bizonyos szempontból az egyház és a kórház rendszerét, valamint a beteget is szolgálnia kell, mégis elsősorban Istent. Lelkigondozói szolgálatában és beszélgetéseiben Isten elhívott szolgájaként a felsorolt rendszereket olyan értelemben szolgálja, hogy az egyházi rendszer küldötteként a kórházi rendszerben végzi Isten szolgálatát, és a beteggel együtt keresi Isten akaratát, amivel bekapcsolja a beteget az egyház rendszerébe, amely az Isten akaratát keresők és cselekvők közössége.

A *gyógyulás és gyógyítás* kérdésével kapcsolatosan Held fontosnak tartja, hogy a rendszerszemléletű terápia nem arról szól, hogy a terapeuta ismeri a gyógyulás útját, a páciens pedig nem.[102] A kapcsolat egyenrangú, sőt a kliensnek kell rendeznie a saját életét, kapcsolatait, neki kell megoldania a problémát és megkeresni a boldogulás útját. A terapeuta szerepe abban van, hogy segít megtalálni mindehhez a legmegfelelőbb családi konstellációt és kommunikációt, felelőssége a folyamatra vonatkozik, nem a tartalomra. A teológiában a gyógyulás (Heilung) és az üdvösség (Heil) fogalma hasonló, de nem lehet összekeverni a kettőt, különben az előbbiek alapján az önmegváltást emlegetnénk, amiről nem lehet szó. A gyógyítás mindig a megoldandó problémára és a jelenlegi nyomorúságra vonatkozik. Az ember a szenvedésben elhagyatottságot él meg, alapvető diszharmóniát tapasztal, és él benne a vágy, hogy ezt legyőzze és ismét testi-lelki harmóniában éljen, keresi azt az utat, amelynek vége a gyógyulás, a békesség, a vágyott harmónia. A gyógyulás kérdése valamennyi vallásban transzcendens perspektívát hordoz. A vallások általában, s így a keresztyénség is a transzcendenssel, az Istennel való egyesülésben látja a gyógyulás útját.[103] Jézus Krisztus isteni erővel gyógyít, isteni természetével győzi le az emberi természet szenvedéseit. Az emberi erő kevésnek bizonyul és erőtlenséggé válik, az isteni erő működésbe lép és teremt. A szenvedés mégis az e világi élet velejárója, csak a túlvilágon szabadul meg tőle végleg az ember, Istennel való találkozásában és örök életében.

[102] Uo. 106. o.
[103] Uo. 108. o.

A gyógyítást és az üdvösséget Jézus Krisztus gyógyító munkája köti össze, aki elsődlegesen azért jött, hogy Isten és ember kapcsolatában hozzon gyógyulást. A gyógyítás ilyen értelemben üdvösség esemény, mert akinek üdvössége van, az lehet akár egészséges, akár beteg is. A régi teremtés elvetteik romlandóságban, s az új teremtés életet kap a romolhatatlanságban.[104] A hangsúly az üdvösségen van. Isten terve az ember egész volta, egész-sége, de a lelki egészség áll az első helyen, mert az élet legfontosabb kérdése az, hogy az ember meglelte-e Istennél a helyét. „Nyugtalan a mi szívünk, míg meg nem nyugszik benned. Világosíts meg, Uram…"[105]
Held kiemeli az *idő* szerepét a rendszerszemléletű terápiában, mely a múlt és a jövő között a jelent igyekszik megérteni, azt folyamatként értelmezi és ezért jövőorientált.[106] Nem a problémák okait kutatja, hanem a reményteljes jövő felé néz, a kliensrendszer fejlődésére fókuszál és megoldás-orientált. A zsidóság története a Bibliában erőteljesen a múltra koncentrál, a régieket emlegeti, emlékezik. Egy-egy fordulópontnál és ünnepnél visszatekint és elbeszéli Isten hatalmas tetteit, s különböző helyzetekben az ember engedelmes vagy engedetlen jelenlétét. Ehhez hasonlóan az egyházra is jellemző, hogy a múltjából és a múltjában él, kulturális emlékek intézménye, évszázadok értékeit őrzi. Jézus Krisztus ezzel szemben a múlt ismeretében ugyan, de mindig a jövőre orientált: „Menj el és mostantól fogva többé ne vétkezz!" (Jn 8,11), s Pál apostolnál is számtalanszor találunk az élettörténet elbeszélése mellett egyértelműen a jövőre tekintő gondolatokat: „Ami mögöttem van, azt elfelejtve, ami pedig előttem van, annak nekifeszülve futok egyenest a cél felé." (Fil 3,14). Held szerint a lelkigondozás rendszerszemléletű gyakorlata a teológia múltra figyelése és a rendszerszemlélet jövőre orientáltsága között keresi a helyét.
Az *autopoiétikus rendszerekről*[107] Held a radikális konstruktivizmussal való összefüggésben gondolkodik, ezeket önmagukat reprodukáló, élő rendszerek tartja, amelyek teljes autonómiával rendelkeznek, s a homeosztázis felborulása után nem külső beavatkozással, hanem saját elemeik segítségével állítják helyre önmagukat. Ennek alapján úgy tűnik, hogy az autopoiézis elve ellenkezik azzal, hogy az igehirdetés vagy a lelkigondozás során az egyén

---

[104] Vö. 1Kor 15,42
[105] Augustinus, Aurelius: Vallomások, Gondolat Kiadó, Budapest, 1987. I.I.1. 23. o.
[106] Uo. 105-106. o.
[107] Az élő rendszerekre szüntelenül hat a környezetük, és ilyen módon meg is zavarhatja azokat. A megzavart rendszerek helyreállását az autopoiézis, vagyis önszerveződés segíti, mely azt jelenti, hogy a rendszer saját elemeinek a segítségével reprodukálja saját elemeit. Az autopoiétikus rendszerek strukturálisan determináltak, vagyis bizonyos határok között képesek változni anélkül, hogy autopoiétikus szervezetüket elveszítenék. Nincs más céljuk, mint hogy önmagukat reprodukálják. Operacionálisan zártak, vagyis saját elemeikkel és nem rendszeridegen komponensekkel működnek. Lásd: Kriz: Systemtheorie für Psychoterapeuten, 82-88. o. Vö. von Schlippe / Schweitzer: Lehrbuch, 67-70. o.

befolyásolható, ugyanis más az emberképe. Nem veti kritikai kontroll alá az embert, nem olvassa rá a vétkeit, nem ítélkezik, és nem rója ki a büntetést, sokkal inkább az ember autonómiájára koncentrál. Ugyanakkor az érintett egyén sem bújhat el egy teológiai vagy egyházi rendszer mögé, hanem önmaga kerül előtérbe, és kapcsolataiban saját felelőssége. Oswald Bayer szerint az ember élettörténete poiézis, de nem önmaga alkotja meg azt, hanem Isten, s így lesz az autopoiézisből teopoiézis.[108] Isten az egész világtörténelem szerzője, az a poéta, aki Igéje által az ember élettörténetét megírja. Az ember Istentől tudhatja meg élete történetét, a poéma értelmét, s akkor jut békességre, ha rájön, hogy Istennél meg van írva az élettörténete.[109] Felmerül azonban a kérdés, hogy hol van akkor az ember szabadsága. Az ember szabadsága abban áll, hogy lehetősége van arra, hogy igent mondjon Isten poiézisére.

Held újrafogalmazza a *bűn fogalmát*.[110] Hangsúlyozza, hogy a rendszerszemléletű terápiában nem lehet a bűnt csupán az egyén szemszögéből nézni. A bűn mindig kapcsolati konfliktust jelez, ezért az érintett személy kapcsolatrendszerének kontextusában kell vizsgálni. Mindez a helyzet feltérképezését és a megértést segíti, de nem jelenti azt, hogy az érintett személy saját kontextusának áldozata marad, sőt Isten kegyelméből megújulva, felelős saját élettörténetéért, jövője alakulásáért. Bár a rendszerszemléletű lelkigondozó a bűnt a lelkigondozott kapcsolatrendszerében vizsgálja, az egyént nem mentheti fel saját felelőssége alól. A bűn Istennel való szembeszegülés, aki elköveti, nem azzal ellenkezik, amit tenni kell, hanem azzal, aki ezt számára meghatározza. A bűnös ember elsősorban Istennel szemben engedetlen. A bűn tehát ilyen értelemben rendszerprobléma, Isten és ember kapcsolatának tönkremenetele, melynek következménye az ember és embertársa kapcsolatának elmérgesedése is. Éppen ezért tűzheti ki céljául a rendszerszemléletű lelkigondozó, hogy a lelkigondozottat kapcsolatainak helyreállításában és a megbékélésben segítse, elsőrenden Isten és ember, majd ember és embertársa, ember és önmaga között.[111] Held a lelkigondozást „professzionális és/vagy önkéntes szolgálatnak tartja az egyház kontextusában, melynek célja, hogy az embert támogassa és kísérje a 'bezogene Individuation' folyamatában."[112]

Összefoglalva a rendszerszemléletű lelkigondozás elméletét és gyakorlatát, Held azt emeli ki, hogy egy lelkigondozói beszélgetésben a lelkigondozó nem úgy tekint lelkigondozottjára, mint

---

[108] Bayer, Oswald: Autorität und Kritik, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen 1960, 53.o. Vö. Bayer, Oswald: Gott, als Autor. Zu einer poietologischen Theologie, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen, 1999.
[109] Vö. Siba Balázs: Isten és élettörténet. A narratív identitással kapcsolatos kutatási eredmények gyakorlati teológiai jelentősége, Loisir Könyvkiadó, Budapest, 2010. 77-108. o.
[110] Uo. 105. o.
[111] Vö. Piper: Meghívás beszélgetésre, 19. o.
[112] Held: Systemische Praxis in der Seelsorge, 220. o.

egy egyedülálló személyre, s nem egyszemélyes terápiát folytat, hanem a pácienst a család tagjaként szemléli, sőt tekintettel van az érintettet befolyásoló és meghatározó egyéb szociális rendszerekre is. Az individuumra a társadalom részeként tekint. A rendszerszemléletet a konstruktivizmus és a többszemélyű perspektíva különbözteti meg más koncepcióktól.[113] Az ember mint egyéniség, önmagában egy komplex rendszer, de több más, nála nagyobb (pl. biológiai és szociális) rendszernek a része. Ezek a rendszerek egymással állandó kölcsönhatásban állnak. Közösségi rendszereiben, kapcsolataiban az ember kommunikációs képességét folyamatosan gyakorolja. Ha kommunikációjában zavarok keletkeznek, ez hatással van az egész rendszerre. A rendszerszemléletű lelkigondozásban a lelkigondozó ilyen dinamikus rendszerekkel találkozik a lelkigondozottak életén keresztül, felderíti a kommunikációs zavarokat, és a kölcsönhatásokra figyel. Rövid beszélgetésekben a kommunikációs zavarok megszüntetésére, a változtatásra, és az önalkotó képességre épít. Egy komplex meghatározásban, a rendszerszemléletű terápia „professzionális körülmények között, komplex bio-pszichoszociális rendszerekben teremti meg a feltételeit annak, hogy beinduljon egy önalkotó rendszerfolyamat. A rendszerszemlélet (kibernetika, szinergetika, káosz- és autopoiézis teóriák) a konstruktivizmus koncepcióira építkezik, hozzácsatolva a családszociológiai és családpszichológiai kutatásokat, és integrálva más terápiás irányzatok impulzusait."[114]

1.4.2. „Rendszerszemléletű lelkigondozás"[115] – Christoph Morgenthaler

Helddel szemben *Christoph Morgenthaler* szétválasztja a rendszerszemléletű terápia alapelveit és a konstruktivista előfeltevéseket, kritikusan szemléli a radikális konstruktivizmust.[116] Rendszerszemléletű lelkigondozásában konzekvensen az egyénre koncentrál, szem előtt tartva széleskörű társadalmi összefüggéseket.[117] A lelkigondozás során az egyes ember viselkedését nem önmagában elemzi, hanem mindenkori kapcsolati rendszereinek kifejeződését látja és láttatja benne.[118] Vallja, hogy „a rendszerben minden mindennel összefügg."[119]

---

[113] Uo. 217-218. o.
[114] Morgenthaler, Christoph: Systemische Therapie, in: RGG, 4. völlig neu bearbeitete Auflage, Bd. 7. Tübingen, 2004. 2018. o.
[115] Vö. Morgenthaler, Christoph: Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, 4. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2005.
[116] Zillich-Limmer, Simone: Systemische Therapie und Praktische Theologie. Impulse aus der Beratungspraxis für eine grundlegende Verhältnisbestimmung, LIT Verlag, Berlin, 2012. 186. o.
[117] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 19. o.
[118] Uo. 62. o.
[119] Uo.

Családdinamikai szemlélete a *gyászoló családok lelkigondozása* kapcsán kezdett kialakulni. Véleménye szerint a gyászban nem egy ember gyászol, hanem mindig egy egész család, s a gyász megélése a családtagok családban elfoglalt helyétől és betöltött szerepétől is függ. Működik a családrendszer ereje, mindenkinek megvannak a jogai és kötelességei, s a fájdalomban a régi normák és szabályok aktivizálódása mentén alakulnak a szerepek. Morgenthaler a gyászfeldolgozás kapcsán, a rendszerszemléletű gondolkodás és a lelkigondozás számára az alábbi következtetéseket vonja le: „Fontos, hogy az észlelések alkalmával jobban koncentráljunk az emocionális folyamatra, és kevésbé a tüneti tartalomra. […] Ennek a folyamatnak (mint egy bizonyos ember gyásza) a következményét nem az okok lineáris láncolatának a végpontjaként, hanem a kommunikációstruktúra részeként kell értelmezni. […] Kísérletet kell tenni arra, hogy egy rendszerben megértve kísérjük azt az embert, aki a nehézségeit felfedi, és így lehetővé tegyük számára a változtatást, más stratégiákat választva. […] Egyes emberek viselkedésének előrejelzéséhez nem csak az a fontos, hogy az individuális pszichodinamikába belehelyezkedjünk. Az előrejelzések csak akkor működnek precízen, ha rendszerben gondolkodunk az adott emberek pozíciójáról."[120]

A gyász folyamatának megértése és egy bizonyos szakaszban a gyászolók kísérése fontos feladat a kórházi lelkigondozás terén. A lelkigondozó-kórházlelkész – bár ritkán adódik alkalma beszélgetni a páciens hozzátartozóival – a haldokló vagy az eltávozott beteg mellett rendszeresen találkozik a gyásszal, egyrészt a család búcsúzásával, másrészt a nővérek, orvosok sajátos küzdelmével szembesülve. A gyülekezeti lelkészekkel szemben a kórházlelkész lehetőségei ebben a lelkigondozói folyamatban mások, hiszen a betegek hozzátartozóival kapcsolatban többnyire nincs alkalma arra, hogy egy gyászfeldolgozást végigkísérjen. Akkor és ott van azonban jelen, amikor más még nem tud segíteni, s adott időben és helyen kísérheti a gyászolót, s megfelelő kapcsolati rendszerrel rendelkezve később delegálhatja őt.[121]

Morgenthaler a lelkigondozói folyamatban az egész családra, a családtagok közti viszonyokra, kommunikácókra és kölcsönhatásokra figyel az adott kontextusban. Az emberre úgy tekint, mint különféle pszichikai erők és struktúrák rendszerére, amely széleskörű szociális rendszerek hálózatában szerveződik és formálódik.[122] A belső pszichikus konfliktusokat különféle kisiklott folyamatok szimptómáiként értelmezi, és azt vallja, hogy az ember Istennel való megbékélésre

---

[120] Uo. 63. o.

[121] Esetenként arra is sor kerül, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészt kérik fel a temetési szolgálatra. Ezzel kapcsolatban a gyász folyamatát igény szerint végigkísérheti. A gyászolók lelkigondozásáról és a gyászistentiszteletekről a dolgozat 3.4.4 fejezetében bővebben szólunk.

[122] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 17. o.

vágyik és törekszik. A lelkigondozást az egyes emberrel és rendszereivel való munkának tartja, melynek középpontjában az interpátia, a kooperáció, a felhatalmazás és a közös alkotás áll.[123] Az egyént kommunikációs folyamatokban látja egy kapcsolati mezőben.[124] *Az egyénre és annak kapcsolati rendszereire* fókuszál, családon belüli szövetségkötésekről, triádokról és koalíciókról beszél, melyek befolyásolják, és meghatározzák az egyén reakcióit különféle élethelyzetekben. A család rendszerében megnyilvánuló kapcsolatokat a következő fogalmak köré rendezi: diádok; alianszok és koalíciók, és a triádok.[125] Fontosnak tartja a *családi genogramm* készítését, amely segít megérteni a rendszert, a kapcsolatokat generációk, nemek és családtagok között a múltban és a jelenben egyaránt. A család rendszerében a diádok, koalíciók és alianszok, és a triádok behálózzák egymást, hatással vannak a kapcsolatokra, viszonyokra, viselkedésmódokra. Mindezekkel együtt érkezik a lelkigondozott a lelkigondozóhoz, ahol bekapcsolódik a rendszerbe maga a lelkigondozó is. Ebben a beszélgetésben ilyen módon – a lelkigondozott és a lelkigondozó személyében – két családrendszer találkozik. Éppen ezért tartja fontosnak Morgenthaler, hogy a lelkigondozó a maga családrendszerével tisztában legyen, megfelelő önismerettel és önreflexióval rendelkezzen.[126] A későbbiekben erről is szólunk néhány szót.

A kérdés most már csak az, hogy hogyan tudjuk ezeket a rendszeres összefüggéseket egy-egy családrendszerben analizálni, illetve mi módon érthetjük meg a kapcsolatok, az észlelések és értékelések rendszerét. Guntern nyomán Morgenthaler a következő kérdéseket teszi fel a tranzakcionális mintázatok elemzése során.[127] Hogyan definiálom a rendszerben a problémát? Mit visznek be a családi beszélgetésekbe és az együttélésbe az egyének, a diádok, és a triádok? Milyen határvonalak vannak a rendszerben? Hogyan épülnek fel a családi hierarchiák, és

---

[123] Uo.

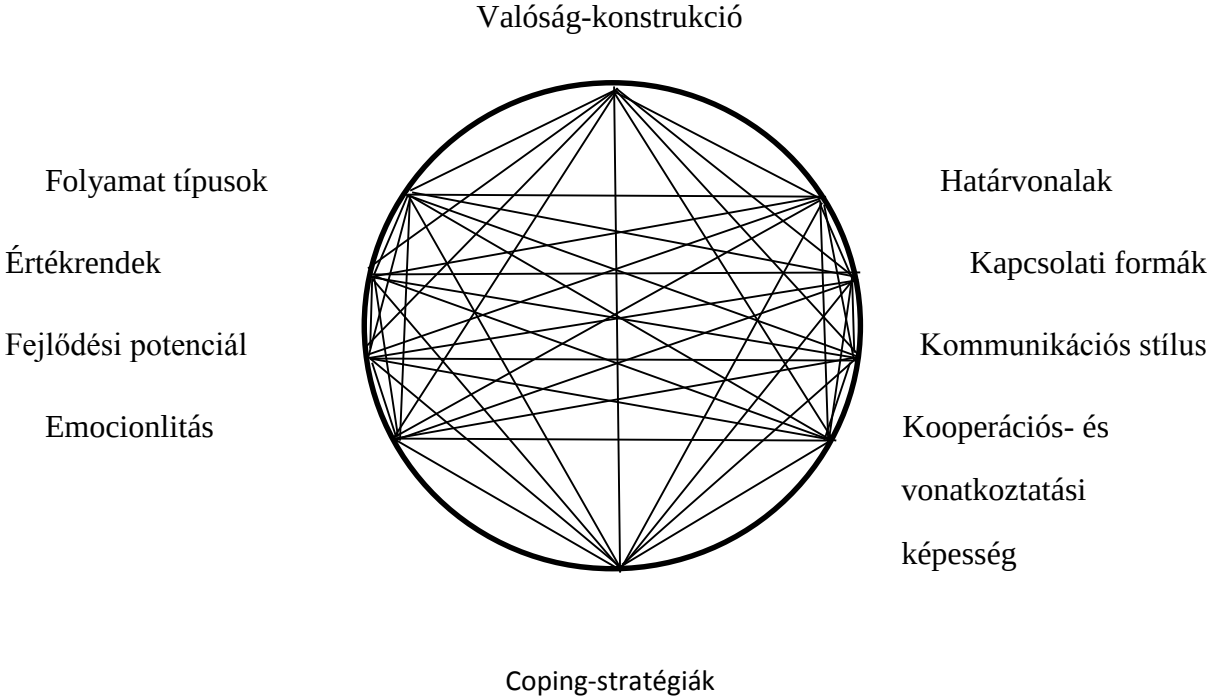
[124] Morgenthaler, Christoph: Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis. 4. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2005.

[125] Az aliansz két családtag szoros kapcsolatát jelöli, mely kapcsolatban nem szövetkeznek senki más vagy mások ellen a családban. A koalíció szintén két családtag szövetsége, mely legtöbbször titkos, s a családon belül egy másik családtag, vagy másik szövetség ellen irányul. A triád három családtag szoros kapcsolata, alapvetően az apa, anya és a gyerek hármassága, mely a szülők fantáziájában elkezdődhet már a gyermekvárás alatt, majd folytatódik a születés után. E mag-triád egy fejlődési folyamaton megy át, olykor előrébb jut, máskor pedig visszaesik. A triád tagjai bármilyen szerepet felvehetnek. Az apa lehet pl. gyerek-szerepben, a gyerek pedig felveheti az egyik szülő szerepét. A strukturális családterápia a triádokon belül más és más formákat különböztet meg. Léteznek ún. „merev triádok", amelyekben az egyik elem valamennyi mozgását blokkolja egy másik elem ellenmozgása és léteznek ún. „triangulációk a szülők és a gyermek háromszögében", melyekben az egyik szülő a másik szülővel szemben a gyermek támogatását keresi. Vö. Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 56-75. o.

[126] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 96-97. o.

[127] Morgenthaler Gunternt idézi, in: Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 64. o. Vö. Guntern, Gottlieb: Transaktionsmuster, in: Skript für die Ausbildung in systemischer Terapie und Beratung, Zentrum für Systemtherapie Bern, Bern (hekt.) 1998.

milyen a hatalmi struktúrák felépítése? Horizontálisan mennyire határolódnak el egymástól a rendszer különböző területei? Egy családi házban mely ajtók vannak bezárva? Mely ajtóknak – ill. alapvetően mely kibúvóknak – kell nyitva maradni? Milyen kapcsolati formák találhatók meg a rendszerben? Milyen kommunikációs stílust használnak verbális, nonverbális és paraverbális síkon? Hogyan működik a kooperáció? Milyen megoldási stratégiákkal rendelkezik a rendszer a változásokra, és a krízis szituációkra nézve? Hogyan kezelik a konfliktusokat a rendszerben? Működik-e a bűnbak-képzés? A különbségeket bagatellizálják vagy a szőnyeg alá söprik? Hogyan kezeli a család az érzelmeket? A családi életben a múlt erői dominálnak vagy nyitottak a jövőre? A családtagok csak a problémákról beszélnek vagy ismerik a megoldás felé vezető utat is? Hogy áll az egyén alkalmazkodási és a változtatási lehetőségeivel a rendszerben, és hogy áll ezzel az egész rendszer maga? Milyen lelki, szociális, kulturális, ökonomikus, vallásos orientációt találunk egy rendszerben? Milyen folyamatok jellemzik a rendszert? Most van kialakulóban a rend, vagy már a rend fenntartásán fáradoznak a tagok? Esetleg az interaktivitás központjában áll a rendszer szervezetének megváltoztatása vagy kezd feloldódni a rend a rendszerben?



4. ábra: Rendszer-organizáció: Tranzakciómodell (Guntern 1998)[128]

[128] Uo.

Összefoglalva a fenti kérdéseket és Guntern ábráját, elmondhatjuk, hogy egy rendszer megismerésénél fontos megvizsgálnunk, hogy az milyen valóság-konstrukciókból áll, és hol húzódnak a határvonalai, hogy milyen kapcsolati formák, kommunikációs stílus, kooperáció, megoldási stratégiák működnek a rendszerben, továbbá hogy milyen az érzelmek szabályozása, a kríziskezelés és az értékrend, végül, hogy éppen hol tart a rendszerfejlődés.

Morgenthaler az elmélet felől továbblép a gyakorlat felé, és közelebbről megvizsgálja, hogy mi is történik akkor, amikor a rendszer egyik tagja lelkigondozottá, azaz pácienssé válik. Mindenekelőtt a *páciens* fogalmát definiálja. A klasszikus családterápia szerint azt az egyént nevezzük páciensnek, aki egy megzavart rendszerben tünethordozóvá válik.[129] Morgenthaler Friedmant idézi, aki egy csőrendszer képét hívja segítségül ennek szemléltetésére.[130] Ha egy csőrendszerben az egyik cső eldugul, akkor nyomás alatt áll az egész rendszer. Ennek a nyomásnak az ereje valahol a rendszerben utat fog törni magának, azaz szétfeszíti a rendszert. Valahol lyuk keletkezik, de nem feltétlenül ott, ahol a dugulás történt, hanem ott, ahol a legnagyobb a nyomás és a legkevesebb az alátámasztás. Vagyis a család kinevez valakit szenvedőnek, ő lesz a tünethordozó, és ő jelentkezik lelkigondozásra. A lelkigondozónak azonban minden esetben arra kell felkészülnie, hogy a rendszerrel foglalkozzék, hiszen a probléma a rendszerben keletkezett, ezért a rendszerben lehet rá megoldást is találni. Tulajdonképpen egy olyan projekciós folyamattal áll szemben a segítő, mely általában nem is tudatos. A tünethordozó nem feltétlenül negatív magatartásával tűnik ki, hanem sokszor éppen ő az, aki a legmegfelelőbben reagál mindenre, aki helyesen cselekszik, aki szívesen segít. A családterápia első alkalmán éppen ezért nem kizárólag a pácienssel foglalkozik a lelkigondozó, hanem – lehetőség szerint – valamennyi családtaggal. Morgenthaler hangsúlyozza, hogy a rendszerszemléletű lelkigondozásban részt vesz mind az egyén, mind a család többi tagja, de végig a rendszert kell szem előtt tartani. Ennek kapcsán beszél az alrendszerekről, a kommunikációs formákról, a problémamegoldó stratégiákról, a kríziskezelésről, az értékrendszerről, melyeket korábban már felsoroltunk. A beszélgetéseket nem kizárólag azzal kell folytatnia a lelkigondozónak, aki a tüneteket produkálja. Sokszor érdemesebb azzal foglalkozni, akinek a legnagyobb hatalma van abban, hogy a rendszerben valamiféle változást

[129] Uo. 69. o.

[130] Friedman, Edwin H. : Nemzedékről nemzedékre. Családi folyamatok egyházi és zsinagógai közösségekben, Exit Kiadó, Kolozsvár, 2008. 38. o.

munkáljon. Ha ez a változás bekövetkezik, a család valamennyi tagja profitálni fog belőle, és maga a tünethordozó is megszabadul a szenvedéseitől.

Morgenthaler felhívja a figyelmet annak a *sajátos nyelvezetnek* a hatására, melyet a páciens, és a lelkigondozó is használ.[131] Amikor a páciens elmeséli a problémát, a saját perspektívájából láttatja a rendszert, a saját észleléseivel közelíti meg és tárja a segítő elé mindazt, amiben él. Saját szavaival építi fel a rendszert, s ebbe engedi belelátni a lelkigondozót. A lelkigondozó ilyen módon a rendszer részévé válik, és betekintést nyer a rendszer egy részébe, ugyanakkor ő is behozza a saját rendszerét, családtörténetét, vallását, értékrendjét.[132]

A *vallás szerepét* kiemeli Morgenthaler, mint ami a világ minden részén meghatározó része a családi rendszereknek.[133] Értékformáló, kapcsolatformáló, rendet teremtő erő. Raider szerint a vallásosság képes befolyásolni egy család struktúráját, határait és integrációját.[134] A vallás a családstruktúrában meghatározott szabályok és normák szerint rendezi el a kapcsolatokat. A családi folyamatokban nagy szerepet játszik az információk feldolgozásában, konfliktusok megoldásában, döntések meghozatalában. A határok meghúzásánál is támpontot ad, része van a szociális kapcsolatok, közösségek kiválasztásában, illetve bizonyos csoportoktól való elhatárolódásban. A családi egyensúlyban és integrációban is szerepe lehet a vallásos eszközöknek, hiszen ezek segítségével a család megfogalmazhatja, megerősítheti és integrálhatja identitását. Morgenthaler szerint a vallás jelenléte és meghatározó volta egyaránt jelenthet a család számára pozitív és negatív erőt is. Elsősorban a család és az egyén istenképétől függ, hogy milyen hatással lesz a vallás a rendszerre. Morgenthaler a lelkigondozás feladatának tartja, hogy az egyén istenkonstrukcióját a családrendszeren belül feltárja és az élettörténet tükrében elemezze.[135] Az Istenről alkotott kép a családban támogató, ugyanakkor romboló erő is lehet.

Véleményünk szerint a lelkigondozás során egy-egy bibliai történet továbblépésre ösztönözheti az embert, megerősítheti abban, hogy bűnei megbocsáttattak és felszabadulttá válhat. A lelkigondozott az imádságból erőt meríthet, vagy éppen megnyugvást találhat Isten akaratában. A hit megtartó erőt jelenthet a krízisek idején, megerősödhet az identitás, kialakulhatnak stabil

---

[131] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 71-73. o.

[132] E két rendszeren kívül is vannak rendszerek, amelyek részt vesznek egy lelkigondozói folyamatban. Egy gyászfeldolgozásban például nem csupán a terápia segíthet, hanem lehet vigasztaló hatású a zenehallgatás, a természet csendje, vagy éppen a templom és az imádság áhítata is. A vigasztalást tehát lehet keresni a család rendszerén kívül is.

[133] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 76. o.

[134] Vö. Raider, Melvyn C. : Assessing the Role of Religion in Family Functioning, in: Burton, Laurel. A. / Clements, William M. (Ed.) Religion and the Family. When God helps, Routledge, New York 1992, 165-183. o.

[135] Zillich-Limmer: i. m. 185. o.

közösségek. Különösen fontos ez számunkra a kórházi lelkigondozásban, ahol krízisben lévő, szenvedő emberek keresik a megnyugvást, kérik az erőt, sok esetben igénylik a közösség befogadó szeretetét. Ugyanakkor sajnos arra is vannak példák, hogy a vallásosság torz, romboló és patológiás formát ölt, amelyet Tomcsányi Teodóra „megbetegítő istenkép"-ként jelöl meg. „A kép nem a bibliai istenkép, hanem annak szubjektív mása. Így a megbetegítő istenkép nem a vallás átka, hanem olyan folyamatok eredménye, melyek során a személyiség kiemel és felnagyít egy tulajdonságot, és ez az egyoldalúság torzítja az istenképet." [136] A rendszerszemléletű lelkigondozás során mindig fontos szempont az, hogy az ember milyen istenképet hordoz magában, milyen kapcsolatban áll Istennel vagy egy meg nem nevezett transzcendens hatalommal, ugyanis az Istennel való kapcsolata tükröződik az emberekkel való kapcsolataiban is. „A vallásosság hozzájárulhat a család egészséges működéséhez, ugyanakkor támogathat és előidézhet patologikus kisiklásokat is."[137] A vallás hatásának ambivalens volta miatt a rendszerszemléletű lelkigondozásban a lelkigondozónak különös figyelemmel kell lennie a vallással kapcsolatos kérdésekre. A keresztyén hagyomány teológiai impulzusait a lelkigondozónak úgy kell bevinnie a beszélgetésbe, hogy az változást munkáljon.

Morgenthaler külön foglalkozik a *lelkigondozó családi hátterével*, rendszereivel, mert vallja, hogy mindez hatással van a lelkigondozó munkára, a személyes kapcsolatokra és a teológiai gondolkodásra is. A családrekonstrukció abban segít, hogy az egyén kívülről lássa az adott helyzetet, családja tagjait, és így jobban átlássa azt a családi rendszert, amiben felnőtt, s a rendszerben elfoglalt helyét, szerepét értékelni tudja. Egy ilyen családrekonstrukció sok korábbi emléket felelevenít, feltárja a családi kapcsolatokat, függőségeket, egészségtelen szerepeket, amelyek alapján újabb kérdések és válaszok születhetnek az egyénben saját családi rendszerét illetően. „Így megtörhetnek diszfunkcionális szabályok, felismerhetővé válnak hamis értelmezések, elszabadulhatnak elnyomott érzések, bizonyos magatartásmódok jobban érthetővé válnak, megkeményedett érzések feloldódhatnak, elintézetlen dolgok elintéződhetnek. A harag, gyűlölet, keserűség megértéssé, együttérzéssé és megbocsátássá alakulhat. Elválasztó falak leomolhatnak, s ez teret adhat a gyengédségnek és a közelségnek."[138] A családi gyökerek minden esetben befolyásolják a pályaválasztást, és az adott hivatásban való helytállást, szakmai karriert. Legtöbbször komoly családdinamikai, generációkon átívelő

[136] Tomcsányi Teodóra / Babály András: A lelki egészség és a vallás, in: Tanakodó, Párbeszéd Alapítvány Budapest, 1999. 313-339. o.
[137] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 93. o.
[138] Uo. 102. o.

háttere van annak, ha valaki a lelkészi hivatást választja. Morgenthaler négy területet nevez meg, amelyek a lelkigondozó pályaválasztásának kialakulásában is különösen fontosak. Az első az autonómia és lojalitás, melyben a gyermek feladja autonómiáját, hogy a családdal szemben lojális legyen. A második a parentifikálódás, melyben a gyermek szülői szerepet felvállalva idő előtti felelősségvállalásra kényszerül. A harmadik a projekció és delegáció folyamata, melyben a gyermeknek a szülő képmásaként kell helytállnia és megoldást találnia a szülők konfliktusában. Végül a negyedik a valódi és a hamis Selbst problémája, amikor az elvárásoknak megfelelni akarván a gyermekben kioltódik a valódi Selbst.[139] Morgenthaler hangsúlyozza, hogy mindazoknak, akik a lelkigondozásra elhívást kapnak, fel kell dolgozniuk saját múltjukat, szembe kell nézniük személyes történetükkel ahhoz, hogy mások szenvedésével, félelmeivel, személyes átéléseivel foglalkozni tudjanak.

A lelkészeknek szükséges saját családi hátterükkel foglalkozniuk, problémáikat feldolgozniuk, mert ezeket akarva-akaratlanul továbbviszik házasságukba, a rájuk bízottak életébe, a gyülekezet, mint család rendszerébe és saját teológiájukba is. Jellemző, hogy a lelkészcsaládokban és a lelkészházasságokban a felek általában erőteljesebben élnek meg minden konfliktust, nagyobb a szégyenérzetük, ugyanakkor folyamatosan arra törekszenek, hogy fenntartsák a harmonikus házasság képét és kapcsolati problémáikat mások elől elhallgassák. Erre késztetik őket a külső és a belső elvárások egyaránt. Konfliktusoktól mentes családi életet vár tőlük a gyülekezet, és ezt várják ők is önmaguktól. Ha feldolgozatlan problémák állnak a háttérben, a lelkészcsaládban is komoly konfliktusokra lehet számítani, amelyek a kirakatban élő lelkészcsalád és a gyülekezet életét egyaránt megkeseríthetik. Amikor a lelkész egy család lelkigondozását felvállalja, saját történetét óhatatlanul beleviszi a segítő kapcsolatba. A lelkigondozottal kapcsolatos észlelései, reakciói, meglátásai és megoldási javaslatai összefüggnek saját problémáival. Ez lehet erő a lelkigondozásban, és lehet gát, attól függően, hogy ezek a problémák feldolgozott vagy feldolgozatlan ügyek. Mivel maga a gyülekezet is családi karaktereket hordoz magán, ezért a lelkész a gyülekezetet saját családjaként is megélheti, s reakciói hasonlóak lehetnek a saját családjában szokásos reakcióihoz. Ha egy lelkész megérti a családjában jelenlévő emocionális folyamatokat, akkor ez segít neki abban, hogy a gyülekezetben végbemenő hasonló folyamatokat is megértse és megfelelően kezelje. A rendszerszemlélet alapvető tétele, hogy minden mindennel összefügg,

[139] Uo. 102-108. o. Ezzel a kérdéssel bővebben foglalkozunk a dolgozat 3. fejezetében, ismertetve Morgenthaler további meglátásait.

ezért lényeges kérdés – a lelkészek szempontjából különösen – a saját múlt feldolgozása. A lelkészek családi élete, múltja és jelen helyzete kihat a gyülekezet egészének és egyes tagjainak az életére. A lelkigondozók akkor tudnak egy rendszerben változást előidézni, ha ők maguk is képesek a változásra.

Morgenthaler a fent ismertetett írásban nem beszél külön a kórházlelkészekről. Meglátásai azonban, mint lelkigondozókra, a kórházlelkészekre is egyértelműen vonatkoznak. Annak ellenére, hogy a kórházlelkész szolgálati helye nem a gyülekezet közössége, és speciális feladata némiképp megkülönbözteti őt a gyülekezeti lelkésztől, mégis szükségesnek tartjuk, hogy saját családi hátterét és élettörténetét a rendszerszemléletű terápia segítségével feldolgozva lépjen a kórház rendszerébe, betegek és munkatársak lelkigondozását felvállalva. Ha nem is gyülekezeti közösséggel, de munkatársak közösségével és a betegeken keresztül családi közösségekkel dolgozik, melyekre kivetítheti feldolgozatlan problémáit. Mivel azt tapasztaltuk, hogy a rendszerelmélet szerint minden mindennel összefügg, megállapíthatjuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészek identitásának alakulásában is fontos szerepet játszik a saját múlt feldolgozása. Szakmai identitásuk fejlődésére továbbá hatással van az egyházi és a kórházi rendszerben elfoglalt helyük, elismertségük, támogatottságuk, feladataik meghatározása, szolgálatuk megfelelő szabályozása.

Összefoglalva Morgenthaler elméletét, meg kell jegyeznünk, hogy a rendszerszemléletű lelkigondozásban a szerző nagy hangsúlyt helyez az elméleti, a gyakorlati és a személyes aspektusok integrálására. A radikális konstruktivizmussal szemben sokkal inkább a szubjektumon orientálódik, az ember egyediségéről beszél. A lelkigondozás céljának a kapcsolati rendszerek feltérképezését és a megértést tartja, kiemelve a lelkigondozó személyét. Sok gyakorlati példával és ötlettel áll elő, melyek hasznos segítséget jelenthetnek a lelkigondozói szolgálatban.

1.4.3. „Akarsz-e meggyógyulni?” [140] – Martin Ferel

Martin Ferel Németországban az elsők között szerepelt, akik a rendszerszemléletű terápiából átvett impulzusokat beépítették a lelkigondozásba. A kizárólag az individuumra koncentráló lelkigondozással szemben alapvető fontosságúnak tartja a kontextualitást, vagyis, hogy a szubjektumot egy komplex ökológiai hálózatban lehet csak megérteni.[141] Véleménye szerint a

[140] Vö. Ferel, Martin: „Willst du gesund werden?” – Das systemische Verständnis von Krankheit und Heilung als orientierung für die Seelsorge, in: Wege zum Menschen, 1996. 359-374. o.

[141] Ferel, Martin: Thesen zu einer systemisch orientierten Seelsorge. Unveröffentliches Manuskript. Frankfurt o.J.

korábbi terápiáktól az különbözteti meg a rendszerszemléletű terápiát, hogy nem csupán a szenvedőre tekint, hanem már a kezdetektől mindenkire figyel, akit a probléma érint.[142]

Ferel alapvetően az egészség és a betegség meghatározására, összefüggéseire koncentrál. Hangsúlyozza, hogy akár testi, akár lelki betegségről beszélünk, elsősorban nem önmagában az állapotra gondolunk, hanem annak megnevezésére, körülírására és megítélésére. A betegséget szimptómák jelzik, melyek észlelhetőek és láthatóak, ugyanakkor további nem látható folyamatokra utalnak.[143] A beteg panaszkodik, s az orvos mint megfigyelő értékeli a fennálló helyzetet, vagyis a jelenség a kommunikáció kontextusában válik érthetővé. A betegség leírásának folyamatában a biológiai-testi, fizikai és szociális faktorok egyaránt fontos szerepet játszanak. Az organizmust, a pszichét és a szociális kommunikációt egyaránt autonóm, operatívan zárt rendszerként szemléli Ferel, melyek egymásnak környezetei, vagyis nem önmagukban, hanem környezetükkel együtt vizsgálva írhatók le. „A terápiában fontos szerepe van a konkretizálásnak, vagyis ezeknek a kérdéseknek: mi, mikor, hogyan, hol, milyen gyakran, mikor volt az első vagy éppen az utolsó alkalom, hogy ez vagy az történt. Ezek a kérdések segítenek kibontani a problémát vagy a szimptómát."[144] Ferel szerint a gyógyulás folyamata azzal kezdődik, hogy a problémát behatároljuk, nem dramatizáljuk, nem patologizáljuk, hogy a beteg könnyebben megbirkózzék vele, s arra a meggyőződésre jusson, hogy az adott helyzetben nemcsak áldozat, hanem van lehetősége arra, hogy valamit tegyen. Ezután cirkuláris kérdésekkel, a probléma felderítésébe a többi érintett családtagot is bevonva kerülnek felszínre új információk, amelyek új alternatívákat jelenthetnek. A megoldásra koncentrálni azt jelenti, hogy olyan kivételes időket, helyzeteket kell keresni a pácienssel, amelyek során a szimptóma alig vagy egyáltalán nem jelentkezett. Az ember saját történeteit elmesélve, majd azoktól eltávolodva találhat új megoldásokat, lesz lehetősége arra, hogy válasszon. Ferel az embert önmagában és Isten fényében szemléli, élettörténetére és azon belül betegségének történetére fókuszál. Autopoiétikus rendszernek tartja az embert, felelősnek saját élettörténetének alakulásáért.

Ferel szerint a lelkigondozás annyiban különbözik a terápiától, hogy egy bizonyos kontextusban zajlik, még pedig az egyház kontextusában.[145] A kórházi lelkigondozás sajátossága, hogy annak ellenére, hogy integrált egy kórházi rendszerbe, mégsem teljességgel

[142] Ferel: „Willst du gesund werden?" 365. o.
[143] Uo. 360. o.
[144] Uo. 366. o.
[145] Uo. 369. o.

része a hierarchiának, vagyis többnyire független léte több lehetőséget, szabadságot kínál. Ferel szerint a rendszerszemléletű lelkigondozásnak lehetősége és feladata, hogy a vallásos dimenziót észlelje a szenvedő emberrel való párbeszéd során, és arra reflektáljon, vagyis segítsen abban, hogy a zsidó-keresztyén tradíció történetei, énekszövegei, képei és szimbólumai egy új valóság konstruálásánál erőforrásként rendelkezésre álljanak.

Ferel összekapcsolja a rendszerszemléletű lelkigondozást és a keresztyén hit életszolgálatát, kiemeli a kortársakkal való dialógust. Véleménye szerint a népegyházi szituáció lehetőséget ad arra, hogy a lelkész a családciklikus folyamatokat tudatosan kísérje, az egzisztenciális kérdésekben lelkigondozói segítséget nyújtson, és együttműködjön a családi élet rekonstrukciójában. Új szemlélettel közelíti meg a bűn, a gyász, a függőség és a gyűlölet témáit, megbocsátást és szabadulást hirdet. Külön kiemeli, hogy a rendszerszemléletű lelkigondozásra vállalkozó lelkésznek szembe kell néznie saját élettörténetével, fel kell dolgoznia családbiográfiáját, és megfelelő képzést kell kapnia. Meglátásunk szerint a lelkigondozó-kórházlelkész kevésbé tudja követni a családi folyamatokat, mint a gyülekezeti lelkész, számára is alapvetően fontos azonban, hogy megfelelő képzést kapjon, s feldolgozza saját élettörténetét, majd ezek ismeretében lépjen lelkigondozói kapcsolatba saját pácienseivel.

Ferel elméletét értékelve elmondhatjuk, hogy az emberre élettörténete tükrében tekint, Istenre pedig, mint aki ebben az élettörténetben értelmezési horizontként jelenik meg. Véleményünk szerint azonban a keresztyén istenértelmezéshez képest Isten szerepét túlságosan leszűkíti, amikor csupán egy eszközről beszél, ami segít az életet magyarázni. A lelkigondozás célját a szenvedés és a magány csökkentésében jelöli meg, ami a posztmodern társadalomban valóságos igény, keresztyén szemszögből azonban kevésnek látjuk, s feltétlenül hangsúlyozzuk a kapcsolatok helyreállását Istennel és emberrel, valamint az egyén közösségbe integrálását.

1.4.4. „A lelkigondozás társadalmi kontextusa”[146] – Uta Pohl-Patalong

Uta Pohl-Patalong szerint az individuumot és a társadalmat nem lehet egymástól függetlenül szemlélni, hiszen a legtöbb individuális kérdésnek, konfliktusnak és problémának társadalmi aspektusa is van. A lelkigondozásnak tehát tudatosan figyelnie kell a társadalmi kontextusra, fontos reflektálnia az egyes embert és a különféle közösségeket érintő változásokra és a

[146] Pohl-Patalong, Uta: Gesellschaftliche Kontexte der Seelsorge, in: Engemann, Wilfried (Hg.) : Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile, Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, 2007. 63-84. o.

társadalmi fejlődés irányára.[147] A modern korban erősödik az individualizáció folyamata.[148] A hangsúly egyre inkább azon van, ami új, s kevésbé fontos már a tradíció, háttérbe kerül az, ami régi. Az individuum megszabadul a szociális osztályoktól, az intézményes életmódtól, a kiscsalád normájától, a nemi szerepektől és a vallási miliőtől. A társadalmi alapfeltételek változnak, az individualizáció demokratizálódik. Az emberi kapcsolatok lazábbakká és rugalmasabbakká válnak, s mindig kínálnak választási lehetőséget. Nem kötődik többé az ember saját szülőhelyéhez, egyre könnyebben vált lakóhelyet saját hazáján belül vagy azon kívül egyaránt. A vallás is szabadon választható, nem köt a tradíció. Azonban az, hogy valaki szabadon dönthet, még nem jelenti azt, hogy döntése mindig tudatos és racionális. Egy-egy döntés az individuum felelőssége, melyet sokféle faktor határoz meg, a választást erőteljesen befolyásolja a belső pszichikus viselkedés. Differenciálódik az élethelyzet, az életút, az életstílus, s ennek megfelelően pluralizálódnak az életcélok, ez értelemrendszerek és az életlehetőségek.[149] Ez a heterogén életforma megkérdőjelezi azt, ami addig magától értetődő volt, s megszünteti az egyértelműséget. A társadalom és az egyén számára bármilyen lehetőség legitim, a külső pluralizálódást egy belső pluralizálódás követi. Nincs egységes világkép, a valóság ambivalens, ellentmondásos, és többdimenziós. A pluralitás az emberekben bizonytalanságot szül, és felkelti a vágyat a zárt formációk iránt, melyek az individuumnak biztonságot adnak.[150] Megváltozik a privát életforma, a házasság és a család intézménye krízisbe kerül, a társadalom minden életformát akceptál. A házasság és a gyermekvállalás nem tartozik a normál életúthoz, csupán egy lehetőség a többi közül. A férfi és a női szerepek és feladatok nem egyértelműek többé, elvész a család stabilitása, és ez egyre több konfliktushoz vezet. Megváltoznak a vallásos társadalmi formák is. Németországban a 60-as évek közepére az egyházból kilépők száma megötszöröződött, az istentiszteletre látogatók száma egyharmadával visszaesett.[151] Egyre inkább eltávolodik egymástól az intézményes és az individualista vallás.[152] A vallásos érzéseket, orientációkat és magatartásokat egyre kevésbé tudja meghatározni az intézmény. Megjelenik az igény arra, hogy a keresztyénség az individualitás kibontakozásának adjon teret.[153] A vallásban az emberek erőforrást keresnek

[147] Uo. 63. o.
[148] Pohl-Patalong, Uta: Individuum und Gesellschaft in der Seelsorge, in: Schneider-Harpprecht, Christoph (Hg.): Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn, 2000. 117-119. o.
[149] Pohl-Patalong, Uta: Seelsorge zwischen Individuum und Gesellschaft. Elemente zu einer Neukonzeption der Seelsorgetheorie, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1996. 68. o.
[150] Uo. 69. o.
[151] Uo. 74. o.
[152] Uo.
[153] Uo. 76. o.

félelmeik és bizonytalanságaik leküzdéséhez, vágynak az egészre, a teljességre. Meglátásunk szerint éppen ebben az elbizonytalanodásban és elmagányosodásban nyújthat segítséget a rendszerszemléletű lelkigondozás, mely úgy fordul az egyén felé, hogy annak szociális rendszereire is figyel.

Uta Pohl-Patalong szerint a lelkigondozásnak mindenekelőtt el kell fogadnia, hogy „az individualizálódás és a pluralizálódás által meghatározott társadalmi fejlődés visszafordíthatatlan." [154] Feladata, hogy a társadalom részeként, mégis egy bizonyos távolságból, kritikával szemlélje a társadalmi tendenciákat és reflektáljon azokra. Mivel az individuum a társadalomtól elválaszthatatlan, ezért szem előtt kell tartania, hogy az individuális problémák és a társadalom strukturális problémái összefonódnak. A lelkigondozásnak az embert a maga konkrét helyzetében kell megértenie, mindenféle előítélet nélkül elfogadva különböző értékeket és életutakat. [155] Az egyént egyrészt abban kell támogatnia, hogy félelmeivel és bizonytalanságával megküzdjön, másrészt abban, hogy függetlenné váljék a társadalom által elvárt normáktól, kialakítva saját szubjektumát. Éppen ezért nem lehet célja a krízisek gyors legyőzése, sokkal inkább annak észlelése, hogy a krízisek a fejlődést szolgálhatják, lehetőséget kínálva arra, hogy az ember átvizsgálhassa a rutint, a normákat, mindazt, ami felől korábban bizonyos volt. [156] A betegség Pohl-Patalong szerint „kódolt tiltakozás a társadalmi struktúrák ellen, melyet a társadalom az érintett leválasztása által kiszorít."[157] Mivel a lelkigondozás számára a társadalom nem csupán kontextusa és háttere az individuumnak, hanem munkaterület is, ezért feladata, hogy nyíltan megfogalmazza ezt a tiltakozást és az érintetteknek is segítsen abban, hogy saját érdekeikért szót emeljenek.[158] Az emberre úgy tekint, mint aki felelősséggel tartozik azért, hogy a társadalomban hogyan él és mit cselekszik.

Pohl-Patalong elméletéhez a következő kritikai megjegyzéseket szeretnénk hozzáfűzni. Véleményünk szerint a betegséget nem lehet csupán a társadalmi struktúrák elleni tiltakozásként értelmezni, s a lelkigondozás sem lehet csupán érdekképviselete azoknak, akik ebben érintettek. Bár az individuális problémák valóban összefonódhatnak a társadalmi problémákkal, ugyanakkor túl is mutathatnak azokon. A lelkigondozóknak figyelmebe kell

[154] Pohl-Patalong: Individuum und Gesellschaft in der Seelsorge, 120. o.
[155] Uo. 121. o.
[156] Uo. 124. o.
[157] Uo. 125. o.
[158] Uo.

venni a társadalmi kontextust, de nem ez az egyetlen orientálódási pont a beszélgetések alkalmával.

1.4.5. „Lelkigondozás a modern korban"[159] – Isolde Karle

Pohl-Patalonghoz hasonlóan *Isolde Karle* is azzal foglalkozik, hogy hogyan hatnak a társadalom strukturális változásai az egyénre, illetve hogyan változnak a modern korban a férfi és női természet különbségéből adódó jellegzetességek. A pszichoanalitikus terápia kritikáját írja le, és a modern poimenika e két – eddig figyelmen kívül hagyott – témáját tárgyalja. Kijelenti, hogy a lelkigondozás csupán az individuumra koncentrál, és szinte figyelmen kívül hagyja a társadalmi, strukturális változásokat, pedig az egyén a társadalom több részrendszerével áll egyidejűleg kapcsolatban, más-más módon részt vállalva azokban.[160] A részrendszerek sokféle igénnyel állnak elő, s az egyénnek az adott szituációkra valamilyen módon reflektálnia kell, megtalálva önazonosságát. A modern világban az embernek egyfelől sokféle választási lehetősége van, másfelől azonban szüntelen bizonytalanság veszi körül, vajon hogyan tud eligazodni az őt körülvevő világban.[161] A lelkigondozásban nem lehet többé csupán az egyénre koncentrálni, hanem tekintettel kell lenni arra a környezetre, amelyben az egyén él. Ezért Karle a lelkigondozásban felhívja a figyelmet az egyén szociális kontextusára, kommunikációs rendszereire, a környezettel való kapcsolatára és a struktúraproblémákra.[162] Az embert komplex rendszernek látja, a maga fizikai és pszichés valójában, akinek az adott szociális kontextushoz alkalmazkodva szükséges folyamatosan alakítania élettörténetét, s számba venni a változtatás lehetőségeit.[163] A lelkigondozás ebben segíthet mint vallásos kommunikáció és keresztyén életkísérés a maga sajátos üzenetével. Karle fontosnak látja, hogy a lelkigondozás a vallás rendszerének részeként a maga vallásos feladatán orientálódjon.[164] A lelkigondozást az egyház funkciójának tartja, vallásos kommunikációnak, melynek egyházi kontextus nélkül nem mutatkozhat meg keresztyén arca. A lelkigondozás feladatát az élettörténet közös konstrukciójában látja. Véleménye szerint az önmegvalósítás folyamatában és az identitás alakulásában a lelkigondozás abban segítheti a lelkigondozottat, hogy életét a

[159] Karle, Isolde: Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytisch orientierten Seelsorge, Neukirchen-Vluny, 1996.
[160] Uo. 1-2. o.
[161] Uo. 60-61. o.
[162] Uo. 223. o. Vö. Pohl-Patalong, Uta: Seelsorge zwischen Individuum und Gesellschaft
[163] Nauer, Doris: Seelsorgekonzepte im Widerstreit? Einleitung, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2001. 346. o.
[164] Karle: Seelsorge in der Moderne, 214. o.

társadalmi körülmények tükrében szemlélje és állandó bizonytalanság érzését normális jelenségnek minősítse.[165] A lelkigondozás legmélyebb célja Karle szerint a hit segítése, vagyis az, hogy a funkcionálisan differenciált társadalomban bizonytalanságban élő individuumnak felmutassa, hogy az evangélium Isten szeretetéről szóló kommunikációjának ereje van, Isten igéjében a jelenkor kihívásai között is választ találhat az ember.[166] Kiemeli a lelkigondozók kommunikációs kompetenciáját, amely nem csupán arra vonatkozik, hogy az élettörténet konstrukciójában a másikat segítse, hanem arra is, hogy a modern problémahelyzeteket társadalomstrukturális szemszögből is megértse az egyén és a közösség szorosan összefüggő kapcsolatára tekintettel.[167] Hangsúlyozza, hogy a lelkigondozásra érkezőket a lelkigondozónak nem betegként, neurotikusként kell fogadnia, hanem testvérként.[168] A lelkigondozásnak mindazok felé nyitottnak kell lennie, akik a társadalomban félelmekkel és bizonytalanságokkal küszködnek, túlhajszoltak és nem találnak tájékozódási pontot.[169]

Számunkra Karle azért is fontos, mert a gyülekezetre úgy tekint, mint ami speciális lehetőségeket hordoz. Kiemeli, hogy a közösségben az egyénnek lehetősége van arra, hogy saját identitása a másokkal való együttlétben alakuljon és így fejlődjön tovább.[170] Felhívja a figyelmet a keresztyén lelkigondozás sajátos eszközeire, az énekekre, imádságokra, szimbólumokra, rítusokra és szent szövegekre, amelyek az ember és embertársa kapcsolatára nézve szintén új perspektívákat közölnek, és ezzel változást munkálnak.

1.4.6. „A lelkigondozás mint rendszerszemléletű gyakorlat"[171] – Günther Emlein

Günther Emlein véleménye szerint a rendszerszemlélet fogalmát sokan sokféleképpen használják, ezért szükséges újra feltennünk a kérdést, hogy mit értünk rendszeren, és hogyan fogalmazzuk meg a problémát, melyik az az elmélet, amelyet a tanácsadói és lelkigondozó folyamatban használhatunk? Rendszerszemléletű gyakorlatának súlypontjai a következők: autopoiézis, önreferencialitás, problémarendszerek és azok konstellációi, valamint a

[165] Uo. 229. o.
[166] Karle, Isolde: Seelsorge in der modernen Gesellschaft. Spezifische Chancen, Ressourcen und Sinnformen der seelsorgerlichen Kommunikation, in: Evangelische Theologie, 1999. 218. o.
[167] Uo. 212. o.
[168] Uo. 222. o.
[169] Uo. 220. o.
[170] Uo. 218. o. A kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolásáról a későbbiekben bővebben szólunk.
[171] Vö. Günther, Emlein: Seelsorge als systemische Praxis. Grundlagen für eine systemische Konzeption der Seelsorge, in: Wege zum Menschen, 2001. 158-178. o.

megfigyelő általi valóság megfigyelése.[172] Véleménye szerint a rendszerszemléletű gondolkodás rendszerben szemléli tárgyát, de csak azt látja, amit maga konstruál. „Ha a megfigyelőt azután egy másik megfigyelő is megfigyeli, láthatja, hogy a másik mit lát és mit nem lát, illetve azt, hogy a másik nem veszi észre, hogy nem látja, amit nem lát."[173] Emlein hangsúlyozza, hogy a rendszerek megfigyelésénél szükséges azoknak környezetét is leírni, vagyis határait is figyelembe venni. Amikor egy rendszer megváltozik, akkor meg kell változnia a környezetéhez való kapcsolódásának is, s mindkettőnek újra igazodnia kell a másikhoz. A rendszerek működése visszahat a rendszerre magára. Azok az elképzelések, amelyek kívülről érkeznek, a rendszerben, ha rejtve is, de jelen vannak, és hatást gyakorolnak a rendszerre magára.

A rendszerszemléletű gyakorlatnak az a feladata, hogy különféle elgondolásokat bocsásson rendelkezésre, további opciókat tegyen lehetővé és játsszon azokkal a látásmódokkal, amelyek addig fel sem merültek.[174] Történik valami új, ami más, mint az eddigi, ami új impulzusokat, új opciókat ad. A probléma feloldható, ha más oldalról közelítjük meg, ha másra fókuszálunk, ha az erőforrásokat mozgósítjuk, vagy a problémát megoldásként fogjuk fel. Hogy pontosan mi is fog történni, azt nem látható előre, várni kell a reakciókra, szükséges a visszajelzés. Sokszor igen lassú folyamat, amíg a régiből egy új rend, egy más jelentésvilág rajzolódik ki.

Emlein a lelkigondozást magát szociális rendszerként írja le.[175] A lelkigondozó rendszerben az elemeknek más jelentősége van, mint a problémarendszerben. Ami az érintett rendszerben problémaként jelenik meg, az a lelkigondozó rendszerben a megoldást hordozza. A lehetőségek, az események lehetséges jelentései közül aztán a rendszer szelektál, majd kiválasztja és adaptálja azt a variációt, amely számára a legmegfelelőbb. A rendszerszemléletű gyakorlatnak tehát az a feladata, hogy találó ajánlatokkal álljon elő, s az érintett pedig eldöntse, hogy ezekből melyiket választja. A rendszer a lelkigondozó ajánlatát adaptálhatja, de el is utasíthatja. A különféle meglátások tovább munkálkodnak a rendszerben és a későbbiekben vagy segítenek, vagy nem. Emlein szerint tehát a rendszerszemléletű gyakorlat feladata nem az átdolgozás vagy a tudatosítás, hanem az, hogy újfajta elképzeléseket, látásmódokat felmutatva a problémáról való gondolkodásban változást idézzen elő. A rendszerszemléletű lelkigondozás a kommunikációra összpontosít és arra törekszik, hogy erőforrásokat mozgósítson. Azt keresi,

[172] Zillich-Limmer: i. m. 159. o.
[173] Emlein: Seelsorge als systemische Praxis, 163. o.
[174] Uo. 167. o.
[175] Uo. 158. o.

ami a korábbitól eltérő, különleges és meglepő, de respektálja a másik autonómiáját és elviseli, ha ajánlatát visszautasítják. Tudja, hogy az új látásmód a rendszerben tovább hat, ezért bekövetkezhet az idők során olyan fejlődés is, amire addig senki nem számított.

Emlein teóriájának felvázolása után kritikánkat két kérdésben szeretnénk megfogalmazni. Először, hogy valóban képesek-e az emberek mindenféle vonatkoztatási pont vagy orientáció nélkül az együttélésre, másodszor pedig, hogy a rendszerszemléletű lelkigondozásra tekintve megelégedhetünk-e azzal, hogy csupán a változást és a változtatást tűzzük ki célként?

1.4.7. „Miért?"[176] – Hézser Gábor

Hézser Gábor a rendszerszemléletű lelkigondozásról írt könyvében Ludwig von Bertalanffy rendszerelméletére alapozva fogalmazza meg téziseit. A megfigyelőtől függő valóság elvéhez csatlakozik, s fontosnak tartja, hogy a lelkigondozó a beszélgetésben a másik ember életéről csupán egy képet alkothat, de nem képes maradéktalanul megismerni őt.[177] A lelkigondozói folyamatban mindig szem előtt tartja azt a tényt, hogy a valóság lehet egészen más is, mint amit a lelkigondozó a másikról és a lelkigondozott önmagáról lát. „Remény, vigasz, új, életet segítő perspektíva akkor kezdődik, amikor a szenvedő ember képessé válik arra, hogy helyzetét másképpen is lássa, ha más valóságkonstrukciók is elfogadhatóak számára."[178] Hézser szerint a lelkigondozás során tehát paradigmaváltásra van szükség, mely átmenetileg krízist hozhat a beteg életébe, hosszú távon azonban új látásmódhoz és megoldáshoz vezethet.

Az egyént nem önmagában, hanem kapcsolatok és kölcsönhatások centrumában szemléli, a társadalom és a család komplex rendszerében vizsgálja.[179] Hézser szerint a lelkigondozói folyamatban a lelkigondozó nem kívülálló, hanem amint kapcsolatot teremtett a lelkigondozottal, maga is a rendszer részévé és alkotójává válik, vagyis jelenlétének, cselekedeteinek és szavainak mindig következménye van a teljes kontextusra nézve.[180] A másikat tiszteletben tartva, de új aspektusokat felmutatva kísérheti a segítő személy a bajban lévőt, aki továbbgondolhatja és a maga számára értelmezheti az új látásmódot.

Hézser a rendszerszemlélet gyakorlati alkalmazását tárgyalva a szisztémikus problémaértelmezésre és hipotézisalkotásra, a vonatkoztatási rendszer megváltoztatására és a hálózatos-cirkuláris beszélgetésvezetésre hívja fel a figyelmet.[181] Javasolja a

---

[176] Vö. Hézser, Gábor: Miért? Rendszerszemlélet és lelkigondozói gyakorlat, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 2001.
[177] Uo. 10. o.
[178] Uo. 11. o.
[179] Uo. 19. o.
[180] Uo. 21. o.
[181] Uo. 23-28. o.

családrekonstrukciót, amely abban segít, hogy a lelkigondozott saját családjában felismerje és tudatosítsa azokat a folyamatokat, amelyek újra és újra ismétlődnek, megtanult mintává váltak, és nemcsak az egyént, hanem az egész családrendszert, annak érték- és normarendszerét, ember- és világképét befolyásolják.[182] Előjöhetnek régi, fájdalmas emlékek, amelyek egy új kontextusban más értelmet nyerhetnek. Kívülről, vagy több oldalról szemlélve könnyebb megérteni és feldolgozni ugyanazt a problémát.[183] A lelkigondozónak természetesen nincs mindig alkalma egy család valamennyi tagjával foglalkozni, sokszor tehát a családi rekonstrukció csak egy része a teljes családi történetnek, mégis segít a múltat és a jelent jobban átlátni, kontextusban gondolkodni.

Hézser a rendszerszemléletű lelkigondozás és lelkigondozó képzés számára a családrekonstrukcióhoz a következő módszereket javasolja.[184] Genogramm készítése, mely a családfa rendszerezett formája. Segít követni és átlátni a családtörténetet, a generációkat és az élettörténetet. Mutatja a nemek megoszlását, a házasságkötések, együttélések kezdetének vagy a válásoknak az évét, s adott időben a családtagok korát, gyermekek születését vagy elhalálozását. Komplex képet ad a családról, láttatja az összefüggéseket, egyezéseket és különbözőségeket, utalhat generációkon átívelő foglalkozásokra, esetleg betegségekre, problémákra, titkokra. Kiderülhet, hogy a családban volt-e szerepe a vallásnak, s ez milyen funkciókkal vagy diszfunkciókkal működött.[185] Egy másik módszer az idővonal elkészítése, mely egy családtag szemszögéből mutatja be a család fontos eseményeit, mérföldköveit, fordulópontjait, megszerzett, esetleg hiányzó élettapasztalatait.[186] A családi szobor készítése abban segíthet, hogy egy-egy család történetének legmeghatározóbb eseményét megmutassa, szavak nélkül, mások bevonásával, utalva a családtagok közötti konfliktusra, közelségre, távolságra, hierarchiára.[187] A családi titkok dekonstrukciója a generációkon átívelő tabu témát hozza elő. Ha a titok diszfunkcionálissá válik, megbéníthatja a családi interakciót, stabilizálhatja a bűnösség érzését, a haragot, a meg nem bocsátást. A cirkuláris kérdésfeltevések segíthetnek a tabuk feltárásában.[188] Régi családi történeteket érdemes újra elmesélni és

[182] Hézser, Gábor: Familienrekonstruktion. Eine Methode der systemischen Seelsorge und der Seelsorgeausbildung, in: Schneider-Harpprecht, Christoph (Hg.) : Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, 167. o.
[183] Hézser: Miért? 25-28. o.
[184] Hézser: Familienkonstruktion, 167-173. o. Vö. Hézser: Miért? 23-25. o.
[185] Uo. 168-169. o.
[186] Uo. 170. o.
[187] Uo. 171. o.
[188] Uo. 172. o.

átgondolni, hiszen új összefüggések felfedezésével a megkövesedett jelentések új értelmet nyerhetnek, s az elbeszélő megbékélhet önmagával és a családjával.

A családok és a segítő személyek rendszerszemléletű lelkigondozása kapcsán Hézser külön tárgyalja az elváltak és a vegyes családok lelkigondozását, a segítő szindrómát és a kiégés jelenségét.[189] Részletesen foglalkozik a rendszerszemléletű kórházi lelkigondozással, mellyel kapcsolatos meglátásaira a következőkben bővebben kitérünk.[190]

1.4.8. Összegzés

Teológiai reflexióink során kritikával szemléltük a rendszerszemléletet. Megállapítottuk, hogy a posztmodern pluralitás világában többé már nem egyértelmű tájékozódási pont a keresztyénség, sőt „kisebbségbe került, perifériára szorult, a világ-társadalomban marginalizálódott."[191] A világban Európa is sokszínűvé vált, s ha a keresztyén egyház szeretné elérni a 21. század emberét, akkor új utakat és új lehetőségeket kell keresnie úgy, hogy közben saját küldetéséhez hű marad. A megfigyelőtől függő valósággal kapcsolatban arra jutottunk, hogy létezik nemcsak szubjektív, hanem objektív teológia is, ami az Isten kijelentése, az írott Ige, melyet hit által érthetünk meg. Támogattuk a koindividuáció tanítását, vagyis az individuum és a rendszer kapcsolatát, hiszen Jézus Krisztus az individuális hit mellett a társadalmi és politikai kérdésekre is figyelt, közösségbe helyezte tanítványait és fontosnak tartotta a keresztyén ember felelősségét felebarátja iránt. A lelkigondozás neutralitása megvalósulhat abban, hogy a kórházlelkésznek mindenki felé nyitottan kell szolgálnia, s munkájában az egyház, a kórház és a páciens rendszerét egyaránt figyelembe kell vennie. Valamennyi rendszerben azonban Isten küldötteként van jelen, s ebből a szempontból nem lehet semleges. A rendszerszemlélet szerint a megzavart rendszerekben az önszerveződés segíti a rend helyreállását. Az autopoiézis helyett mi a teopoiézisről beszéltünk, hiszen a teremtmény a Teremtőtől tudhatja meg élete útjait, miközben szabadsága abban áll, hogy eldöntheti, igent mond-e Isten poiézisére.

A fenti kiegészítésekkel beépíthetjük teológiánkba és lelkigondozó gyakorlatunkba a rendszerszemléletű gondolkodást, annak kiemelt téziseit. A lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat egyházi és kórházi rendszerben való helykeresésében továbbá fontos szerepe lehet

---

[189] Lásd: Hézser: Miért? B és D fejezetei

[190] A dolgozat 3. fejezetében több alkalommal utalunk Hézser további meglátásaira, melyek témánk szempontjából különösen fontosak.

[191] Vályi Nagy Ervin: Minden idők peremén. Európai Protestáns Magyar Szabadegyetem kiadása, Basel / Budapest, 1993. 266. o.

annak, hogy rendszerben gondolkodunk, vagyis feltérképezzük és leírjuk a magyarországi református kórházi lelkigondozó szolgálat helyzetét, utat keresünk a káoszból, nem feledve a múltat és a jelent, de mégis elsősorban a jövőre koncentrálva kutatjuk annak lehetőségeit.

A dolgozat első fejezetében tárgyalt, több perspektívából megvilágított rendszerelmélet arra hívja fel a figyelmünket, hogy a kórházi lelkigondozó szolgálatot a lineáris paradigma helyett egy komplex rendszerben helyezzük el, amikor helyét, lehetőségeit, funkcióit szeretnénk körülírni. A rendszerszemléletű megközelítés segít meghatározni a kórházi lelkigondozó szolgálat helyét, funkcióját, kommunikációját, továbbá segít feltérképezni a szolgálattal kapcsolatos problémákat, zavarokat a társadalom megarendszerén belül, a kórház és az egyház alrendszerében. Az egyházi és a kórházi alrendszerekre hatnak a társadalom megarendszerének változásai, ezeket tehát együttesen kell szemlélnünk. Kudarcra van ítélve a kórházi lelkigondozó szolgálat, ha a rendszereket, alrendszereket és azoknak környezetét, egymásra gyakorolt hatásait nem veszi figyelembe. A kórházlelkészi szolgálat különböző mértékben, de mind az egyházi, mind a kórházi rendszerben felborította a korábban működő homeosztázist. A dinamikus fejlődéshez és az egyensúly visszaállításához az érintett rendszerek feltérképezésére és ennek megfelelően új szabályozására van szükség. Fontos látnunk, hogy a társadalom megarendszerébe tartozó egyházi és kórházi alrendszerek hogyan kapcsolódnak egymáshoz, s a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat során milyen problémák merülnek fel az adott rendszerekben és egymásra gyakorolt hatásukban. A rendszerek közötti kommunikációhoz meg kell találni azt a közös nyelvet, amely valamennyi rendszer számára elfogadható, alkalmas információközlésre, befogadásra és megértésre.

A lelkigondozó-kórházlelkész az egyházi és a kórházi rendszerek vonzásában és taszításában keresi a helyét. Helykeresését és identitásának fejlődését meghatározza saját családi rendszere: származási családja és jelenlegi családja, valamint az egyházi és a kórházi rendszerben elfoglalt helye, szerepe, lehetőségei. A következő fejezetben a kórházi lelkigondozás mint az egyházi és a kórházi rendszerek határán működő szolgálat helykeresését írjuk le, a múltba, a jelenre és a jövőre tekintve, különös tekintettel a Magyarországi Református Egyházban folyó kórházlelkészi szolgálatra.

2. A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS HELYKERESÉSE AZ EGYHÁZI ÉS A KÓRHÁZI RENDSZEREK HATÁRÁN

Az egyház betegek közötti szolgálata az orvoslás, és a beteggyógyítás feladatával együtt az évszázadok során hatalmas változáson ment keresztül. Az első kórházak megalakulásától a 21. század egészségügyi intézményeinek bonyolult rendszerében megjelenő kórházi lelkigondozásig követjük nyomon a szolgálat alakulását, keresve és értelmezve annak helyét, kereteit, lehetőségeit, szabályozottságát. A következőkben tehát a kórházi lelkigondozás egyházi és kórházi rendszerben elfoglalt helyét vizsgálva haladunk tovább. Egyetemes és magyar vonatkozásban, rövid történeti bevezetéssel szeretnénk felvázolni ezt a folyamatot, majd a jelenlegi helyzetet mutatjuk be egy-egy külföldi példával szemléltetve, ismertetve a németországi standardot, majd folytatva a magyarországi helyzettel, különös tekintettel a Magyarországi Református Egyházban folyó kórházlelkészi szolgálat iránymutatásaira, szabályozására és hiányosságaira. Végül a kórházi lelkigondozás helykeresését Magyarországon, református kórházlelkészek között végzett kérdőíves felméréssel és interjúelemzésekkel szeretnénk megjeleníteni.

2.1. Történelmi visszatekintés

A 3. századból ránk maradt írások szerint tudunk arról, hogy az egyiptomi és szíriai szerzetesrendek betegeket gondoztak. Szíriai Efraim 300 ágyas szükségkórházat hozott létre az éhezők számára, gazdag emberek adományaiból.[192] Az 5. és a 6. évszázadban a kolostorok létrehozása összefüggött a kórházak létesítésével. Ebben az időben tehát a kórház és az egyház intézménye szorosan összekapcsolódott. A szerzetesek képzéséhez hozzátartoztak az orvosi alapfogalmak. A Benedek rend szabályzata felszólította a szerzeteseket a betegekről való gondoskodásra, példának állítva eléjük Krisztust.

A 12. századtól sorra épültek az önálló kórházak, s a ferences rend elsődleges feladataként vállalta a szegények és a betegek gondozását, majd a ciszterciták is kórházakat építettek. Franciaországban kb. 2000 lepraházról tudunk Kr. u. 1225-ben. Porosz lovagrendek foglalkoztak még betegekkel, a Johannitáknak pedig mintegy 4000 rendháza jeleskedett a beteggondozásban.[193] A test és a lélek gyógyítása, a papi és az orvosi funkció fokozatosan vált

[192] Overath, Joseph: Dem Kranken dienen wie Christus selbst, Europäischen Hochschulschriften Reihe XXIII. Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main, 1983. 15. o.
[193] Uo. 38. o.

szét az évszázadok folyamán. Az egyetemek orvosi fakultásainak elindulásával a medicus clinicus és a medicus pastoralis két különálló tudománnyá vált.[194]

A 14-15. század a pestis pusztításának kora, egész Európában mintegy 25 millió volt a halottak száma. Az emberek Isten büntetéseként élték meg a pusztító járványt. Betegápoló rendek által fenntartott ispotályokban folyt a gondozás és a gyógyítás. A test és lélek gondozását egyaránt fontosnak tartva liturgikus alkalmakat tartottak, és a cura animae et corporis elvét és gyakorlatát követték.

A reformáció korában Kálvin és követői a betegek és szegények gondozását a gyülekezeti közösségekre és azon belül a diakónusokra igyekeztek bízni. Kálvin hangsúlyozta a diakónusok szerepét, rájuk bízta a betegek látogatását, szolgálatuk központjául a kórházat jelölte meg.[195] V. Pius (1566-1572) kiemelte a betegek fülbegyónásának fontosságát, olyannyira, hogy még az orvosokat is felszólította arra, hogy intsék a beteget gyónásra.[196] A test és a lélek gyógyítói tehát együttműködésre törekedtek.

A reneszánsz korában egyre hangsúlyosabbá vált a természettudomány, a csillagászat, a fizika és a kémia. A könyvnyomtatással felgyorsult a tudomány fejlődése is. Az orvostudományban a boncolások alkalmával összehasonlították az élő és élettelen szervezetet, keresték a betegség okát, a jobb gyógymódot, az újabb lehetőségeket. Fokozatosan előtérbe került a materialista szemlélet, háttérbe szorítva a spiritualitást. Az újabb és újabb felfedezésekkel, különféle gyógyítási eljárások bevezetésével az egészség feltétlen visszanyerésére és az életben tartásra törekedtek. Már nem kapott akkora hangsúlyt az örökélet, az Istenbe vetett hit, egyre kevésbé akarták elfogadni a halál győzelmét az emberi tudás vagy éppen tudatlanság felett. A liberalizmus elcsendesítette a vallásos eszméket, gondolatokat, a korábbi évszázadok túlvilági lét hangsúlyozása után, egyre hangsúlyosabbá vált a földi élet, az önmegvalósítás, a kényelem, az élvezet, a szabadság.

A kórház, mint intézményi struktúra, a 16-17. században jelent meg Európában.[197] Ezek az intézmények meglehetősen kezdetleges módon ápolták a rászorultakat, főként szegényeket, nyomorékokat, elmebetegeket, s a járványok idején a fertőző betegeket. Az orvostudomány új utakra kényszerült. A tüneti kezelések mellett vizsgálták a betegségek okát, a környezetet, a

[194] Fábián Tibor Károly / Nguyen Minh Hu: Betegségkép különböző vallásokban, in: Vértes Gabriella / Fábián Tibor Károly (szerk.): Vallás és hit a gyógyításban, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2008.
[195] Forgács Gyula: A belmisszió és a cura pastoralis kézikönyve, Református Főiskolai Könyvnyomda, Pápa, 1925, 627-628. o.
[196] Overath: i. m. 61. o.
[197] Uo. 52-66. o.

földrajzi területet, megjelenik egyfajta kezdetleges rendszerszemlélet az orvoslásban. „A támpont nem a beteg egyedi észlelése a maga egyediségében, hanem minden egymást keresztező információ kollektív tudata, amely egy állandóan burjánzó és szerteágazó 'fa' jellegű alakzat felé tart, s egyre terebélyesedik a történelem, a földrajz és az állam dimenzióival."[198] – írja erről a korról Michel Foucault francia filozófus.

A 18. századtól az orvoslás és a kórházak intézménye szorosan kapcsolódott egymáshoz. A klinikákon megjelentek az orvostanhallgatók, hogy közvetlenül a betegágy mellett tanulják a gyakorlat tudományát.[199] A beteg állapotáról feljegyzéseket készítettek, rögzítették a diagnózist és a napi gyógyszereket. Megkezdődött az adminisztratív munka a kórházakban. Az orvosoknak egyre kevesebb ideje jutott arra, hogy a páciens lelkével is foglalkozzanak.

A háborúk némiképp átszervezték a kialakulóban lévő rendszert. A hadi rokkantak és a sebesültek ellátására más intézmények ajtajait is ki kellett tárni, s a lényegesen képzetlenebb katonaorvosokat, felcsereket is szolgálatba állították. Ezzel egyfajta hierarchia, szintbeli különbség alakult ki az orvosok között. Más-más tapasztalattal és más-más tudással rendelkeztek a gyógyításban résztvevők. Egyre nagyobb teret kapott a kórbonctan, az azonos betegségben elhunyt emberek holttestén összehasonlító elemzéseket végeztek. Vizsgálták a szöveteket és a szervezetben lezajló kölcsönhatásokat. Ami addig láthatatlan és megfejthetetlen volt, most nyilvánvalóvá és kikutathatóvá lett. Az emberi test megismerésének lehetősége, új utak megnyílása és e tudás kibontása és birtoklása hatalmas fejlődést hozott az orvostudományban, ugyanakkor szinte teljesen elvonta a figyelmet az emberi lélekről.

A 18-19. században tehát egyre több kórház létesült, s ezzel párhuzamosan az egyház is igyekezett figyelmet fordítani a szenvedők szolgálatára.[200] Az irgalmasok rendje szinte kizárólag a betegek gondozásával foglalkozott egész Európában. Ez a korszak az orvostudomány ugrásszerű fejlődését hozta, melynek térhódítása ekkor még vetekedett az emberek csodákba vetett hitével. Az ébredési mozgalmak figyelme a diakónia felé fordult, Kaiserswertben Theodor Fliedner diakóniai kórházat alapított, majd 1836-ban egy evangélikus egyesületet hozott létre keresztyén ápolók számára.

---

[198] Foucault, Michel: Elmebetegség és pszichológia, A klinikai orvoslás születése, Corvina Kiadó, Budapest, 2000. 133. o.

[199] A francia orvosprofesszor, Tissot kettesével küldi a hallgatókat egy-egy beteghez, s kikérdezésüket illetően szinte rendszerszemléletű támpontokat ad. Útmutatása szerint a beteget mindenekelőtt arról kell kérdezni, hogy milyen viszonyok uralkodnak a hazájában. Úgy véli ugyanis, hogy egy ember hazájának állapota feltétlenül kapcsolatban áll betegségével. Másodszor arról kell kifaggatni a beteget, hogyan kezdődött a betegsége, milyen gyógyszereket szedett, s végül ezek után kell megvizsgálni az életfunkcióit. Lásd: Foucault: i. m. 159-170. o.

[200] Overath: i. m. 68. o.

A 19. és 20. században egyetemek, klinikák szerveződtek, egyre nagyobb hangsúly tevődött a kutatásra, a szomatikus orvoslás háttérbe szorítja a spirituális igényeket. Szinte felsorolhatatlanok az orvostudomány előtt megnyílt utak, és olykor már az válik kérdésessé, hogy vajon hol van a megismerés határa, mikor kell alázattal visszavonulni, esetleg bizonyos eljárásokra nemet mondani. A gyógyszeripar térhódítása rányomja a bélyegét az orvoslásra. Az évszázadok során a kutatások, eredmények és hatalmas fejlődések következtében az orvosi hivatás szükségszerűen specializálódott, különféle szakterületekkel más-más szakorvos foglalkozik. E specializálódott szakterületeken következésképpen a betegápolásban is megjelentek a speciális képzések, szakápolók, diplomás és okleveles ápolók dolgoznak a szakorvosok mellett. Az elméleti tudás, a folyamatos fejlődés követelményei és az adminisztratív feladatok sokasága azonban elvonta az orvosokat és az ápolókat a beteg emberrel való lelki kapcsolat kiépítésétől, s egy olyan hiány keletkezett az egészségügyi rendszerben, s azon belül a szenvedő ember lelkében, amelyet valamilyen módon pótolni kell. A beteg lelki, spirituális igényeire az egyházi rendszer kiküldötteként a kórházi rendszerben megjelenő professzionális lelkigondozó figyelhet. Ezt az igényt felismerve az egyházak és a kórházak, lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatba állítását kezdték gyakorolni, akik a nyomorúságban lévő ember mellett teljesítettek szolgálatot.

A 20. század második felétől a betegek lelkigondozásában a kísérés kap nagy hangsúlyt. Felkeresni a beteg embert betegségében, mellette állni és kísérni őt a mély krízisben. A beteglelkigondozás többé nem egy beteg ember lelkigondozását, hanem a kórházi lelkigondozást jelenti.[201] A lelkigondozás az intézmény mint rendszer felé fordul, annak egészében kér helyet magának, mindennapjaiban vesz részt, együttműködve a gyógyító teammel. A lelkigondozó-kórházlelkész a lelki kísérést nem csupán a betegek számára, hanem a kórház valamennyi munkatársa, sőt maga a rendszer számára is felajánlja. Új fejezet kezdődött ezzel a kórházi lelkigondozás történetében, új kihívások előtt állva, új látásmódot igényelve és rendszerekben gondolkodva mind az egyéni beszélgetések, mind a szolgálat egyéb feladatait és lehetőségeit tekintve.

A természettudományos felfedezések, a különféle kutatások, az orvostudomány és a technika szinte követhetetlen fejlődése és a gyógyszeripar térhódítása nem vonhatja el a figyelmet a lélek állapotáról, az egész ember gyógyításáról, a hit, az imádság és a közösség gyakorlásáról és a

[201] Klessmann, Michael: Seelsorge im Krankheitsfall, in: Engemann, Wilfried (Hg.) : Handbuch der Seelsorge, Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, 2007. 400. o.

szenvedő ember spirituális igényéről. A cura animae et corporis elvét hangsúlyozva kell ma is gyógyítanunk, egyháznak és egészségügynek összefogva, az egymás számára idegenné vált rendszerekben a megfelelő kereteket, kommunikációs formát és kapcsolatokat megtalálva.

2.2. Külföldi kitekintés

Az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának az 1948. XII. törvényében a következő gondolatok fogalmazódnak meg az egészségről: „Az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek állapota és nemcsak betegség vagy fogyatékosság hiányából áll. Az elérhető legjobb egészségi állapot élvezete minden emberi lény alapvető jogainak egyikét alkotja, bármilyen legyen is faja, vallása, politikai nézete, gazdasági vagy társadalmi helyzete […] A gyermek egészséges fejlődése alapvető fontosságú; a teljes átalakulásban levő környezetben való élni tudás képessége ennek a fejlődésnek lényeges alkotóeleme. Az összes népeknek az orvosi, lélektani és rokontudományok által szerzett ismeretek birtokához juttatása fontos követelménye annak, hogy az egészség legmagasabb foka elérhető legyen. A felvilágosodott közvéleménynek és a közönség részéről kifejtett tevőleges együttműködésnek kimagasló jelentősége van a népesség egészségének megjavítása szempontjából.”[202]

Az egészség biológiai dimenziója tehát e megfogalmazás szerint is csak egy a lelki, a mentális, a szociális és az emocionális dimenzió mellett. A gyógyításban az egész-ségre törekedve valamennyi dimenziót figyelembe kell vennünk. Az ember testi egészsége mellett a lelki egészség támogatása is a gyógyítás része kell, hogy legyen. A lelki egészséghez tartozik az ember világnézete, normái, megbékélése. Mentálisan akkor egészséges, ha képes tisztán és következetesen gondolkodni. Szociális egészsége másokkal való kapcsolatában tükröződik, végül emocionális egészségéről akkor beszélhetünk, ha képes felismerni és kifejezni saját érzéseit. Az ember egészségét befolyásolja és meghatározza mikro- és makrokörnyezete, a társadalom, öröklött tulajdonságai, a származási család és személyi kapcsolatai. Mindezek értelmében tehát egy egészségügyi rendszernek oda kell figyelnie az egészség valamennyi dimenziójára, és a beteggyógyítás mellett nem szabad megfeledkeznie a prevencióról és a rehabilitációról sem. Meglátásunk szerint egy kórházi lelkigondozói szolgálatnak úgy kell jelen lennie az egészségügyi intézményben, hogy a maga helyén mindebből részt vállalhasson. Erre azonban a megfelelő módon fel kell készülnie, s a rendelt időben kora aktuális kérdéseit sem szabad válasz nélkül hagynia.

---

[202] Jogtár, www.jab.complex.hu, letöltés ideje: 2012.01.20.

A lelkigondozás során az ember egész voltára, teljességére kell figyelni, ezt hangsúlyozza *Doris Nauer* is, aki a lelkigondozásról írt elméletében egy többdimenziós emberképet tár az olvasó elé. A teremtéstörténetre hivatkozik, ahol azt olvassuk, hogy Isten az élet leheletét lehelte az ember orrába és az ember élőlénnyé lett. Nauer azt vallja tehát, hogy az ember nem birtokolja a lelket, hanem amióta csak él, Isten akaratából a maga teljeségében lélek.[203] Az ember nem a véletlen műve, hanem egyszeri, különleges és megismételhetetlen mesterműve Istennek, testi, pszichés, lelki, szociális, kontextuális és történelmi dimenziójának komplexitásában. [204] Ennek alapján Nauer a lelkigondozásban is többféle dimenziót különböztet meg. [205] Az emberre mint testre és pszichére vonatkoztatva pasztorálpszichológiai-etikai dimenzióról beszél. Az emberre mint lélekre tekintve misztikus-spirituális lelkigondozói dimenziót emleget. A szociális dimenzió kapcsán a lelkigondozás diakóniai dimenziójáról beszél, végül a politikai kontextust kiemelve prófétai-kritikus dimenzióról szól. A lelkigondozás feladata abban segíteni, hogy az ember saját életében is felfedezze Isten jelenlétét, közösségeiben megtalálja saját helyét, felelősségét. Figyelnie kell arra, hogy az embert a maga komplexitásában észlelje és segítse, gondot viselve arra, hogy a lelkigondozottnak élete legyen és bővölködjön. [206] Véleményem szerint, erre a komplex feladatra a lelkigondozókat professzionális módon kell felkészíteni. A továbbképzések és a lelkigondozói tevékenység folyamatos kísérése elengedhetetlen, figyelembe véve az egyházi és a kórházi rendszerek határán helyét kereső szolgálat mindenkori lehetőségeit, az adott kor kihívásait és a társadalmi változásokat.

Ennek megfelelően szeretnénk betekintést nyújtani a kórházi lelkigondozóképzés kezdeteibe az Amerikai Egyesült Államokban és Hollandiában, majd a rendszerek határán működő szolgálatot jellemezzük. Kitérünk a kórházi lelkigondozás néhány fontos kérdésére, egy-egy európai ország példáján keresztül szemléltetve a szolgálat integrálásának lehetőségét, adatvédelmi törvényhez való viszonyát, illetve a minőségbiztosítás kihívásait. Végül bemutatjuk a kórházi lelkigondozás 21. századi európai standardját.

---

[203] Nauer, Doris: Seelsorge. Sorge um die Seele, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2007, 115. o. Vö. 1Móz 2,7, ahol a héber „ruah" és „nefes" szavak szerepelnek.
[204] Uo. 116. o.
[205] Uo. 150-227. o.
[206] Vö. Ján 10,10

2.2.1. A kórházi lelkigondozó-képzés kezdetei

Az Amerikai Egyesült Államokban *Anton Theophilus Boisen* tette meg az első lépéseket egy új, az eddigiektől eltérő lelkészképzés felé.[207] A klinikai lelkigondozói képzés[208] (Clinical Pastoral Education) mozgalmának úttörője volt. Saját maga is pszichiátriai beteg volt, s kezelései alatt hiányolta a lelkigondozói jelenlétet, beszélgetéseket. Ebből az igényből kiindulva szervezte meg az első kórházi látogatást néhány teológiai hallgatóval, 1925-ben, a Worcester State Hospital-ban.[209] Metódusát 1936-ban foglalta írásba.[210] A teológiai hallgatók számára előírta, hogy tanulmányaik alatt, meghatározott ideig dolgozzanak pszichiátrián, hogy megfigyelhessék a dezintegráció és a reintegráció folyamatát, illetve a betegek vallási konfliktusait. Mivel maga is többször állt pszichiátriai kezelés alatt, saját tapasztalata volt arról, hogy a pszichikai zavarok és a vallási tapasztalatok hogyan állhatnak kapcsolatban egymással. Azokat a törvényszerűségeket kutatta, melyek az ember spirituális életét meghatározzák, s amelyekkel pszichiátereknek, pszichológusoknak, szociális munkásoknak és lelkészeknek egyaránt foglalkozni kell. Meggyőződése volt, hogy a misztikus tapasztalatok és a patológiás szindrómák között összefüggés van, az ember belső és külső világa korrelációban áll egymással. Úgy gondolta, hogy minden emberi probléma vallási probléma, és minden erőfeszítés, amely arra irányul, hogy a bajban lévő embertársnak segítsünk, vallásos foglalkozás.[211]

A hallgatók számára a szemináriumot a kórházban szervezte meg, ahova a kórház orvosait és pszichológusait is meghívta. Az interdiszciplináris együttműködésnek később igen nagy hozama volt mind a betegek, mind a munkatársak számára. A képzés folyamán a hallgatók a kórház egy bizonyos részlegén töltve gyakorlatukat, lelkigondozó beszélgetéseket vezettek, s utólag erről feljegyzéseket készítettek. Az így elkészült jegyzőkönyveket a csoport elé vitték, elmondták saját meglátásaikat, érzéseiket és meghallgatták a csoporttagok reflexióit. Ezután elemezték a beszélgetéseket különböző pszichológiai és lelkigondozó aspektusok szerint.

Russel E. Dicks, a modern amerikai lelkigondozó mozgalom másik úttörője szerint az orvos és a lelkigondozó együttes munkája, hogy felfedezze, hogy a beteg életében hol következhet be

---

[207] Piper, Hans-Christoph: A kommunikálás tanulása a lelkigondozás és a prédikálás terén, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, Debrecen, 1999. 30. o. Vö. Stollberg, Dietrich: Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung. Darstellung und Kritik mit einer Dokumentation, Chr. Kaiser Verlag, München, 1969. 163-191. o.

[208] Az eddig használt kórházi lelkigondozást itt klinikai lelkigondozásként emlegetem, az eredeti elnevezés miatt.

[209] Stollberg, Dietrich: Clinical Pastoral Training, in: TRE, Band VIII, Walter de Gruyter, Berlin, New York, 1981. 123-125. o.

[210] Vö. Boisen, Anton T. : The exploration of the Inner World: A Study of Mental Disorder and Religious Experience, Repr. 1936, University of Pennsylvania press, Philadelphia, 1971.

[211] Stollberg: Therapeutische Seelsorge, 165. o.

további fejlődés, s ennek következtében a gyógyítás és a lelkigondozás közös feladata, hogy a fejlődés folyamatának belső dinamikáját felfedje és támogassa.[212] „Ebben az értelemben az orvos és a lelkigondozó Isten gyógyító erejének segédei, vis medicatrix Dei.”[213] A lelkigondozó a gyógyító csapat tagja, éppen úgy joga van belépni a betegszobába, mint az orvosnak és a nővérnek. A kórházi lelkigondozás során a lelkész azért látogatja meg a beteget, hogy a beteg személytelen és specializált kezelését ellensúlyozza és lelki, szellemi növekedését elősegítse. Feladata nemcsak a tudatosan vallásos emberek támogatása, hanem éppen azoké is, akik vallásukat nem gyakorolják, ezért kerülnie kell a vallásos terminológia használatát, és hasznosabb, ha a szekularizálódott ember nyelvén beszél. Valamennyi betegnek szüksége lehet arra, hogy az orvosi gondoskodáson kívül a lelkigondozói gondoskodásban is részesüljön, hogy a lelkész segítsen betegségét a hit fényében látni.[214] A lelkigondozónak az a feladata, hogy a beszélgetés során az élet valamennyi területére figyeljen, a beteg testi állapotára éppen úgy, mint a lelki állapotára, családi életére, baráti körére, szociális helyzetére, félelmeire, reménységeire, csalódásaira és vétkeire. Minden páciensre úgy kell tekintenie, mint a mindenható Isten gyermekére, akinek az élete krízisbe került, lelke megtört. A lelkigondozó nemcsak igehirdető, hanem az evangélium tanúja, cselekedeteiben, a betegekért önmagát feláldozva mutatja fel a krisztusi szeretetet azoknak, akik krízisben vannak és változások közepette élnek. A lelkigondozás feladata tehát a lélek növekedésének segítése.

Míg korábban a lelkész és a prédikáció állt a gyakorlati teológia középpontjában, az 1930-as évektől egyre inkább az individuális lelkigondozásra, még később pedig a gyülekezetekre és a gyülekezetépítésre kerül a hangsúly.[215] A klinikai lelkigondozó-képzés az amerikai képzés mintájára Európában először Hollandiában indult el, az 1960-as években. *Teun Kruijne* tanulmányában három forrásterületet nevez meg, melyek nagy szerepet játszottak ennek kialakulásában.[216] Az első a liberális-protestáns keresztyénség, mely hangsúlyozta a hit hiteles és gyakorlati megélését a modern társadalomban, az emberek iránti szolidaritást és a toleranciát. A második az ortodox-protestáns keresztyénség, mely központi témaként hangsúlyozta Isten

---

[212] Russel L. Dicks együtt dolgozott és publikált Richard C. Cabot-tal, aki a klinikai lelkigondozói tréningek orvosi vezetője volt.

[213] Stollberg: Therapeutische Seelsorge, 193. o.

[214] Uo. 198. o.

[215] Kocsev Miklós: Impulzusok a holland református (Gereformeerd / Herformd) gyakorlati teológiából az ezredforduló körül, (Különös tekintettel haza református egyházi életünkre), Theológiai doktori értelezés, Balatonszárszó, 2002. 70. o. https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/127724/Dolgozat-Kocsev.pdf letöltés ideje: 2014.09.11.

[216] Kruijne, Teun: A klinikai lelkigondozó-képzés Hollandiában epa.oszk.hu/02100/02190/00202/pdf/KM_2005_02_158. pdf, letöltés ideje: 2013.08.19.

igéjének hirdetését nemcsak közösségekben, hanem kifejezetten az egyes ember számára. A harmadik forrásterület a római katolikus kereszténység új utakat kereső ágának megmozdulása a klinikai lelkigondozás irányába, mely erősen ösztönözte Hollandiában a klinikai lelkigondozóképzés kialakulását.

A második világháború után a hollandiai Heije Faber meghívást kapott az Amerikai Egyesült Államokba, hogy fél éven át részt vegyen a chicagói lelkigondozói munkában. Innen hazaérkezve lett aztán hosszú időn keresztül a klinikai lelkigondozó-képzés vezetője Hollandiában. A tengeren túli tapasztalatok, gyakorlatok, pasztorális lehetőségek lelkesítették, és ezeket szerette volna saját hazájában is meghonosítani, továbbadni. A kliens-központú lelkigondozói beszélgetés módszerét *Heije Faber* és *Ebel van der Schoot* hozta át saját hazájába.[217] Közösen írt könyvükben a rogersi beszélgetésvezetésre hívják fel a figyelmet, hangsúlyozva, hogy a terapeuta viselkedése hat a kliensre, ezért fontos, hogy a lelkigondozó a segítségkérőt feltétel nélkül elfogadja.[218] „Mint lelkipásztorok, Krisztus fényében szemléljük a másikat, vagy talán pontosabban, Krisztus szemével látjuk."[219]

Faber munkái a kórházi lelkigondozásról való tudnivalók első összefoglalásai Európában, ezért – mint kiindulópontot – fontosnak tartjuk részletesebben ismertetni elméleti és gyakorlati útmutatásait.

Faber a lelkigondozásról azt vallja, hogy az „nem csupán az Örömhír közlése, hanem találkozás is a hírnökkel."[220] A lelkigondozó közösséget vállal a lelkigondozottal, vele együtt szenved és iránta érzett szeretetből cselekszik. Személye hat a lelkigondozottra, ezért nem mindegy, hogyan van jelen a beszélgetésben. A lelkigondozó feladata, hogy abban segítsen, hogy „az ember megtalálja a helyes kapcsolatot Istennel, illetve felfogja, hogy Isten fényében áll."[221] Az általános teológiai képzésen túl Faber szükségesnek tartja a lelkészek klinikai beiskolázását, három hónapos szeminárium vagy pedig tizenkét hónapos klinikai év keretén belül.[222] Gyülekezeti lelkészek és teológiai hallgatók számára két-háromhetes klinikai gyakorlatot ajánl. A „klinikai tréningek"[223] során a lelkészek az elméleti képzés mellett egy-egy kórházi osztályon

---

[217] Kocsev: Impulzusok a holland református (Gereformeerd / Herformd) gyakorlati teológiából, 70. o. Vö. Faber, Heije / Schoot, Ebel van der: Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1974.

[218] Faber, Heije / Schoot, Ebel van der: A lelkigondozói beszélgetés lélektana, Híd Családsegítő Központ, Budapest, 1990. 22. o.

[219] Faber, Heije: Klinische Semester für Theologen, Verlag Paul Haupt, Bern / Stuttgart, 1965. 58. o.

[220] Faber / Schoot: A lelkigondozói beszélgetés lélektana, 26. o.

[221] Uo. 27. o.

[222] Uo. 58. o.

[223] Uo. 73. o.

gyakorlati képzésben is részesülnek, beszélgetéseket folytatnak beteg emberekkel, konzultálnak és együttműködnek orvosokkal és pszichoterapeutákkal. „Klinische Semester für Theologen”[224] és „Seelsorge am kranken Menschen”[225] című munkájában foglalja össze Faber a legfontosabb ismereteket azok számára, akik kórházlelkészi szolgálatot szeretnének vállalni. A cselekedetek általi tanulást hangsúlyozza, melynek gyakorlati helye egy arra felkészített tankórház.[226]A képzés során mindig a gyakorlati munka felől közelítik meg az elméletet, és nem az elmélet felől a gyakorlatot.

Általánosságban ír a szenvedő ember problémájáról és a modern kórház mint intézmény világáról. Részletezi, hogy mit él át a páciens a kórházba kerülés alkalmával, és mit él át a lelkész, mint munkatárs, a gyógyító teamben. Lelkigondozói problémákat vet fel, a betegség és a hit, valamint a szenvedés és a halál kérdését tárgyalja.

Faber abból a tézisből indul ki, hogy a beteg ember embertársa számára problémát jelent, mert ellentétes érzéseket ébreszt benne.[227] A beteg ember más, mint a többi ember. Ez az ambivalencia, nemcsak az évszázadokkal ezelőtti, hanem a 20. századi ember érzéseiben is meggyökerezett. Természetesen, hogy egy társadalom miként vélekedik a betegségről és a beteg emberről, ez mindig összefügg az adott ország kultúrájával.[228] A modern kórházakban már nem a betegek elhelyezése vagy elkülönítése és ápolása az elsődleges cél, mint korábban, hanem az orvostudomány és a technika adta lehetőségek szerinti gyógyítás. A beteg ember többé nem kirekesztett, nem démonok által megszállt, hanem egy speciális intézménybe befogadott, gyógyulásra váró ember.

A kórházakban azonban, a sokféle vizsgálat, kezelés és terápia folyamán a beteg ember többnyire az orvoslás objektumává válik, elveszítve szubjektivitását. A lelkigondozásnak abban kell segítenie, hogy a beteg az egészségügy rendszerében ne váljék az orvoslás tárgyává, hanem szubjektum, személyiség maradhasson.[229]

---

[224] Faber, Heije: Klinische Semester für Theologen, Verlag Paul Haupt, Bern / Stuttgart, 1965.
[225] Faber, Heije: Seelsorge am kranken Menschen, Handbücherei für Gemeindearbeit, Heft 45, Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, Gütersloh, 1969.
[226] Faber: Klinische Semester, 95. o. Vö. Faber: A lelkigondozói beszélgetés lélektana, 72-74. o.
[227] Faber: Seelsorge am kranken Menschen, 5. o.
[228] A primitív társadalmakban a beteget kirekesztették, a betegségtől féltek, mert azt gondolták, a beteg embert valamiféle gonosz szellem szállta meg, ezért jobb, ha mindenki távol tartja magát tőlük. Jézus ezzel ellentétben közösséget vállalt a betegekkel, nyitott volt feléjük, meggyógyította őket. A krisztusi parancsnak engedelmeskedve indultak tehát útnak azok az elhivatott keresztyén emberek, akik az első évszázadokban, s aztán folyamatosan a történelem folyamán, a beteg emberek szolgálatába álltak, számukra szegényházakat, kórházakat építettek.
[229] Faber: Seelsorge am kranken Menschen, 13. o.

Faber felhívja a figyelmet arra, hogy egészen más egy gyülekezeti lelkész látogatása a kórházban, és egy főállású kórházlelkész tevékenysége.[230] A kórházlelkész bizonyos mértékig része az orvosi és ápolói közösségnek, azonosul velük, ugyanakkor a betegre szubjektumként tekint, egy embertársat, személyt lát benne, akiért nem csupán egy látogatás erejéig, hanem az egész kórházi tartózkodás alatt felelős. A lelkész egyik oldalról azonosul a kórházzal, s egészen otthon érezheti magát az intézményben, másik oldalról pedig bizonyos távolságot tart attól. Egyfelől integrálódik a kórház életébe, másfelől idegen marad abban.[231] Ismertté és elismertté kell válnia mind a betegek, mind az orvosok és nővérek körében. Közben meg kell küzdenie saját kérdéseivel, bizonytalanságaival, hogyan éri el a betegeket, kihez kell fordulnia, mit tud a beteg saját állapotáról, mit mondott neki az orvos, és mit kért a hozzátartozó, vajon megérti-e a szenvedő ember helyzetét és tud-e segíteni neki.

Faber munkáját értékelve szeretném kiemelni, hogy a gyülekezeti lelkészi szolgálat és a kórházlelkészi szolgálat megkülönböztetése fontos volt abban az időszakban, amikor Európában a kórházi látogatásokat gyülekezeti lelkészek végezték, s még csak kialakulóban volt a főállású kórházlelkészek alkalmazása. Másik jelentős momentum pedig, hogy ennek következményeként megjelenik a kórházlelkész kórházi rendszerbe való integrálódásának és idegenségének kérdése. Faber számára tény, hogy a kórházlelkészi szolgálatnak a kórházi rendszer részévé kell válnia, ugyanakkor marad az egyház kiküldöttje, aki a beteg embert Krisztus irgalmában, Krisztus szemével látja.

A fent nevezett teológusok amerikai tapasztalatai és a holland viszonyokra adaptált tervezeti alapján indult el 1960-ban az első klinikai lelkigondozói képzés (Klinische Pastoraale Vorming). Wybe Zijlstra is az Amerikai Egyesült Államokban tanult, s ott szerzett tapasztalatait ültette át az európai ember számára is befogadható modellé.[232]

Mintegy 40 év után Hollandiában hat helyen vezetnek Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) tréninget: Amersfortban, Nijmegenben, Vughtban, Amsterdamban, és Maarsenben.[233] Ebből három képzést egy-egy teológiai fakultás szervez, hármat pedig egy-egy klinikai alapítvány. A vezetőkből álló Klinikai Lelkigondozó-Képzés Tanácsa interdiszciplináris és felekezetközi szervezet, hivatalosan az egyházak nem vesznek részt benne. A tanfolyam elméleti részében

[230] Uo. 17. o.
[231] Uo. 31. o.
[232] Lásd: Zijlstra, Wybe: Seelsorge-Training. Clinical Pastoral Training, Chr. Kaiser Grünewald Verlag, München, 1986.
[233] Édes Tünde: Az európai-unió-beli és a magyar klinikai lelkigondozás, in: Református Egyház, 2003. 132-135. o.

különböző tudományok képviselői, teológiai, orvostudományi és szociológiai előadásokat tartanak, kiemelve a lehetséges kapcsolódási pontokat.

Kétszer hat hétig tart a gyakorlati képzés, melyet szupervízorok vezetnek. A vezetők a hallgatókat elsősorban személyes és lelkészi identitásuk felfedezésében segítik. Nagy hangsúlyt fektetnek a lelkészek közötti kapcsolat ápolására, tapasztalataik, teológiai reflexióik és hitük kifejezésére, a másokkal való együttműködés kifejlesztésére és a belső, lelki növekedésre. A képzés a klinikákon, illetve kijelölt intézményekben zajlik, legfeljebb 8 fő részvételével, akik az első időkben valamennyien lelkészek voltak. A csoport tagjai nem csupán saját élményekből, hanem egymás tapasztalataiból, erősségeiből és gyengeségeiből is tanulnak, összedolgoznak. Munkájukról szóbeli és írásbeli beszámolókat készítenek, ezeket elemzik, ezekre reflektálnak.[234]

A képzés egy másik része jegyzőkönyvek elemzésével telik. A hallgatók lelkigondozói beszélgetéseikről jegyzőkönyvet készítenek, a beszélgetés folyamatát emocionális oldalról is megvilágítják, majd a beszélgetéseket elemzik a csoportban. A beszélgetéseket nem tudják szó szerint leírni, csak emlékezetből teszik, ezzel kifejezve szubjektív élményeiket arról, hogyan élték meg a kapcsolatot. A beszélgetés leírásához önreflexió is társul, illetve a beszélgetés folytatásáról szóló elképzelés. Minden résztvevőnek alkalma nyílik arra is, hogy a betegek között áhítatot tartson, amit azután a csoportban megbeszélnek, kommunikációs szerkezetét kielemzik. Egyéni szupervízióra is lehetőség van, hetente legalább egy alkalommal.[235]

A 20. század második felében Németországban is nagy átalakuláson ment át a teológiai oktatás. Az elmélet és a gyakorlat kapcsolatának megújulása körüli vitában nagy szerepe volt a lelkigondozásnak.[236] A lelkigondozói gyakorlat ugyanis, a teológiai kijelentések és az emberi

---

[234] Zijlstra hollandiai modellje szerint a nap áhítattal kezdődik, majd egy félórás szabad interakcióval folytatódik. A szupervízor jelen van a beszélgetésen, de nem vesz részt abban. A spontán csoportbeszélgetés után mindenki elmondhatja, hogy élte meg az alkalmat, ezeket feljegyzik, pozitív és negatív érzelmek kerülnek a táblára melyeket színekkel is jelölnek. A színskála jelzi a kommunikációs folyamat változatosságát. Az élmények megbeszélésekor a hangsúly nem a tartalmi kérdéseken, hanem az emocionalitáson van. Megtárgyalják, hogyan élték meg a csoport tagjaitól való függést illetve saját szabadságukat, mennyiben uralta beszélgetésüket harmónia vagy agresszió, éreztek-e rivalizálást, egyes személyek között, tekintélybeli problémák jelentkeztek-e, megvalósulhatott-e az intimitás, el tudták-e fogadni egymás hitét, illetve felbukkan-e valamilyen csoporton belüli vagy kívüli relációban bűntudat a folyamatban résztvevők lelkében.

[235] Többek között e képzési program volt az alapja annak a mentálhigiénés szakirányú továbbképzésnek Magyarországon, amit a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének jogelőd intézménye 1987-ben elindított. A képzési koncepcióról Török Gábor Pál disszertációjában olvashatunk részletes bemutatást és elemzést. Lásd: Török Gábor Pál: A lelkigondozó szakirányú továbbképzés curriculumának kidolgozása, eredményességvizsgálata és fejlesztése, Budapest, 2013. phd.semmelweis.hu, letöltés ideje: 2014.11.01.

[236] Lásd: Jochheim, Martin: Die Anfänge der Seelsorgebewegung in Deutschland. Ein Beitrag zur neueren Geschichte der Pastoralpsychologie, 191-193. o. in: Transformationen, Pastoralpsychologische Werkstattberichte, Heft 17, DGfP e. V. Frankfurt am Main, 2012. 180-228. o.

valóság között egy sajátos diszkrepanciát tükrözött vissza. A gyakorlati teológia vezető diszciplinája a homiletika volt, de a teológia ilyen módon egyre kevésbé tudta elérni az embereket. Szükség volt tehát arra, hogy az egyház újfajta módon forduljon az ember felé. Az inkarnáció, az emberré lett Isten lett az egyházi gyakorlat vezérmotívuma.[237] A kórházi lelkigondozás során a lelkészek a szenvedő emberhez lehajoló Isten szeretetét vitték a betegágyak mellé.

1968-ban, Németországból elsőként *Hans-Christoph Piper* jutott el egy hollandiai klinikai lelkigondozó-képzésre, melyet Ziljstra vezetett. A holland mintát hozta át saját hazájába, s ezt ötvözve Sextro 200 évvel azelőtti göttingeni gyakorlatával,[238] kialakította a hannoveri pásztorációs klinikai gyakorlatot. A hetvenes években tehát először Hannoverben, Frankfurtban és Bételben indultak el ezek a kurzusok.[239] A Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) – elsősorban lelkészek továbbképzése céljából – ma is a klinika rendszerébe integráltan működik, együttműködve annak munkatársaival.[240] Képzett kórházlelkészek és szupervízorok vezetik a gyakorlatot, egyrészt kooperálva az orvosokkal és a nővérekkel, másrészt felügyelve és kísérve a kurzus résztvevőinek lelkigondozói szolgálatát. A szupervízor felel a tanítási folyamat struktúrájáért, a program összeállításáért és a tanulási folyamatért. A csoport és az egyén számára is teremt szupervíziós alkalmakat, ahol meghallgatja a tapasztalatokat, és segít azokat a rendszerben elhelyezni. Saját maga is a csoport tagja, ugyanazon a területen dolgozik, mint a tanulók, újabb ás újabb tapasztalatokat szerezve. Szókratészi metódust használva, a szupervízor nem azt mondja meg a tanítványainak, hogy mit kell csinálni, hanem tapasztalatszerzésre indítja, önálló tanulásra sarkallja őket és többnyire non-direktív módon kísér.[241] A tanulók mindazt, amit a lelkigondozás során átélnek, a csoport elé, illetve a szupervízor elé viszik. Valamennyien reagálnak az eseményekre, a beszélgetésre és annak körülményeire, saját érzéseiket és meglátásaikat közölve, nyitottan a másik érzéseire és meglátásaira. A stúdium fontos eleme a kommunikációs folyamatok vizsgálata, bizonyos kommunikációs zavarok tisztázása és a kommunikációs készség javítása, mind a lelkigondozásban, mind az

---

[237] Uo. 196. o.
[238] Piper: A kommunikálás tanulása, 106-121. o.
[239] Jochheim, Martin: Die Anfänge der Seelsorgebewegung in Deutschland. Ein Beitrag zur neueren Geschichte der Pastoralpsychologie, in: Transformationen, Pastoralpsychologische Werkstattberichte, Heft 17, Herausgegeben im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie e. V. von Klaus Kiessling, Frankfurt am Main, 2012, 216. o.
[240] Vö. Németh Dávid: Egyházak hazai és külföldi tapasztalatai szociális munkások képzése terén, in: Református Egyház, 1985. 161kk.
[241] Piper: A kommunikálás tanulása, 45-46. o.

igehirdetésben. A lelkigondozónak kerülnie kell a beszélgetésben a dogmatizálást, a moralizálást, az általánosítást és a rámenősséget. A hangsúly az elkísérő lelkigondozáson van, amelyet nem a lelkigondozó vezet egy előre meghatározott céllal, hanem amely a beszélgetés során alakul, annak nyomán, amit a páciens magából előhoz.[242]

A tanulócsoportban, munkacsoportban és az önismereti csoportban is folyamatosan reflektálnak a tagok saját tapasztalataikra, és a másik által előadott eseményekre, érzésekre. Közben a csoportban mindenkinek meg kell küzdenie saját maga és a másik ember magatartásformáival, amelyről szintén visszajelzéseket adnak egymásnak, így segítve az előrehaladást az önismeret terén is. „Csak más személyekkel való állandó érintkezés során válik a személy személlyé, és marad is személyiség. Ennek az érintkezésnek a helye a közösség."[243] Meglátásom szerint a felvázolt kiscsoportos tanulási forma segít abban, hogy az ember megtapasztalja más emberek viselkedését és a saját magáét velük kapcsolatban, meghallgasson őszinte érzéseket, visszajelzéseket, és ezeket beépítse saját cselekedeteibe, gondolkodásmódjába. A csoportban átéli egy közösség formálódását, struktúrálódását, annak reakcióit külső és belső zavarokra, s ezt a tapasztalatot viszi tovább azokba a rendszerekbe, ahol él és dolgozik, s hozhat szintén változást és struktúraváltást egy-egy rendszer életébe. A lelkigondozó-kórházlelkész ezáltal változást munkálhat mind az egyház, mind a kórház rendszerében, a kisebb közösségek felől a nagyobb közösségek felé haladva. Közben azonban meg kell találnia a helyét a rendszerek határán, meg kell küzdenie határszerepével, és fel kell fedeznie a mindennapi nehézségek mellett az ebből adódó lehetőségeket is.[244] Éppen ez teszi szükségessé, hogy jelen dolgozatban feltérképezzük a rendszerek találkozását, megfogalmazzuk az egyházi és a kórházi rendszerek és környezetük egymást erősítő és egymást gyengítő tulajdonságait, melyek a kórházlelkész szolgálatát különféle módon befolyásolják, akadályozhatják vagy támogathatják.

[242] Uo. 76-78. o.
[243] Tillich, Paul: Sein und Sinn, Gesammelte Werke, 3. Auflage, XI. De Gruyter Verlag, Berlin, 1982. 71. o.
[244] A KSA mai standardját lásd a Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie honlapján: www.pastoralpsychologie.de/sektion-ksa.html, letöltés ideje: 2014.09.11.

2.2.2. A kórházi rendszer és az egyházi rendszer különbségei

A kórházi és az egyházi rendszert vizsgálva, egyrészt az ellenpontokat keressük, másrészt pedig a rendszerek egymásrahatásait. A kórházi rendszert az egészségügyi rendszer alrendszereként, az egyházi rendszert pedig a keresztyén vallás alrendszereként közelítjük meg. Az egészségügyi rendszert elsősorban a német minta alapján felépülő magyar viszonyokra tekintve elemezzük.

Az első különbség a kórház mint intézmény és az egyház felépítése között a *szervezeti kérdésekben* nyilvánul meg. Az kórházi rendszer hierarchiája egy felülről lefelé építkező rendszer. Az egészségügyi rendszer alrendszereként a kórházi rendszer felépítését meghatározó hatalom a tulajdonos, a minisztérium, az OEP, és ezek koncepcióinak, törvényeinek, szabályrendeleteinek, vagyis az egész rendszernek az elszenvedője maga a kórház intézménye és a kiszolgáltatott beteg. Ezzel szemben a református egyházi rendszer szervezetileg alulról felfelé építkező, vagyis presbiteri-zsinati. A gyülekezeti lelkész szerepe és a gyülekezet helyi közössége meghatározó. A választói névjegyzékbe felvett gyülekezeti tagok szavazati joggal rendelkező, választó tagjai véleményalkotók, helyi szinten döntéshozók. Kis közösségekből épül fel a nagy egyház, a rendszeren belül alrendszerek működnek, melyek kapcsolatban állnak egymással, hatnak egymásra.

A kórház szolgáltat, az egyház szolgál. A kórház *finanszírozása* a homogén betegségcsoportok (továbbiakban: HBCs) rendszerének [245] pontjaiból és a betegek kötelező járulékából történik, a gyülekezetek fenntartása tagjainak önkéntes egyházfenntartói járulékából és adományából.

A kórház *munkatársainál* a szervezeti felépítés mintájára ugyanaz a felülről lefelé építkező hierarchia figyelhető meg. Az orvostársadalomban: osztályvezető főorvos – főorvos – adjunktus – szakorvos – szakorvosjelölt – rezidens következik egymás után, s ennek megfelelően alakul a felelősségvállalás, a jogok és kötelezettségek, vagyis az egymás alá- és fölérendelt viszony. Az egyház, illetve egyházközség tagjai az egyetemes papság elve szerint egymás mellérendeltségben állnak.

A kórházi rendszer egyre rövidebb orvos–beteg kapcsolatra, ápolási időre és *kommunikációra* törekszik, gazdasági és egyéb megfontolásokból, az egyházi rendszer minél hosszabb lelkész-gyülekezeti tag, ember-embertárs, vagy még inkább egy örök érvényű Isten-ember kapcsolatot munkál. A kórházi rendszerben egy kórtermi közösség vagy akár egy kórházi istentiszteleti

---

[245] A HBCs Magyarországon 1993. július 1-től a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használatos betegosztályozási rendszer. Azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, melyeknek közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye. A kórházak teljesítményét többek között ennek a rendszernek alapján értékelik. Vö. Egészségtudományi Fogalomtár, www.fogalomtar.eski.hu, letöltés ideje: 2015.03.16.

közösség rövidtávú, időszakos, az egyház gyülekezeti közössége jó reménységgel hosszútávú, és folyamatos.

A kórházi rendszer *eredményei* jól adminisztrálhatóak, az egyházi rendszer résztvevőinek Istenhez térése részlegesen ugyan a kazuáliákban mérhető, valójában azonban csupán a mennyei Atyánál van számon tartva.

A kórházi rendszer elsősorban a beteg szomatikus gyógyítását tűzi ki célul, az egyházi rendszer elsősorban a lelki üdvösséget munkálja. A kórházi rendszerben az input a beteg, vagy betegségre hajlamos ember, az output a meggyógyított, vagy kezelt ember. Az egyházban az input az Istentől elszakadt, bűnös, vagy bűnre hajlamos és bűnbocsánatra vágyó ember, az output az Istenhez forduló, vele újra párbeszédbe kerülő, Krisztust követő, vagy Krisztus követését tanuló, megszentelődő ember. Az egészségügyben a folyamat és a visszacsatolás a terápia és a kontroll váltakozása a gyógyultnak nyilvánításig, az egyházban a folyamat és a visszacsatolás a Megváltó Jézus Krisztusban való bűnbánat és bűnbocsánat, a sákramentumok, a hirdetett és a látható ige, Krisztus felöltözése. Az egészségügyi intézmény célja, hogy a gyógyult beteg távozzék, az egyházi intézmény célja, hogy a megváltott ember maradjon, vagyis beépüljön Krisztus testébe, az egyházba, a communio sanctorum-ba. Az egészségügyben a beteg halála a gyógyítás kudarca, az élet vége, az egyházban a megtért ember halála az örök élet kezdete. A rosszul megválasztott terápia, az öröklött tulajdonságok és hajlamok, az emberi erőkkel gyógyíthatatlan betegségek miatt azonban mind a kórházi, mind az egyházi rendszerből halállal esik ki a beteg. A kórházból a pathológiára, majd az anyaföldbe, az egyházból az egyházon kívülre, extra ecclesiam, élve, de az üdvösségre nézve mégis holtan.

A rendszerek között azonban nemcsak különbségek, hanem azonosságok, ill. átfedések is megfigyelhetőek. Ha a rendszerek célját az *értelemadás*[246] szempontjából vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy a kórházi rendszer a gyógyulásért küzd, az egyházi rendszer pedig az üdvösségért. Mindeközben a kórházi rendszerre és az egyházi rendszerre egyaránt hatnak a társadalmi rendszer változásai. Mindkét rendszernek reagália kell a modernitás kihívásaira. Ahogy arról korábban szóltunk a pluralista társadalomban a vallás többé nem képes minden részterület meghatározására, mégis reflektálnia kell a kívülről jövő megfigyelésekre.[247] Mindkét rendszert jellemzi az *altruizmus*, a mások iránti segítségnyújtás, mely a kórházi rendszerben a humanista, az egyházi rendszerben pedig a Krisztus szeretetéből fakadó

[246] Luhmann, Niklas: Az értelem, mint a szociológia alapfogalma, in: Némedi Dénes (szerk.) : Válogatás Niklas Luhmann írásaiból. Szociológiai füzetek 42. 1987. 17-77. o.

[247] Korábban részletesen szóltunk erről a témáról, a dolgozat 1. fejezetében.

odafordulásban nyilvánul meg.[248] Az *etikai problémákat* tekintve mindkét rendszer szembesül bioetikai, szociáletikai és gazdasági etikai kérdésekkel, melyre saját megfigyelése szerint ad feleletet, hozzájárulva ezzel a másik rendszer véleményformálásához.[249] A kórházi és az egyházi rendszer *antropológiai látásmódja* annyiban hasonló, hogy mindkettő az emberi élet feltétlen tiszteletét törekszik szem előtt tartani.

Mivel a vallás természetéhez tartozik, hogy az élet – egyéni és társadalmi – minden területéhez köze van, ezért bármely szociális rendszerrel kapcsolatban előáll az *interpenetráció.*[250] Ennek értelmében a kórházi és az egyházi rendszer egymás környezeteként jelenik meg és kölcsönösen hat egymásra. A rendszerek egymással kommunikálhatnak, s az egyik rendszer belső komplexitását a másik rendelkezésére bocsátva segítheti annak kialakulását, formálódását.

Mindezt összefoglalva rendszerszemléletű elemzésünkben szeretnénk hangsúlyozni, hogy az egyházi és a kórházi rendszerben és azok alrendszereiben egyrészt figyelnünk kell a nonszummativitás elvére[251], miszerint az egész több, mint a részek összege, s a jelenségek leírásában nemcsak a tagok milyensége, hanem elsősorban a kapcsolatuk a fontos. Vagyis az említett rendszereken belül az alrendszerek, illetve különféle elemek kapcsolatát is látnunk kell. Másrészt tekintettel kell lennünk az egyházi és a kórházi rendszerek határainak működésére. „A határok szabályozzák a ki és bejutó információkat, megszűrik a rendszert fenyegető hatásokat és összetartják a belső erőket."[252] Az egyházi és a kórházi rendszerek határai az aktuális helyzethez alkalmazkodva különféleképpen működhetnek: beengedhetnek információkat, védekezésül elzárkózhatnak az elől, ami a rendszer működését fenyegeti vagy maguk is kiengednek információkat, jelt adnak környezetüknek.[253] Ennek alapján, bár a későbbiekben felvázolunk hasonló reakciókat is, azt is látni fogjuk, hogy egy adott kórház intézményrendszere különbözőképpen reagálhat a lelkigondozó-kórházlelkész megjelenésére,[254] azonos folyamatok különböző kimenetelűek lehetnek.[255]

---

[248] Lásd Schneider-Harpprecht definícióját a dolgozat 2.3.2.2. fejezetében
[249] Bővebben lásd a dolgozat 2.2.3 és 3.5.2 fejezetében
[250] Bővebben lásd a dolgozat 1.1 és 1.3 fejezetében.
[251] Vö. a dolgozat 1.1 fejezetével.
[252] Komlósi Piroska: A rendszerszemlélet, előadás a Károli Gáspár Református Egyetemen, 9. o. in: www.semmelweis.hu/klinikai-pszichologia, letöltés ideje: 2015.01.12.
[253] Uo. lásd bővebben, 8-11. o.
[254] Lásd a MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel folytatott kutatás elemzésénél, a dolgozat 2.5 és 2.6. fejezetében.
[255] Az ekvifinalitás elve szerint a rendszeren belül különböző folyamatok ugyanazon végeredményt hozhatják létre vagy azonos folyamatok különböző kifejletűek lehetnek. Vö. Komlósi: A rendszerszemlélet, 17. o.

A következőkben az egyházi és kórházi rendszereken belüli kölcsönhatásokra, valamint a két intézményrendszer kapcsolatára figyelve elemezzük a rendszerek határán lévő kórházi lelkigondozást.

2.2.3. A kórházi lelkigondozás a rendszerek határán

A kórházi lelkigondozás nemcsak Magyarországon, hanem általában mindenhol, ahol teret kap, keresi a helyét. Általános helykeresésének oka, hogy rendszerek határán működik, mégpedig az egyházi és a kórházi alrendszer határán. Mit is jelent mindez? Kiindulópont számunkra *Michael Klessmann* tézise, mely szerint a kórházi lelkigondozó két rendszer határán mozogva végzi szolgálatát, s így mind az egyházzal, mind a kórházzal lojálisnak kell lennie.[256] Megkülönbözteti a kórházi lelkigondozást a gyülekezeti lelkigondozástól. A kórházi lelkigondozás speciális tevékenység, s különös módon formálja és befolyásolja a lelkigondozói kapcsolatot az, hogy a kórház intézményébe ágyazott. A folyamatban ütközik egymással az objektív orvoslás és a szubjektív, személyes lelkigondozói kapcsolat, a klinika komplexitása és a lelkigondozás egyénre figyelése, az orvos-beteg távolságtartó és a lelkigondozó-lelkigondozott személyes, lelket érintő kapcsolata.

A kórházi lelkigondozás helykeresésében az első kérdésünk az, hogy hol helyezkedik el a lelkigondozó-kórházlelkész. Klessmann hangsúlyozza, hogy az egyház és a vallás a mai társadalomban részrendszerré vált. A kórházi lelkigondozást az egyház és a kórház közti köztes térbe helyezi.[257] Köztes tér alatt érti a következőket: szolgálat a kórház és az egyház között, a biztos jogállás és a strukturális jelentéktelenség között, a betegek és a munkatársak között, a hétköznapi beszélgetés és a pszichoterápia között, a lelkipásztori evangéliumhirdetés, papi eszközök és a kapcsolatközpontú lelkigondozás között, a professzionalitás és a szubjektív érintettség között, erő és erőtlenség között, végül egészség és betegség, illetve élet és halál között.[258] Ezek közül mi most elsőként a kórház és az egyház közti köztes teret emeljük ki, mint a rendszerek találkozásának helyét.

Egyik oldalról a lelkigondozó-kórházlelkész a kórház hierarchikus rendjébe nem vagy alig besorolható, nincsenek alá- és fölérendelt munkatársai, kórházlelkész kollégáival – ha vannak – mellérendeltségben dolgozik, szakmai felügyeletet és szupervíziót kívülről kap, vagyis a kórházi rendszeren belül szinte nem ellenőrizhető. Bár munkaköri leírása többnyire van, helye,

---

[256] Klessmann, Michael: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, Debreceni Református Hittudományi Egyetem kiadása, Debrecen, 2002. 9-10. o.
[257] Uo. 11. o.
[258] Uo. 12-22. o.

szerepe és feladatköre mégis oly sokféle, hogy a rendszer számára a megszokott módon alig nyomonkövethető és számonkérhető. Lelkigondozói feladatát nem egy osztályon, hanem számtalan helyen, betegágy, nővérpult, orvosi szoba, folyosón várakozó hozzátartozó mellett, s esetenként az egészségügyi intézményen kívül látja el. Bár a lelkigondozói beszélgetések, a liturgikus alkalmak, rekreációs tréningek előadások száma, illetve kulturális rendezvények szervezése és lebonyolítása adminisztrálható, de ezek nem egy bizonyos osztályon, egy bizonyos közösségben kapnak teret, hanem a kórház valamennyi részlegén, sokak számára átláthatatlanul. A kórházlelkész időközi vagy éves beszámolója nem készíthető el a gyógyító részlegek osztályos beszámolóinak protokollja alapján. Meg kell állapítanunk tehát, hogy a kórházlelkész már csak feladatkörénél fogva is eleve más, mint a kórház többi munkatársa, így bizonyos szempontból az egészségügyi rendszer szabályain kívül esik, s annak tagjait zavarhatja, illetve irritálhatja. Az egyház kiküldötteként kórházi alkalmazott, a rendszer mégis idegen elemként tartja számon.

Másik oldalról az egyház a gyülekezeti munkától lényegesen különböző kórházi szolgálatot nehezen követi, szinte kívülállóként kezeli, s maga a kórházlelkész is elidegenedik saját egyházi közösségében, mely elsősorban a gyülekezetekre és azok lelkészeire fókuszál. A lelkigondozói munkát a kórházlelkész egészen más közegben végzi, mint a gyülekezeti lelkész. Míg a gyülekezeti lelkész a lelkigondozást többnyire az adott református egyházközségben és az egyházfenntratói járulékot fizetők körében végzi, addig a kórházlelkész beteg emberekkel, vagy kórházban dolgozó munkatársakkal beszélget, akik nem ugyanahhoz a gyülekezethez és nem ugyanahhoz a felekezethez tartoznak, semmiféle anyagi elkötelezettséggel nem bírnak, sőt olykor felekezet nélküliek. A kórházlelkész elsődleges célja nem a helyi gyülekezetbe integrálás vagy az odatartozásban megerősítés, hanem Isten–ember kapcsolatának, párbeszédének [259] gondozása a kórházban töltött idő alatt. Az egészségügyi intézmény ökumenikus nyitottságot kíván a református kórházlelkésztől, a gyülekezeti közösség kifejezetten református szolgálatot. Az éves beszámolókat tekintve a kórházlelkész nem ír költségvetést, zárószámadást, egyházfenntartói névsort, többnyire nem adminisztrál anyakönyvbe kereszteléseket, konfirmációkat, házasságkötéseket, temetéseket. Missziói munkatervet nem, vagy egészen más formában készít. Szolgálata tehát a gyülekezetekben megszokott formák által nem rögzíthető és nem mérhető.

[259] Piper: Meghívás beszélgetésre, 19. o.

A kórház és gyülekezet más-más közeg, s bár a kórházi és gyülekezeti lelkigondozás lényege egy, keretei, tematikája és résztvevői mások. A betegek, nővérek, orvosok között végzett szolgálat többnyire az emberi élet egy sajátos szeletére, csupán a szenvedésre korlátozódik, a gyülekezeti lelkész pedig születéstől a halálig kísérheti közössége tagjait, lelkigondoz, oktat, kazuális szolgálatot végez, gyülekezetet épít. S bár minden különbözőség ellenére a kórházlelkész és a gyülekezeti lelkész egy egyházi közösség tagja, ma Magyarországon valós probléma, hogy a kórházlelkészek gyülekezeti lelkésztársaikkal szolgálatuk különbözősége miatt, a kapcsolatot sem egyik, sem másik oldalról nem tartják, az egyházmegye a kórházlelkészt nem vagy alig kéri számon, a kórházlelkész pedig így egyházi fórum előtt egyáltalán nem vagy alig számol be lelkigondozói szolgálatáról.[260]

A kórházlelkészi szolgálat problémái tehát egyrészt az egyház és a kórház közötti köztes térből, másként fogalmazva a rendszerek határán való szolgálatból adódnak, másrészt amiatt, hogy a kórházlelkész sem az egyházi, sem a kórházi rendszerben nem találja a helyét, mindkettőben ő az, aki más, mint a többi.

A kórházlelkész szolgálata továbbá a betegek és a munkatársak közötti köztes térben zajlik. A lelkigondozó szolgálata többnyire a betegek között folyik, ugyanakkor a munkatársakkal való együttműködésben is személyes igénnyé válik. Az egészségügyi intézmény betegosztályain senki más nem foglalkozik a betegekkel és a munkatársakkal egyaránt. Az orvos és a nővér a beteggel foglalkozik, a pszichológus a beteg pszichés állapotát méri fel, a szociális munkás a beteg szociális helyzetét vizsgálja meg, orvosi konzíliumokon a betegek diagnózisa és kezelése kerül előtérbe. Az orvosok és a betegek mint a rendszer résztvevői a rendszerben külön-külön helyet foglalnak el, és valójában egyedül a lelkigondozónak nyílik arra lehetősége, hogy a gyógyítás folyamatában a kettőt egyszerre lássa, hallgassa, kísérje. Figyelemmel kísérheti a kommunikációs folyamatokat, normákat, viselkedési stratégiákat, és ilyen módon feltárhatja a kapcsolati rendszereket, és változást munkálhat. Ugyanakkor titoktartási kötelezettséggel bír, a lelkigondozói beszélgetésben elhangzottakat nem adhatja tovább egy harmadik személynek.

Köztes térben mozog a lelkész akkor is, amikor egyrészt méltatlan bár, de elhívott szolgaként az Isten irgalmáról szóló evangéliumot hozza, akár a sákramentumok kiszolgáltatásában, akár az írott ige magyarázatában, másrészt felebarátként igyekszik a beszélgetés őszinte légkörét

[260] Ezt a problémát felismerve helyenként beszámolhatunk változásról, de ez egyelőre még nem általános. Erről a kérdésről bővebben szólunk a dolgozat 2.5. fejezetében, a kórházlelkészek között végzett felmérés elemzése és kiértékelése kapcsán.

megteremteni és a beteg mellett állni. Isten elhívott és felszentelt szolgája, ugyanakkor a szenvedő mellett álló segítő embertárs. Beszélgetéseiben hétköznapi témákkal kezd és sok esetben pszichoterápiát is alkalmaz, a szakmaiságra törekszik, ugyanakkor minden szavával és cselekedetével, de csupán a jelenlétével is igét hirdet, a krisztusi irgalom továbbadója. Lelkigondozói munkájában egyaránt meg kell jelennie a professzionalitásnak és a szubjektív érintettségnek. Akkor kongruens lelkigondozó, ha megérintődik, érintődése mégsem lehet olyan mély, hogy az szolgálata végzésében gátolja. Olykor erős a maga segítő szerepében, máskor erőtlen és tehetetlen. Krisztus irgalmát hozza, ugyanakkor önmaga is Krisztus irgalmára szoruló ember. Lelkigondozói munkája folyamatosan az életért folyó küzdelem és a haláltusa között zajlik, vagyis a gyülekezeti lelkészi szolgálat sokszínűségével szemben a kórházlelkész folyamatosan a nyomorúsággal, a szenvedéssel szembesül, és az élet és a halál közti köztes térben kell hirdetnie az evangéliumot.

A kórházi lelkigondozás tehát nem egyszerűen egy beteg ember ágya mellett zajlik, maga mögött hagyva minden mást, hanem sokkal inkább egy komplex rendszerben, melynek összetevői kölcsönhatásban állnak egymással és minden esetben befolyásolják a lelkigondozás folyamatát az egyházi és a kórházi alrendszerek határán.

A kórházi lelkigondozás helykeresésében a második kérdésünk, hogy az egyházi és a kórházi rendszeren belül, milyen alrendszerek találkoznak egymással egy lelkigondozói beszélgetés során. *Erhard Weiher* a lelkigondozás négy kapcsolati mezőjéről beszél: a beteg ember világáról, az orvostudomány szakemberei és a terápiás szolgálat világáról, a kórház mint intézményi szervezet világáról és a teológiai koncepciók és szimbólumok világáról.[261] A lelkigondozás ebben a közegben zajlik, s a kórházlelkésznek ebben a komplex rendszerben kell megkeresnie és megtalálnia pácienseit. A rendszer nem csupán kazuál-lineáris folyamatokból épül fel, hanem ennek a négy világnak mint alrendszereknek és különféle kapcsolódásoknak az összjátékából, amelyek folyamatosan hatnak egymásra és változást munkálnak. Az orvostudomány gyors fejlődése és változása szüntelen továbbképzésre kötelezi és ösztönzi az orvosokat. Az újabb és újabb gyógyszeres terápiák ismerete és használata, a gyógyulás és gyógyítás lehetősége, az egyes betegségekre írt protokollok és nemzetközi ajánlások használata elvárt, ugyanakkor ebben az ismeretelméleti folyamatban sokszor a beteg, a szenvedő ember lelke hangsúlytalanná válik. A páciens minden áron gyógyulni vágyik. Ha az egyik helyen nem

[261] Weiher, Erhard: Mehr als begleiten. Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz, 1999., 2. Auflage, 2004. 12-14. o.

kapja meg azt, amit akar, megy a másik helyre, szalad orvostól orvosig, hiszen erre lehetősége van, s véletlenül sem akar szem elől téveszteni egyetlen reménysugarat sem. Közben felfordul az élete, az eddig megszokott életrend átalakul, a családi rendszerben is felborul a status quo, megváltoznak a viszonyok. Van, aki mellé áll, van, aki elfordul tőle, van, aki megbocsát, van, aki ítéletet lát a betegségben, minden kapcsolat átértékelődik. A rendszer igyekszik visszaállítani a homeosztázist, a szenvedő szomjazza a lelki segítséget az eddig megszokott állapot felborulása, s a bizonytalanság miatt.

Az egészségügyi intézmény szabályai, szervezete, felépítése, a közalkalmazottak és a vállalkozók foglalkoztatása és kontrollálása, a betegfelvétel, a kódolások, a pénzügyi elszámolások rendszere az egészségpolitika változásainak tükrében folyamatosan változnak és hatnak a rendszer tagjaira. A lelkigondozó jelenlétével egy intézményben teret kap a teológia is mint tudomány és mint gyakorlat. Bizonyos etikai, bioetikai kérdésekben megszólalhat a keresztyén állásfoglalás. Betegek és orvosaik, ápolóik mellett jelen van az evangélium, megjelenik a spiritualitás, különféle rítusok, vallási szimbólumok. Meglátásunk szerint tehát e négy kapcsolati mezőben: a beteg ember, az orvostudomány, az egészségügyi intézmény és a teológia világában kell a lelkigondozásnak megtalálnia helyét, szerepét, új dimenziót nyitva az egészségügyi és egyházi rendszer határán megfogalmazódó kérdések, válaszok és megoldások terén.

A kórházi lelkigondozás helykeresésében a harmadik kérdésünk, hogy milyen pozíciót vállalhat fel a lelkigondozó-kórházlelkész az egyházi és a kórházi rendszerek határán való szolgálatában. Jól szemléltetik ezt *Schneider-Harpprecht* metaforái, aki a rendszerszemléletű lelkigondozás intézményben elfoglalt helyét tekintve, három sajátos pozícióról beszél, mely meghatározza a lelkigondozás kapcsolatát az intézmény aktuális tagjaival.[262] Az első lehetséges pozíció az intézmény határán való lét, mely lehet híd a világhoz vagy pedig egy jelentéktelen függelék, kolonc az intézmény nyakán.[263] Ez a határon létel viszonylagos szabadságot ad a lelkigondozás számára. A lelkigondozó szabadon mozoghat az intézmény peremén, kapcsolatot tartva mindenkivel. Résztvevő megfigyelő, de nem döntéshozó, valójában strukturálisan jelentéktelen. Az intézmény peremén működő lelkigondozás a külvilág számára jelzi a rendszer határát, a lelkigondozók számára pedig egyfajta híd szerepet tölt be más rendszerek, pl. az

[262] Schneider-Harpprecht, Christoph: Seelsorge als systemische Praxis. Der soziale und Politische Auftrag der Seelsorge, in: Wege zum Menschen, 2003. 436-441. o.
[263] Uo. 436. o.

egyház felé.[264] De alapjában véve a lelkigondozás az intézmény határán a mindennapokban inkább csak egy függelék, amit nem vesznek elég komolyan.

A második lehetséges pozíció a lelkigondozás számára a kórház intézményében, hogy annak integrált alkotóeleme, vagy olaj vagy homok a hajtóműben.[265] Ebben az esetben a lelkigondozás hozzátartozik a kórházi leltárhoz, saját részleggel, saját feladattal, ismerve és elismerve, többé-kevésbé jó kapcsolatban a részlegekkel, betegosztályokkal, munkatársakkal, a legegyszerűbb embertől egészen a vezető pozícióban lévőkig. Olaj a hajtóműben vagy homok abban, vagyis, aktívan segíti az intézmény zökkenőmentes működését vagy egyfajta prófétai kritikát testesít meg, és jelzi a diszfunkciót, a zavart.

Ha olaj a gépezetben, akkor az intézmény zavartalan működésére koncentrál, a kórház vezetésének megbízatása alapján dolgozik, kezeli a munkatársak kríziseit, konfliktushelyzetekben közvetít, felvállalja a nehéz pácienseket, irányítja az önkénteseket. Vallásos üzenetével hozzájárul ahhoz, hogy a transzcendens dimenziót reprezentálja, és igény szerint igyekszik a körülötte lévőket tehermentesíteni. Véleményünk szerint, ha a lelkigondozás az intézmény rendszerébe ilyen szinten beépül, akkor félő, hogy olyan függő helyzetbe kerül, hogy nem tud megfelelő távolságtartással véleményt formálni, kritikát gyakorolni, hanem fenntartás nélkül azonosul az intézmény céljaival.

Ezzel ellentétben, ha homok a hajtóműben, akkor prófétai módon, kritikusként kimond olyasmiket, amiket más nem mer kimondani, felfedi a hibákat, szembeszáll hatalmi felállásokkal, Isten nevében igényeket támaszt.[266] Jelzi a dolgozók kifáradását a növekvő stressz alatt, állást foglal a rossz munkafeltételek, igazságtalan bérezés ellen, kihangosítja a kapcsolati konfliktusokat. Észrevételezi a betegekkel való negatív bánásmódot, szól, ha morális kétsége van egy-egy orvosi intézkedéssel szemben. Meglátásunk szerint ebben az esetben a rendszer kétféle módon reagálhat. Jobb esetben úgy, hogy a felelősök igyekeznek kijavítani a lelkigondozó által felmutatott hibákat, vagyis eltávolítani a homokot a gépezetből, hogy az intézmény rendszere zavartalanul működjön. Rosszabb esetben pedig úgy, hogy mivel a zavart maga a lelkigondozás jelenti, az intézmény igyekszik megszabadulni a kórházlelkésztől.

---

[264] Határszerepe abban is megmutatkozik, hogy az intézmény akkor tart különösképpen vagy átmenetileg igényt a jelenlétére, amikor saját maga határaihoz érkezik, pl. előre nem látható és így nem is tervezhető események kapcsán, haldokló betegek mellett, műhibák vagy súlyos gazdasági problémák felmerülése esetén. Ilyenkor a lelkigondozó segítséget nyújthat az események értelmezésében, elrendezésében és emocionális leküzdésében.

[265] Schneider-Harpprecht: Seelsorge als systemische Praxis, 437. o.

[266] Vö. Klessman: Gibt es eine prophetische Dimension in der Seelsorge im Krankenhaus? in: Pohl-Patalong, Uta / Muchlinsky, Frank: Seelsorge im Plural: Perspektiven für ein neues Jahrhundert, E-B.Verlag Hamburg, 1999. 129. o.

Schneider-Harpprecht szerint a legmegfelelőbb, ha „a lelkigondozás az intézmény gépezetében sem nem olaj, sem nem homok, hanem katalizátor az intézményen belüli szociális kapcsolatok alakulásában."[267]

A harmadik pozíció a lelkigondozás helyét tekintve az intézmény középpontja, az intézmény csúcsa, diakóniai vagy lelki vezetőként.[268] A lelkigondozó ebben az esetben egyszerre intézményvezető és lelkigondozó. Intézményvezetőként funkcionál, ugyanakkor gyakorolja az intézményben a diakóniai gondoskodást, a lelki vezetést, és lelkigondozói odafordulással van jelen a munkatársak és a páciensek között.[269] Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy az a lelkigondozó, aki lelki vezetőként áll az intézmény csúcsán, saját hatalmi igénnyel lép fel, nem hagyja magát befolyásolni, nehezen illeszkedik be az intézménybe. Az ilyen, hatalma tudatában lévő lelkigondozó esetében a kórházban fennáll a veszély, hogy az orvosoktól, nővérektől izolálódik, konkurencia harcokba kerül.

Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a szerző felvetését ebben az esetben túlhaladottnak tarjuk, ez a forma a 21. században már idegen, hiszen a kétfajta vezetés egyre inkább elválik egymástól. A lelkigondozást és az intézményvezetést nem tartjuk egy személyen belül összeegyeztethető feladatkörnek, hiszen más és más kompetenciák és funkciók tartoznak az egyik és a másik hivatáshoz. Egy kórház vezetését az arra kiképzett szakembernek kell vállalnia. A lelkigondozónak pedig szelíd határozottsággal kell jelen lennie a kórház intézményében, hogy a vallás krízisét a posztmodern világban kezelni tudja, a lelkigondozást mások számára elérhetővé és kommunikálhatóvá tegye.

Összefoglalva és értékelve a fentieket, látnunk kell, hogy a kórházi lelkigondozónak egyszerre van szüksége lojalitásra az adott intézménnyel szemben, ugyanakkor kritikus távolságtartásra. A rendszer szociális kapcsolatainak formálásához azzal járul hozzá, hogy Isten feltétel nélküli elfogadását és a szociális igazságosságot hirdeti. Bízik Isten jelenlétében, és igyekszik olyan ajánlatokat tenni, amelyek számára az emberek meg tudnak nyílni. Észleli a konfliktusokban és a krízishelyzetekben az emberi lét törékeny voltát, a rászorultságot és esendőséget, s ebben a helyzetben is Isten szeretetét és elfogadását közvetíti az emberek felé, anélkül, hogy a hibákat, a hiányosságokat és a bűnt elhallgatná. Ezzel a kritikus, ugyanakkor konstruktív hozzáállással hordozza a kapcsolatokat, és az intézmény továbbfejlődését, a hit perspektívájában. A fenti

[267] Schneider-Harpprecht: Seelsorge als systemische Praxis, 438. o.
[268] Uo.
[269] A szerző Friedrich von Bodelschwinghet (1831-1910) említi példaként, aki evangélikus lelkészként és 1872-től vezetője volt az Evangelische Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische" intézménynek Bielefeldben.

koncepcióhoz annyi kiegészítést tennénk, hogy a lelkigondozás intézményben elfoglalt pozíciója a legtöbb esetben összefüggésben van a lelkigondozó személyiségével is. Nem lehet a lelkigondozás intézményben elfoglalt pozícióját felvázolni anélkül, hogy meg ne említenénk a lelkigondozót magát. Véleményünk szerint nincs lelkigondozó személyiségétől független lelkigondozás, illetve nem lehet attól független a lelkigondozás intézményben elfoglalt helye. Mert a lelkigondozó saját belső rendszerei, eredeti családja, jelenlegi családja, egyházzal, gyülekezetével való viszonya és ezeknek feldolgozása is hat a lelkigondozásra.[270] Erről a későbbiekben bővebben szólunk.

A kórházi lelkigondozás ma átalakulóban van, mert környezete is folyamatosan változik. Egységes szabályozását a 21. század elején nem csupán maga a szolgálat sürgeti, hanem annak környezete is. Sokféle társadalmi változáson ment át Európa, és minderre a kórházi lelkigondozás szolgálatának is reagálnia kell, ha a társadalom és azon belül az egészségügy rendszerében meg akarja tartani a helyét. A kórházi rendszer egyszerre hierarchikus, bürokratikus és szociális struktúrák által átitatott.[271] Ebbe a szervezeti struktúrába a lelkigondozó-kórházlelkészek alapvetően nem tartoznak bele, ugyanis az egyház küldi ki őket a szolgálatra, s a kórház rendszerében úgy végzik munkájukat, hogy közben munkajogilag, adminisztratív módon, financiálisan vagy strukturálisan nem válhatnak annak alárendeltjévé.[272] Németországban ma a kórházi lelkigondozás a kórház szervezeti struktúrájában önálló és egyenjogú területként áll az orvosi és ápolói munka mellett, az igazgatáshoz tartozik, de annak nem lehet alárendelt.[273] *Dorothee Haart* szerint a lelkigondozó-kórházlelkésznek két választása van, vagy ignorálja a kórházi rendszert, és vendégként látja el funkcióit, vagy azonosulva a páciensekkel – tudatosan vagy tudat alatt – harcol a számára idegen, fenyegető rendszerrel.[274]

Amikor a jelenlegi helyzetre nézve *Hézser Gáborral* együtt rendszerszemléleti orientációról és pluralizációról beszélünk „nem az a kérdés, hogy mi a probléma, ill. a megoldás, hanem hogy milyen összefüggésben áll egy jelenség, és milyen más jelenség(ek)re irányítja egyidejűleg a figyelmet."[275] A kórházi lelkigondozás rendszerszemléletű megközelítése azt jelenti, hogy nem egy probléma okát analizáljuk és vizsgáljuk csupán önmagában, hanem az adott rendszer

---

[270] Morgenthaler, Christoph: Systemische Seelsorge, 61. o.
[271] Nauer: Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger im Psychiatrischen Krankenhaus? 363. o.
[272] Uo.
[273] Uo.
[274] Haart, Dorothee: Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus. Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge, Echter Verlag GmbH Würzburg, 2007. 234-235. o.
[275] Hézser Gábor: Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Elméletek, irányzatok, emberkép, A Debreceni Református Hittudományi Egyetem Gyakorlati Teológiai Tanszékének Tanulmányi Füzetei 12. Debrecen, 2002. 40. o.

összefüggéseit, kölcsönhatásait, szabályrendszereit figyelembe véve keressük a változtatás lehetőségét, új dimenziók megnyitásával. A kórházi lelkigondozás nem lehet független a társadalmi és egészségügyi változásoktól. Ezekre figyelemmel kell lennie, és ennek következtében, a 21. században új kihívásokkal kell szembenéznie. A személyes adatvédelem[276], a minőségbiztosítás[277], a költséghatékony működés[278], bioetikai kérdések[279], szervadományozás[280], multikulturális társadalom kérdései[281] miatt nem maradhat csupán az egyház szolgálata, hanem integrálódnia kell a kórház alrendszerébe. Ehhez pontos keretekre és szabályozásra van szüksége, működését, lehetőségét és helyét pontosan meg kell határozni.

Ebből a helyzetből kiindulva többek között tehát olyan kérdésekre keressük a választ, hogy szükséges-e, és ha igen, milyen mértékben kell integrálódnia a kórházi lelkigondozás alrendszerének a kórház rendszerébe, hogyan viszonyul az adatvédelmi törvényekhez a kórház és az egyház, illetve az intézmények, különféle részlegek minőségbiztosítása sorába be kell-e állnia a kórházi lelkigondozásnak is.

2.2.4. A kórházi lelkigondozás problémái az ezredfordulón

A kórházi lelkigondozók európai hálózata[282] számára szervezett konzultációkon – ahol időközönként több, mint 27 ország kórházi lelkigondozója találkozik – egyértelműen kiderül, hogy a kórházi szolgálat magja egyrészt a világon mindenütt ugyanaz, másrészt az egészségügyi rendszer felépítése, a történelem, a vallás és a kulturális különbözőségek miatt igen különböző.[283] *Anne Vandenhoeck* négy csoportot különböztet meg a *kórházi lelkigondozás országonként* más-más voltára tekintve.[284]

Az első csoportba sorolja többek között Magyarországot, Bulgáriát, vagy Romániát, mely országoknak politikai és gazdasági okokból azért kell küzdeniük, hogy egy professzionális kórházi lelkigondozást kiépíthessenek.[285] Ezekben az országokban ugyanis a hosszabb ideig

---

[276] Pahud de Mortanges, René: Seelsorge und Datenschutz, in: Albisser, Rudolf / Loretan, Adrian (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, LIT Verlag, Zürich, 2007. 17-21. o.
[277] Albisser, Rudolf: Qualitätssicherung in der Spitalseelsorge, in: Albisser / Loretan (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, 101-109. o.
[278] Nauer: Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger im Psychiatrischen Krankenhaus? 10-107. o.
[279] Zimmermann-Acklin, Markus: Bioethik und Spitalseelsorge – Anknüpfungspunkte für ein Gespräch. in: Albisser / Loretan (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, 39-54. o.
[280] Eibach, Ulrich: Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe? Eine theologisch-ethische und seelsorgliche Sicht, in: Wege zum Menschen, 2013. 515-534. o.
[281] Klessmann, Michael: Krankenhausseelsorge als exemplarisches Pfarramt, in: Wege zum Menschen, 2001. 414-427. o.
[282] European Network for Helath Care Chaplains (ENHCC)
[283] Vandenhoeck, Anne: Seelsorge im Gesundheitswesen in Europa: Wie Kultur das Gesundheitswesen prägt, in: Wege zum Menschen, 2013. 491. o.
[284] Uo. 492-494. o.
[285] Uo. 492. o.

tartó kommunista rezsim idején nem lehetett a vallásról nyíltan beszélni, vallási szokásokat szabadon gyakorolni, melynek eredményeképpen ma az emberek kevésbé merik vagy tudják kifejezni hitüket, spirituális igényüket vagy reménységeiket. A lelkigondozóknak tehát meg kell küzdeniük egyrészt a vallásos tradíció hiányával, másrészt pedig az egészségügyi rendszerben jelenlévő financiális problémákkal. Ezekben az országokban az egészségügy tehát akadályt jelent a kórházlelkészek képzésében, foglalkoztatásában és integrációjában.

A második csoportba tartoznak azok az országok, amelyekben nemrég kezdték kiépíteni a professzionális kórházi lelkigondozást, és az a céljuk, hogy szolgálatuk megerősödjön.[286] Lettországban például négy vallás, többnyire női lelkigondozói szolgálnak: az orosz-ortodox, a baptista, a lutheránus és a katolikus egyházból. Fizetésük meglehetősen alacsony, az egészségügyben dolgozók nem ismerik el munkájukat, hiányzik teológiai képzésük és szupervíziójuk.

A harmadik csoportba azok az európai országok tartoznak, amelyekben egy-egy vallásos közösség dominál.[287] Belgiumban, Spanyolországban, Portugáliában, Olaszországban és Ausztriában a legtöbb kórház és kórházi lelkigondozó katolikus, Finnországban, Dániában, Norvégiában és Svédországban pedig a lelkigondozók nagyrésze protestáns, hiszen a lakosság nagy része is ehhez a vallásos közösséghez tartozik. A lelkigondozóknak jó kapcsolata van egymással is és a vallási kisebbséghez tartozó lelkigondozókkal is, vagyis amennyiben más vallású beteggel találkozik a lelkigondozó, és erre igényt lát, delegálja a pácienst kollégájához. Azok számára, akik semmiféle vallási tradícióhoz nem kötődnek, de igénylik a spirituális segítséget, a lelkigondozók szintén rendelkezésre állnak.

Végül a negyedik csoportba tartoznak Vandenhoeck szerint azok az országok, akik társadalmuk pluralisztikus karaktere miatt nem keresztyén, hanem vallásközi lelkigondozást igényelnek, mint Nagy-Britannia és Hollandia.[288] Ezekben az országokban minden kórház maga dönti el, hogy milyen vallású lelkigondozót vesz fel és integrál a maga rendszerébe, de egyértelműen azt várja, hogy ebben a multikulturális, plurális világban a lelkigondozói szolgálat mindenki felé nyitott legyen.

A kórházi lelkigondozás integrálásának kérdésére tehát egy-egy társadalmi rendszer más-más választ ad. Függ az adott ország történelmétől, kultúrájától, politikájától, hogy hogyan kezelik és szabályozzák a lelkigondozói jelenlétet az adott egészségügyi rendszerben. Egy példát

[286] Uo. 493. o.
[287] Uo. 493. o.
[288] Uo. 494. o.

kiemelve és bemutatva ezek közül, a következőkben Nagy-Britannia kórházi lelkigondozói szolgálatának alakulását ismertetjük vázlatosan.[289]

A *brit kórházakban* a lelkigondozás hosszú múltra tekint vissza. Ahogy az egészségügy fejlődött és az orvostudomány változott az évtizedek során, úgy alakult a kórházi lelkigondozás is. Az egyházi kórházakban magától értetődő volt a lelkigondozók jelenléte, a többi szekuláris intézményben pedig természetesen fogadták azokat a lelkészeket és papokat, akik gyülekezeti tagjaikat jöttek meglátogatni. Az 1948-as év nagy változást hozott az egészségügybe, ugyanis a parlament határozott a „National Health Service" felől, melynek része volt a lelki gondoskodás betegség esetén. Az írás valamennyi kórháznak javasolta, hogy kórházlelkésze fizetett munkatárs legyen, s különítsenek el egy kórházi kápolnát vagy csend szobát az egészségügyi intézményekben. Mivel a költségeket az adófizetők pénzéből fedezték, a törvény azt is kimondta, hogy felekezetek szerint történjen a lelkigondozás, legyen lelkigondozója az anglikánoknak, a szabadegyházaknak, és a római katolikusoknak, és azokon a területeken, ahol nagy zsidó közösség él, a zsidóknak is. Ebben az időszakban alig volt olyan lelkigondozó, aki főállásban dolgozott a kórházban, a legtöbben részmunkaidőben végezték ezt a szolgálatot, a gyülekezeti munka mellett. Ettől kezdve a lelkigondozók új feladat előtt álltak, hiszen szembesültek azzal, hogy amit a kórházban kell végezniük, az egy egészen más szolgálat, mint a gyülekezeti munka, abban az értelemben is, hogy többé nem csupán látogató lelkészek, hanem a kórház mint intézményi rendszer alkotóelemei. Természetesen találkoztak olyan hangokkal is, hogy a pénzt jobb lenne inkább orvosokra és nővérekre fordítani, tehát meg kellett küzdeni azzal, hogy a kórházlelkészeket az egészségügyi munkatársak és maguk a páciensek is respektálják. Ez nélkülözhetetlenné tette, hogy a kórházi lelkigondozók speciális képzésben részesüljenek, s professzionális módon készüljenek fel az egészségügyi intézményben folyó szolgálatra. Megalakult a kórházi lelkigondozók közössége, majd a főállásban szolgáló kórházlelkészek nemzeti egyesülete[290], 1992-ben pedig a „College of Health Care Chaplains", mintegy 1200 taggal. A minősített továbbképzéseken etikát, vallási kérdéseket, palliatív orvoslást, csoportvezetést, adatok rögzítését és bemutatását, valamint emberi jogokat tanultak. Ma a kórházban szolgáló lelkigondozók magasan képzettek, országszerte értékelik és respektálják őket. 1995-ben 250 főállású lelkigondozó volt, 2001-ben 380 lelkigondozó szolgált főállásban az egészségügyi intézményekben, és mintegy 5000 részmunkaidős alkalmazott.

[289] Page, Peter: Krankenhausseelsorge in Grossbrittannien – ein Pfarramt im Aufbruch, in: Wege zum Menschen, 2001. 407-410. o.

[290] „The National Association of Whole-Time Hospital Chaplains"

Minden kórháznak van lelkigondozója, akiknek szolgálata integrált része a beteggondozásnak Nagy-Britanniában.

A felvázolt példa alapján láthatjuk, hogy mennyi minden befolyásolja a kórházi lelkigondozói szolgálat integrálásának folyamatát. Függ az adott ország múltjától, történelmétől, attól, hogy az adott kultúrában milyen helyet foglal el a vallás. Függ a parlamenttől, hogy az aktuális kormányzat hogyan ítéli meg ezt a kérdést, és mit tart fontosnak. Függ az egyházak lehetőségeitől és hozzáállásától, hogy készek-e a lelkigondozói szolgálat kiépítésére, szabályozására, finanszírozására, képzések megszervezésére. Összefoglalva elmondhatjuk, hogy rendszerben szemlélve a kórházi lelkigondozást, annak környezete és az őt körülvevő rendszerek meghatározóak működésére nézve, más-más társadalmi rendszerben és kultúrában más-más módon körvonalazódik szerepe.

Egy következő kérdés, amelyben a kórházi lelkigondozói szolgálat működése is érintett, az *adatvédelmi törvények* bevezetése szerte Európában. Ezt a kérdéskört svájci példával szeretnénk szemléltetni. Svájcban 1993. július 1-én lépett életbe az adatvédelmi törvény, amely privát személyek és különféle szervezetek személyes adatainak feldolgozását szabályozza.[291] A törvény kimondja, hogy a személyes adatok harmadik személynek nem adhatók ki, csak abban az esetben, ha ehhez az érintett személy vagy szervezet hozzájárul. Mind az államnak, mind az egyháznak be kell tartania ezt a törvényt, így az egyház szolgálataként, az egészségügyi intézményekben a kórházi lelkigondozásnak is. Itt érkezünk el ahhoz a rendszerszemléletű kérdéshez, hogy a kórházi lelkigondozás a kórházi rendszer része vagy az egyházi rendszer részeként a kórházban idegen elem. Amennyiben az egészségügybe integrált, nem kérdés, hogy a betegek adataihoz hozzáférhet. Amennyiben azonban az egyházba integrált, a kórház rendszere felől nézve harmadik személy, ezért nem jogosult a páciensek adatainak megtekintésére. Mivel a kórházi lelkigondozás helye a kórházi rendszerben nem egyértelműen meghatározott, az állami adatvédelmi törvény bevezetése bizonytalanságokhoz vezet. Vajon joga van-e a lelkigondozónak arra, hogy a betegfelvételnél megkapott adatokba betekintést nyerjen, hiszen éppen a világnézet, a vallás, és az egészség kérdése a páciens legszemélyesebb ügye. Ezért szükséges átgondolni és szabályozni a lelkigondozó-kórházlelkész hozzáférését a betegek adataihoz.

[291] Loretan, Adrian / Albisser, Rudolf: Seelsorge vor neuen Herausforderungen, in: Albisser / Loretan (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, 11. o.

Zürich kantonban az evangélikus-református egyház és a római katolikus központi bizottság hosszú tárgyalások után, 2000. augusztusában tett közzé egy javaslatot arra nézve, hogy ajánlása szerint a lelkigondozó-kórházlelkésznek milyen adatokhoz legyen hozzáférése.[292] Ezek a tárgyalások jelzik, hogy mekkora problémát jelent ez a kérdés, nemcsak Zürich környékén, hanem a többi kantonban is, sőt egyéb európai országokban is.

Svájcban a lelkigondozás egyházi szolgálat, a jogilag elismert egyházak privilégiuma saját gyülekezeti tagjaikat a kórházakban meglátogatni. A kórházlelkészek a kórházvezetéssel együttműködve látják el feladataikat, szolgáltuk a kórházi ellátáshoz tartozik. Sok esetben a kórház adja a fizetésüket, vagy részt vállal abból. Ennek megfelelően látogatják, és igény esetén kísérik a betegeket, azokat is, akik más vallásúak, vagy egyáltalán nem tartoznak semmiféle egyházhoz. A kórházlelkészek megszokták, hogy a páciensek adataihoz hozzájutnak, és ez segíti a munkájukat. Az adatvédelmi törvény bevezetésével azonban megkérdőjeleződik erre való jogosultságuk. Ha ugyanis szolgálatuk az egyházi rendszerhez tartozó szolgálat, annak részeként a kórház rendszerében idegenként, azaz harmadik személyként vannak jelen, akik számára nem adhatók ki a páciensek adatai. A kérdés tehát így hangzik: „A kórházi lelkigondozó harmadik személy vagy a kórházhoz tartozik, mint az ápolói szolgálat, a fizikoterápia vagy a szociális szolgálat?”[293]

Ha a kórházlelkész az egyház képviselője, akkor a birtokában lévő adatokat továbbadhatja az egyház részére, akár csak abból az okból is, hogy jelezzen a területileg illetékes gyülekezet lelkészének a beteg kórházba kerüléséről, hazajutásáról vagy éppen elhalálozásáról. Ez azonban már jogi akadályokba ütközik, éppen a rendszerben elfoglalt bizonytalan helyéből, illetve határszerepéből kifolyólag. Az adatvédelmi törvények és a személyes adatvédelem bevezetése szerte Európában arra hívja fel a figyelmet, hogy szükséges az egyházi jelenlétet az állami intézményekben pontosan szabályozni, a rendszerek határán működő kórházlelkészi munkát éppen úgy, mint az állami iskolai, börtön vagy tábori lelkészi szolgálatot.

Szintén a 20. század végén jelent meg egy következő témakör – melyben a kórházi lelkigondozás, mint a kórház rendszerében megjelenő szolgálat is érintetté vált – a *minőségbiztosítás kérdése*. Az 1990-es évektől kezdve valamennyi egészségügyi intézménynek minőségellenőrzési folyamaton kellett átmennie. A minőségbiztosítás az egészségügyben arra hivatott, hogy a kórház szolgáltatásainak minőségét folyamatosan kontrollálja és fejlessze,

[292] Uo. 12. o.
[293] Uo. 13. o.

annak lépéseit leírja és megtervezze, a lehetséges hibák megelőzésére felkészüljön, s azokat megszüntesse, majd ellenőrizze, a hiányosságok okait feltárja, az abból fakadó költségeket és károkat csökkentse.[294] Az egészségügyi intézmények tehát csak úgy működhetnek, ha a megfelelő szakmai és minőségügyi követelményeknek megfelelnek, és saját követelményrendszerüket folyamatosan fejlesztik. A kórházban működő valamennyi részleg minőségbiztosítása kötelező. Ennek értelmében felmerül az igény, hogy a kórházi lelkigondozói szolgálat minőségét is biztosítani kell. A kórházi lelkigondozás rendszerek határán működő szolgálata, helykeresése sokáig lehetővé tette, hogy mint az egyház speciális szolgálata, ebből kimaradjon. Ez azonban nem segíti a kórházi rendszerbe integrálódását. Ha nem akarjuk, hogy a kórházi lelkigondozást idegen testként tartsák számon az egészségügyi intézményekben, akkor foglalkozni kell a lelkigondozói tevékenységre vonatkozó minőségi standardokkal.[295]

Nagy-Britanniában, az 1990-es évek kezdetén, a nemzeti egészségügyi szervezet (National Health Service) piackutatásokat végzett, és ennek eredményei alapján kívánta átstrukturálni az egészségügyi rendszert.[296] A kórházi lelkigondozók féltek attól, hogy szolgálatukat anyagi okokból ezután csökkenteni fogják vagy teljesen felszámolják. A piackutatások azonban arról győzték meg az illetékeseket, hogy a betegség kezelésében és gyógyításában igen nagy szerepe van a páciens lelki, szociális és vallásos támogatásának. A kórházi lelkigondozók számát tehát nem csökkentették, hanem a költségvetésből még nagyobb összeget különítettek el munkájukra, s a szolgálat szorosabban integrálódott a rendszerbe, mint azt megelőzően.

Az utóbbi évtizedekben *Rudolf Albisser* két *fejlődési irányt* lát a kórházi lelkigondozást illetően Nyugat-Európában és Észak-Amerikában.[297] Az egyik, hogy a kórházi lelkigondozás egyre inkább megkülönböztetett szolgáltatássá válik az egészségügyi intézményekben, hiszen a kezdetekben csupán saját egyháztagjait látogathatta meg egy-egy lelkész, ma pedig egy olyan szakembernek számít, aki igény szerint, valamennyi pácienssel és valamennyi dolgozóval lelkigondozói kapcsolatot építhet ki. A másik fejlődési irány, hogy a kórházi lelkigondozás, mint vallásos-spirituális szolgálat, egyre nagyobb nevet szerez magának más kórházi

---

[294] 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, V/4 Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása. net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV, letöltés ideje: 2014.11.28.

[295] Worthmann, Hartmut / Jarck, Thomas / Mummenhof, Ulrike (Hg.): Qualitätshandbuch zur Krankenhausseelsorge, Ein Werkbuch, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2010. 39. o.

[296] Mehler, Bernd: Seelsorge nach EN ISO 9000? Herausförderung des Qualitätsmanagements an die Seelsorge, in: Wege zum Menschen, 2002. 419. o.

[297] Albisser, Rudolf: Qualitätssicherung in der Spitalseelsorge, in: Albisser / Loretan (Hg.): Spitalseelsorge im Wandel, 102. o.

szolgáltatásokkal szemben. Tapasztaljuk, hogy az orvosok és a nővérek a magas szintű orvosi és sokrétű adminisztratív elvárás nyomása alatt nem tudnak elegendő időt tölteni a beteg személyes, emocionális kísérésével. Ez a pszichoterapeutikus vákuum azt eredményezi, hogy szüksége van a rendszernek valakire, aktuálisan a kórházi lelkigondozóra, akinek feladata a haldoklók, a súlyos betegek, a vigasztalásra szoruló vagy félelemmel küszködő páciensek és hozzátartozók kísérése.[298] Az egészségügy rendszerében tehát a magas szintű orvosi ellátás, a modern technológia, és az újabb és újabb kutatások, eredmények és elvárások nyomán a betegekkel való személyes kapcsolat kialakításában vákuum keletkezett. A rendszer felborult homeosztázisát újra egyensúlyba kell hozni, s erre a feladatra megfelelőnek látszik a lelkigondozó, illetve sok egészségügyi intézményben a klinikai pszichológus. Fel kell tennünk azonban a kérdést, hogy a lelkigondozásnak ki kell-e szolgálnia ezt az igényt, és ha részt vállal ebből a feladatból, akkor azt hogyan tegye. Mivel meggyőződésünk, hogy a kórházi lelkigondozás a kórház rendszerében nem lehet csupán egy pszichoterapeutikus vákuum betöltése, ezért is látjuk szükségesnek Magyarországon is a szolgálat definiálását, tartalmának, céljának és funkcióinak megfogalmazását. A feladatok meghatározására, a minőségbiztosításra tehát nemcsak, mint az egészségügyi intézményhez tartozó szolgálatok egyikének van szüksége, hanem önmaga kereteinek meghatározásáért, professzionalitásának biztosításáért is fontos a kórházi lelkigondozás minőségbiztosítása.

A bázeli kantonban 1984-ben három történelmi egyház és az izraelita közösség szerződésben rögzítette, hogy a lelkigondozás az állami kórházakban a kanton és az egyházak közös ügye.[299] Az állam és intézményei gondoskodnak a keretfeltételekről, az infrastruktúráról, az egyház pedig beállítja és fizeti azokat a lelkigondozókat, akiknek kiküldését a lelkigondozói bizottság megerősíti. Azzal, hogy a kórházi lelkigondozást az állam és az egyház közös ügyének titulálták, egy új fejlődési irány vette kezdetét, újabb és újabb kérdésekkel.

Vajon a lelkigondozói szolgálat minőségét hogyan lehet biztosítani? Különféle szolgálati teljesítményekre vonatkoztatva *Manfred Bruhn* háromféle minőségdimenziót különböztet meg: a tárgyi, a személyi és az interperszonális minőségdimenziót.[300] A tárgyi minőségdimenzió vonatkozik a szolgálat pontosságára és teljességére, a személyi minőségdimenzió a személyzettel kapcsolatos viselkedésre, a barátságosságra és az őszinteségre, az

[298] Uo. 102. o.
[299] Uo. 103. o.
[300] Bruhn, Manfred: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepten, Methoden. Berlin, 1997. 27. o.

interperszonális minőségdimenzió pedig az empátiára és rugalmasságra. Ezeknek azonban igen nehéz a mérhetősége, szinte minden esetben szubjektív, hiszen a minőség észlelése egy individuális és többdimenziós folyamat. [301] Egy szolgálati teljesítmény megítélése meglehetősen szubjektív, hiszen mindenkinek más elvárásai vannak, más-más módon határozza meg az ember, hogy mit tart jónak és mit nem. Különösen igaz ez a kórházi lelkigondozói szolgálatra, mely két rendszer határán működik, s más az egyik, és más a másik rendszer elvárása a lelkigondozással kapcsolatban. Esetenként ütköznek az érdekek, különböznek alapelvek és nem ugyanazon feltételek szerint ítéli meg az egyik, illetve a másik rendszer a minőséget. A lelkigondozó-kórházlelkész pedig pontos feladatmeghatározás, munkaköri leírás, elvárási és értékelési rendszer hiányában a két rendszer kívánalmai között vergődik. Éppen a kórházi lelkigondozás határszerepe miatt, az egyházi és a kórházi rendszerek határán szükséges kiemelten a szolgálat minőségbiztosítása, hiszen ez többek között egyfajta védelmi funkciót is betölthet a szolgálatban tevékenykedők számára.

Németországban, 1998. május 8-án alakult meg a *ProCum Cert*, mely egy minőségbiztosítási tanúsítványt kiállító társaság keresztyén kórházak és szociális intézmények részére.[302] Tagjai a Katolischer Krankenhausverband Deutschlands, a Deutscher Evangelischen Krankenhausverband, a Deutscher Caritasverband és a Diakonisches Werk, együttműködésben a Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (továbbiakban: KTQ). A nem egyházi kórházak Németországban a KTQ minőségbiztosítása alapján, az egyházi kórházak pedig a ProCum Cert és a KTQ közös kritériumai alapján kapnak tanúsítványt. A ProCum Cert sajátossága az állami kritériumokhoz képest, hogy a kórház fenntartójának felelősségéről, a betegekkel és a munkatársakkal való szociális bánásmódról, a társadalom és a környezettel szembeni felelősségről és a spiritualitásról is szól. A lelkigondozás témakörében a kórházi lelkigondozás minőségét, a lelkigondozói ajánlatok módját, folyamatát és struktúráját vagy például a keresztyén emberképet külön tárgyalja, a következő kérdések alapján: Hogyan lehet megszerezni ezt a minősítést? Milyen rendszerességgel vesznek részt továbbképzéseken a kórházi lelkigondozók? Milyen mértékben lehet a továbbképzések alól felmenteni a kórházi lelkigondozókat? Hogyan informálja a lelkigondozó a pácienseket az istentiszteletről? Hogyan érhetik el a munkatársak a leggyorsabban a kórházi lelkigondozót? A képzés része-e az imádság

[301] Nelius, Gaby / Städtler-Mach, Barbara: Qualitätssicherung in der Krankenhausseelsorge – Chancen und Risiken, in: Wege zum Menschen, 2002. 404. o.
[302] Uo. 407. o.

és a haldoklók kísérése? A keresztyénség alapkérdései hozzátartoznak-e a képzéshez?[303] A minőségbiztosítás négy fázisból áll, egy belső, önértékelési fázisból, mentor segítségével, egy külső értékelési fázisból, vizitációval, egy három évre szóló certifikációból és egy hivatalos minőségi jelentésből.[304] A ProCum Cert a kórházi lelkigondozás minőségbiztosításához egy minden részletre kiterjedő kritériumkatalógust ajánl, mely a struktúrára, különféle folyamatokra és eredményekre koncentrál. Mivel hasonló minőségbiztosítási folyamaton megy keresztül az egészségügyi intézmény valamennyi részlege, ezért erre a kórházi lelkigondozásnak is szüksége van. *Gaby Nelius* és *Barbara Städtler-Mach* véleménye szerint a minőségbiztosítási eljárás a kórházi lelkigondozás számára azt az eredményt hozza, hogy a kórházban dolgozók és a kórház vezetése számára egyértelművé válik a lelkigondozás koncepciója és profilja, bebizonyosodik, hogy mi mindent végez a lelkigondozás, és ezzel mennyit segít. A minőségbiztosítási eljárás során előkerülnek továbbá a strukturális hiányosságok és javulnak a különféle kapcsolatok a teamben. Végül a lelkigondozók a kórház integráltabb alkotóelemeivé válnak, munkájukat a többi hivatáscsoport is világosabban látja és így a kórházi lelkigondozás egésze a munka folyamatába is jobban beépül.[305] A minőségbiztosítás kapcsán a kórházi lelkigondozás egészségügyi rendszerben elfoglalt helyének és funkciójának kérdése is felmerül. Hol akarjuk látni a kórházi lelkigondozást? Továbbra is egy köztes térben, ahogy Klessmann gondolkodik erről[306] vagy Soft-Management-ként az egészségügyi intézmény rendszerének integráltabb alkotóelemeként, ahogy *Alfred Jäger* fogalmazza.[307] A magunk részéről látunk lehetőséget abban, hogy a minőségbiztosítással a kórházi lelkigondozás funkciója és jelentősége végre elismertté válhat az egészségügyi intézményekben, elnyerheti méltó helyét mind a kórházi, mind az egyházi rendszerben. Kritikai megjegyzésünk azonban, hogy a lelkigondozói szolgálat során bizonyos eredmények emberi mércével nem mérhetők. Hogy Isten Lelke hogyan formálja az emberek lelkét egy-egy lelkigondozói beszélgetés vagy liturgikus alkalom után, az sokszor marad rejtve az emberi szem elől, annak egyedül Isten a tudója.

Bár Magyarországon ezek a kérdések még alig jelentenek problémát, számolnunk kell azzal, hogy előbb-utóbb hazánkban is előkerülnek és választ kell adnunk ezekre. Minél elterjedtebb és elfogadottabb a kórházi lelkigondozás, annál nagyobb eséllyel jelentkezhetnek ezek a

[303] Uo. 408. o.
[304] Uo. 408. o.
[305] Uo. 409. o.
[306] Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 11. o.
[307] Jäger, Alfred: Seelsorge als Funktion diakonischer Unternehmenspolitik, in: Schneider-Harpprecht (Hg.): Zukunftperspektiven für Seelsorge und Beratung, 136-138. o.

problémák, s az aktuális társadalmi helyzetben születő újabb és újabb rendelkezések a kórházi lelkigondozást is érinthetik. Mivel maga a lelkigondozói szolgálat is a társadalmi és azon belül a kórházi rendszer alkotórészévé vált, szükséges, hogy rögzítse saját határait, funkcióit, elemeit. Ezt belátva a nyugat-európai országok egyenként megfogalmazták saját alapelveiket a kórházi lelkigondozással kapcsolatban, majd ennek európai egységesítésére is sor került. Az *European Network of Health Care Chaplaincy* 7. konferenciáján, 2002-ben Turkuban született meg az a dokumentum, melyben a jelenlévők rögzítették a *kórházi lelkigondozás standardjait* Európában.[308] 21 európai ország egyházainak és szervezeteinek 40 képviselője vett részt ezen a konferencián, hogy különféle hagyományaik és tapasztalataik alapján egységesítsenek egy európai kórházi lelkigondozói alapelvet. A dokumentum öt pontban foglalja össze a legfontosabb gondolatokat.

Az első pontban a kórházi lelkigondozás fogalmát a következőképpen határozza meg: „A kórházi lelkigondozás az egészségügy különféle intézményei számára kínálja fel szolgálatát. Azoknak az embereknek az egzisztenciális, spirituális és vallásos szükségleteit vállalja fel, akik szenvednek, és akik a szenvedők gondjait hordozzák. Figyelembe veszi a személyes, vallási, kulturális és társadalmi erőforrásokat."[309] A második pont a szervezeti struktúrát és a kórházi lelkigondozás fejlődését tárgyalja, kiemeli a speciális képzést és a multidiszciplináris együttműködést.[310] A harmadik pont a kórházi lelkigondozás feladatait, szolgálati területeit sorolja fel.[311] Kimondja, hogy kórházi lelkigondozás a páciensek, hozzátartozóik és a személyzet emberi méltóságát képviseli és óvja. Feladata, hogy felhívja a figyelmet a szenvedés és a halál spirituális dimenzióira, valamint a hit gyógyító, támogató és kiengesztelő erejére. A multikulturális világban az emberek vallását és hitét respektálnia kell, ugyanakkor lehetőség szerint meg kell óvnia a pácienseket a nem kívánatos spirituális befolyásolástól és térítési próbálkozásoktól. Empatikus meghallgatással megértő, támogató lelkigondozást, valamint a saját hit tradíciójának megfelelő istentiszteleteket, rituálékat és sákramentumokat kell felkínálnia. A kórházlelkésztől elvárt, hogy multidiszciplináris csoportban tevékenykedjen és az egészségügyben dolgozók számára továbbképzéseket kínáljon. Feladata, hogy közbenjárója legyen azoknak, akiket az egészségügyben nem hallgatnak meg. Szól még az írás arról is, hogy a lelkigondozónak szükséges a lelkigondozás kutatási programjait támogatnia, a lelkigondozás

[308] Inauen, Marlene: Standards für Krankenhausseelsorge in Europa, in: Albisser / Loretan (Hg.): Spitalseelsorge im Wandel, 120-123. o.
[309] Uo. 122. o.
[310] Uo. 122. o.
[311] Uo. 122-123. o.

hatékonyságát értékelnie és a társadalmi tudatosságot formálnia. A negyedik pontban a lelkigondozó teológai, lelkigondozói és etikai kompetenciájáról ír.[312] Végül az ötödik pontban pedig a képzésről, továbbképzésről és szupervízióról szól.[313]

Értékelve a Turkui Dokumentumot, elmondhatjuk, hogy valóban igyekszik összefoglalni azokat a fontos kérdéseket, amelyek a kórházi lelkigondozás körülírásához szükségesek. Kritikai megjegyzésünk azonban, hogy lehetséges, hogy egész Európára tekintve nem tehet másként, olykor mégis túlságosan óvatosan és vázlatosan fogalmaz. Hiányoljuk Jézus Krisztus irgalmas szeretetének mint kiindulópontnak és a keresztyén horizontnak a hangsúlyozását. A dokumentum tehát kiegészítésre szorul. Az összefoglalás alapján valamennyi népnek meg kell alkotnia saját útmutatását, az adott társadalmi rendszerhez, kultúrához és valláshoz illeszkedve. Erre látunk példát a következő fejezetben, németországi kitekintésük folytán.

2.3. Németországi kitekintés

Az általános kitekintés után szűkítve a kört, szeretnénk közelebbről megvizsgálni egy európai ország jelenlegi, 21. század eleji álláspontját, szabályozását a kórházlelkészi szolgálatra tekintettel. A kórházi lelkigondozás egy-egy országra vonatkozó standardjai közül a németországi útmutatás részletes bemutatását választottuk. Egyrészt, mert a magyar egészségügyi rendszer felépítéséhez a németországi egészségügyi rendszer felépítése áll legközelebb. Másrészt pedig a magyar kórházi lelkigondozó-képzés előnyben részesíti, és követendő példának tekinti a *Hans-Cristoph Piper* munkája nyomán kifejlesztett német kórházi lelkigondozó-képzést. Mivel Magyarországon a kórházi lelkigondozás számára egy hasonló útmutatás megfogalmazása még várat magára, ezért szükségesnek látjuk, hogy részletesen ismertessük a következőkben a német helyzetet és vezérelveket ebben a témában.

2.3.1. „Kórházi és gyülekezeti lelkigondozás”[314]

Németországban 2006. júniusában tartott zsinati napok egyik fő témája a kórházi és gyülekezeti lelkigondozás volt. Az itt elhangzott előadásokat és megjelent publikációkat összegyűjtve

[312] Uo. 123. o.
[313] Uo. 123. o.
[314] Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge, Herausgegeben vom Landeskirchenrat der Evangelischen Kirche Pfalz (Protestantische Landeskirche) und vom Konvent der Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger im Bereich der Evangelischen Kirche Pfalz, 2006.

kiadásra került egy könyv, „Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge” címmel. A 21. század elejének kihívásairól és lehetőségeiről szóló tanulmányában[315] *Christian Schad* részletesen ír a német kórházakban és az egészségügyben bekövetkezett változásokról. Az elmúlt 20 évben megfeleződött a betegek kórházban töltött napjainak száma, hiszen ahhoz, hogy egy egészségügyi intézmény költséghatékonyan működjön, csökkenteni kell a kórházban töltött időt és növelni a betegforgalmat. Egy Landauban működő kórház példájával szemlélteti a szerző a jelenlegi helyzetet. A kórházban töltött napok száma az elmúlt 12 év alatt 14 napról 7 napra csökkent, a gondozott páciensek száma viszont 2700-ról 5000-re nőtt.

A kórházakban a betegek 75%-a 60 évesnél idősebb, és súlyos, krónikus betegségekben szenved. Mivel azonban hosszútávon nem maradhatnak aktív ágyakon, ezért át kell vennie őket az elő- és utógondozásnak. Az ambuláns beteggondozók túlterheltek, s mindez szükségessé teszi a palliatív osztályok kialakítását a klinikákon. A megváltozott helyzet az orvosoktól és a nővérektől lényegesen több adminisztratív és ápolási feladatot követel, amelynek meg kell felelniük. A betegekkel kevesebb időt tölthetnek, beszélgetésre nincs idejük. A másik oldalon pedig a betegeknek jóval rövidebb idő alatt kell átesniük valamennyi szükséges vizsgálaton, ami gyakran mind testileg, mind lelkileg igen megterhelő. Az orvoslás, a terápia és az ápolás nagyrészt csak a beteg testének hogylétére korlátozódik, s nincs idő és alkalom foglalkozni a beteg lelkével. Éppen ezek között a változások között azonban ma Németországban a kórházi lelkigondozás jelenléte minőségjelzője az intézménynek. Pontosan ezeken a helyeken, ahol rendkívül fejlett orvosi technikával igen magas szintű orvoslás folyik, és ezzel együtt csökken a kórházban töltött idő, nagy szükség van a lelkigondozásra. A lelkigondozók jelenléte tanúbizonyság arról, hogy az intézmény, a mai megváltozott egészségügyi helyzetben nemcsak a testtel, hanem a lélekkel is kész foglalkozni, s a betegeknek, a hozzátartozóknak és a munkatársaknak ezt a lehetőséget is felkínálja.

A lelkigondozói szolgálat olyan munka, amely váltakozó súlyponttal működik. Az intenzív osztályokon, az onkológiákon és a pszichiátriákon hangsúlyosabb a jelenléte, mint máshol. A súlyos betegek és hozzátartozók mindig jobban igénylik a lelkigondozó jelenlétét, hiszen a diagnózis közlése után igen nehéz szembenézni a megváltoztathatatlannal, s átgondolni, hogy milyen perspektívák maradnak az érintettek előtt. Az idősek és a gyermekek még nehezebben élik meg otthoni, megszokott környezetükből való kiszakadást, s a kórház átláthatatlan és

[315] Schad, Christian: Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge. Gegenwärtige Herausforderungen und Chancen, in: Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge, 11-29. o.

sokszor személytelen világát. Ezekben a helyzetekben kifejezetten szükség van egy beszélgetőtársra, aki egyrészről a kórházhoz tartozik, másrészről viszont nem a kórházi rutin szerint végzi a munkáját. Mindennek alapján ma Németországban integrált lelkigondozásra van szükség, hangsúlyozza Schad.[316] Szükségesnek látja a kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás kooperációját, valamint más egyházi, diakóniai és szociális intézményekkel való kapcsolattartását és együttműködését is. Ezekhez sorolja az idősotthonokat, gondozó helyeket, ökumenikus szociális állomásokat, betegápoló egyesületeket, hospice és palliatív tanácsadó szolgálatokat, valamint az evangélikus és katolikus kórházi kisegítőket.[317]

A pfalzi evangélikus-református tartományi egyház területén működő 45 kórházban 21 kórházi lelkigondozó szolgál 18 kórházlelkészi státuszon, ebből 9-en megosztott szolgálatban, kórházban és gyülekezetben, úgynevezett kombinációs állásban. Mellettük dolgozik 14 képzett önkéntes kórházi lelkigondozó, akik hetente 2-3 órát töltenek betegek látogatásával.[318]

Németországban az emberek 55%-a kórházban hal meg, további 30% pedig idősotthonokban. A halált elfogadni, az életet egyedül befejezni, anélkül, hogy a haldokló mellett állna valaki, szinte lehetetlen feladat. Éppen ezért alakultak olyan hospice intézmények, ahol képzett lelkigondozók segítenek együtt élni a betegséggel, és a haldoklással, kísérve a haldokló és a gyászoló embert.

2.3.2. „Megerősítés emberlétre” [319]

Az Evangelische Kirche Deutschland (továbbiakban: EKD) 2004-ben „Die Kraft zum Menschsein stärken” címen kiadott füzetében egy professzionális standardot ad a kórházi lelkigondozók kezébe.[320] Az útmutatás első fejezetének címe: A jó orvoslás, a jó ápolás és a jó lelkigondozás összetartoznak. A második fejezetben a kórházi lelkigondozás megbízatásáról, feladatairól, céljairól beszél. A harmadik fejezet a kórházi lelkigondozáshoz szükséges kompetenciákról ír bővebben. A negyedik fejezetben a kórházi lelkigondozás szervezeti formáiról és integrációjáról szól részletesen. Végül a kórházi lelkigondozás minőségének

---

[316] Uo. 17. o.

[317] Németországban a protestáns egyházak és a katolikus egyház kórházi kisegítőket állít szolgálatba, akik önkéntes munkát végeznek, elnevezésük: Grüne Damen.

[318] Schad: i. m. 18. o. és 27. o.

[319] Die Kraft zum Menschsein stärken Leitlinien für evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe. Herausgegeben von der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD und der Konferenz der Verantwortlichen für Sonderseelsorge in den Gliedkirchen der EKD, Vertrieb durch das Kirchenamt der EKD, 2004. Hannover. Vö. Worthmann et al. (Hg.): Qualitätshandbuch zur Krankenhausseelsorge

[320] A fent nevezett vezérfonal egy korábbi, 2000-ben kiadott füzet revideált kiadása, amely az első összefoglalása volt a klinikai lelkigondozás kereteinek, tartalmának, feladatkörének.

megőrzéséről és további fejlődéséről ír. Az írás mindent átfogóan taglalja a kórházi lelkigondozás kereteit, tartalmát, feladatait és lehetőségeit. 2004-ben Németországban hiánypótló összefoglalásként jelent meg, mely példa és segítség lehet a magyarországi kórházi lelkigondozás összefogására is. A következőkben szeretném részletesen ismertetni a fent megnevezett fejezeteket és azokra reflektálni.

2.3.2.1. A kórházi lelkigondozás szükségességéről és feladatairól

A németországi kórházakban a megfelelő gyógyítás és gondos ápolás igénye mellett egyértelműen megjelenik a beteg emberek körében a lelkigondozói kísérésre való igény. Németországban az evangélikus-református és a katolikus egyház végzi ezt a szolgálatot, gyakran ökumenikus együttműködésben.

Az 1960-as, 70-es években bekövetkező társadalmi változások és emancipációs törekvések a kórházakat is elérték, az orvosi hivatás mint férfi szerep, a betegápolás mint női szerep relativizálódott. Megjelentek az alternatív gyógymódok, az ápolás tudományát főiskolákon oktatták, a kórházakban terapeuták, gyógytornászok, szociális munkások kaptak teret. A 20. századtól egyre hangsúlyosabbá válik a betegségek pszichés háttere, a pszichoszomatikus összefüggéseket kutatása. Új fogalmak, elméletek és gyakorlatok kerültek a gyógyítás mindennapjaiba: előgondozás, szociális munka, szociálpedagógia.

Ehhez a fejlődéshez tartozik a kórházi lelkigondozás professzionalizálódása is, a lelkészek, diakónusok, önkéntesek szakmai felkészítése. Az EKD 2004-es útmutatása szerint a kórházi lelkigondozó feladatai közé tartozik, hogy *egzisztenciális kérdésekre* felkészüljön, ezeket meghallgassa és a beteggel együtt keresse a választ.[321] Szolgálatát éppen az különbözteti meg a többi kórházi hivatástól, hogy teret és időt biztosíthat a találkozásra és a beszélgetésre az élet krízishelyzeteiben, határszituációiban. Szolgálatának alapja és célja az evangélium hirdetése, Isten Jézus Krisztusban megjelent szeretetének továbbadása szóval, cselekedettel és jelenléttel. A kórházi lelkigondozás fontos feladata az *emberi méltóság* óvása és tiszteletben tartása, függetlenül a másik ember teljesítményétől, társadalmi, faji vagy vallási hovatartozásától. Az egyéni beszélgetések mellett a lelkigondozónak feladata, hogy a kórház munkatársaival is kommunikáljon, etikai kérdésekben nyilatkozzon, konfliktushelyzetek kezelésében segítsen, csoportos beszélgetésre is lehetőséget kínáljon.[322]

---

[321] Lásd a dolgozat 3.3. fejezetében, a lelkigondozói funkció tárgyalásánál.
[322] Lásd a dolgozat 3.5. fejezetében, a teológiai elméletalkotó funkció tárgyalásánál.

A kórházi lelkigondozás célja három dimenzióban bontakozik ki, *a mítosz, az etika, és a rítus* hármasságában.[323] Vallásos hagyományokban keresi az élet és a világ értelmezését, ez a mítosz. A jó élet fogalmát a keresztyén világ- és emberértelmezés alapján fogalmazza meg, ez az etika. Végül spirituális forrásokat nyit meg az ember számára az imádság, az áhítat és az istentisztelet ünneplésével, ez a rítus.

Értékeljük, hogy a Turkui Dokumentumhoz képest ebben az összefoglalásban megjelenik a keresztyén horizont, s Jézus Krisztusban Isten szeretetének továbbadása, mint a lelkigondozás alapja és célja.

2.3.2.2. A kórházi lelkigondozás professzionalitásáról

A kórházi lelkigondozásnak szakmai standardokra van szüksége ahhoz, hogy megfeleljen speciális megbízatásának. Ez egyrészt az institucionális keretfeltételekre vonatkozik, másrészt pedig a lelkigondozói identitásra.

A kórházi lelkigondozó *kommunikációs kompetenciájához* tartozik, hogy különféle embereket különböző egzisztenciális és individuális életkérdésekkel való küzdelmeikben megért és kísér.[324] A lelkigondozott élettapasztalatát megfelelő módon kell értelmeznie, és segítenie abban, hogy saját kulturális, vallásos horizontjának kontextusában az élet egészébe integrálni tudja azokat.[325] Segíti páciensét saját helyzetének autentikus értelmezésében és az értelemkeresésben.

A kórházi lelkigondozónak minden esetben tisztelnie és őriznie kell az emberi méltóságot, különösen az élet kezdetének és az élet végének kritikus fázisaiban. Respektálnia kell a páciens döntési szabadságát, bátorítania és támogatnia kell, mindig szem előtt tartva a *keresztyén etikának* azt az alapvető gondolatát, hogy senki sem a maga cselekedete alapján igazul meg.[326] *Liturgiai kompetenciájához* tartozik az istentiszteletek tartása, az imádság, áldás adása, autentikus, az adott szituációnak és hallgatóknak szóló, esztétikailag is megfelelő módon.[327]

---

[323] Die Kraft zum Menschsein stärken, 19. o.

[324] Vö. Nauer: Seelsorge, 261. o. „Kommunikative Kompetenz" , A kompetencia kérdésről a későbbiekben bővebben szólunk, a dolgozat 2.4.2. valamint 3.2. fejezeteiben.

[325] Vö. Klessmann: Seelsorge, Begleitung, Begegnung. Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch, Neukirchener Verlag, Neukirchen – Vluyn, 2008. 325. o. „Gesprächskompetenz" és Nauer: Seelsorge, 254-255. o. „Hermeneutische (Bibel) Kompetenz"

[326] Vö. Nauer: Seelsorge, 262-263. o. „Etische Beratungskompetenz"

[327] Vö. Klessmann: Seelsorge, 327. o. „Rituelle Kompetenz" és Nauer: Seelsorge, 255-257. o. „Rituell-Liturgische Kompetenz"

A kórházi lelkigondozásnak feladata, hogy a *klinikai környezetben orientálódni tudjon*.[328] Ismernie kell az egészségügyi rendszer működésének alapvető politikai és ökonómiai feltételeit általában és a kórházakra nézve speciálisan. Át kell látnia különféle részlegek és a kórház egészének szervezeti működését, különféle betegségek és terápiák lefolyását, etikai konfliktushelyzeteket. Mindezeket a strukturális alapfeltételeket ismerve és értelmesen felhasználva kell kialakítania saját lelkigondozói szolgálatát.

Németország mindennapjaiban magától értetődővé vált a migráció, ezért egyre fontosabb, hogy a kórházi lelkigondozó tisztában legyen a felekezeti, vallásos és kulturális határokkal *(Interreligiöse Kompetenz)*. Az ökumenikus együttműködés az elmúlt 30 évben magától értetődővé lett Németországban. Felekezeti különbségeket csak akkor kell hangsúlyossá tenni, ha ez feltétlenül szükséges.

Kritikai megjegyzésünk, hogy a lelkigondozói kompetenciák közül egyrészt hiányzik a teológiai kompetencia. Szembe kell nézni azonban azzal, hogy a betegségek során, krízishelyzetekben igen komoly teológiai kérdések vetődnek fel, és a téves hiedelmek jelentősége is felerősödik. Kiemelten fontos tehát a kórházi lelkigondozó teológiai felkészültsége, hogy az említett helyzetekben, teológiai ismeretek birtokában a beteg kérdései és kétségei között ezeknek megfelelő támogatást nyújtson.[329] Másrészt Magyarországra tekintve fontosnak tartom megemlíteni az interkonfesszionális vagy ökumenikus, Nyugat-Európára tekintve pedig az interkulturális kompetenciát.[330] A rendszerszemléletű lelkigondozás számol azzal, hogy a pluralista társadalomban családok, közösségek, népek különféle kultúrájával szembesülhet, s az ezekhez tartozó sajátos kommunikációs rendszerekkel.[331] A kórházlelkész gyakran találkozik más vallású betegekkel, ezért fontos ismernie a nagy világvallások, a keresztyén történelmi egyházak és a kisegyházak hitvallási és spirituális sajátosságait, hitükre épülő félelmeit vagy váradalmait. Természetesen nem várható el, hogy a lelkigondozó kultúra antropológusként álljon elő, az azonban igen, hogy képes legyen más kultúrkörből való emberek gondolkodásmódját akceptálni, és olyan utat találni hozzájuk, amely segítségükre szolgálhat.[332] Ezekben az esetekben nem elég individuális és spirituális ajánlattal

---

[328] Vö. Nauer: Seelsorge, 268-270. o. „System Kompetenz"
[329] Vö. Klessmann: Seelsorge, 326. o. „Theologische Kompetenz" és Nauer: Seelsorge, 246-248. o. „Theologische Fachkompetenz"
[330] Vö. Nauer: Seelsorge, 272-273. o. „Interkulturelle Kompetenz"
[331] Schneider-Harpprecht, Christoph: Was ist interkulturelle Seelsorge? Eine praktisch-theologische Annäherung, in: Federschmidt, Karl / Hauschildt, Eberhard / Schneider-Harpprecht, Christoph / Weiss, Helmut (Hg.) : Handbuch Interkulturelle Seelsorge, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn, 2002. 61. o.
[332] Uo. 52. o.

előállni, hanem nyitottnak kell lenni különféle szociális és diakóniai feladatokra is. Arra kell törekedni, hogy az embert saját kulturális szituációjában észlelve, a lelkigondozás a lelkigondozott életének pszichikai, szociális és vallásos-spirituális dimenzióját egyaránt szem előtt tartsa.[333] Kérdés azonban, hogy ezzel a hozzáállással nem veszíti-e el a keresztyén lelkigondozás saját specifikumát. Schneider-Harpprecht definíciója szerint a lelkigondozás a keresztyén gyülekezetek életének egy dimenziója, kulturálisan érzékeny, de keresztyén segítségnyújtás keresztyén emberek, közösségek és kívülállók számára.[334] Nem a lelkigondozott hite vagy hitetlensége dönt tehát afelől, hogy a lelkigondozás keresztyén alapokon áll-e, sokkal inkább a lelkigondozó hozzáállása, szándéka, módszerei és mindenekfelett Isten Szentlelke.[335] A lelkigondozás attól interkulturális, hogy a lelkigondozó és a lelkigondozott személyében két különböző kultúrarendszer találkozik egymással, amelyben mindketten nyitottak a találkozásra és a beszélgetésre.[336] De a lelkigondozó mindvégig a keresztyén hagyományok talaján áll, és keresztyén hitéből fakadóan nyújt segítséget annak, aki erre igényt tart.

2.3.2.3. A kórházi lelkigondozás szervezeti formáiról

A kórházi lelkigondozás szervezeti szabályozásáért és szolgálati formáiért az egyház, mint munkáltató a felelős. Azonban a szolgálat további fejlődésében és alakulásában természetesen együtt munkálkodik az egyház, a kórház vezetése, a kórházi lelkigondozók, s más foglalkozások képviselői az intézményben. Az egészségügyi rendszer folyamatos változásához a kórházi lelkigondozásnak is alkalmazkodnia kell. A kórházakban egyre több beteget egyre kevesebb ápolószemélyzet és egyre több orvos lát el, minél rövidebb idő alatt, minél kevesebb ágyon. Az egészségügy nem orvosi részlegek, hanem a páciensekre vonatkozó ellátás teljesítménye alapján strukturálódik. Ez meglehetősen nagy követelményeket állít a lelkigondozó elé is. A betegellátó rendszerben munkája még inkább a perszonális dimenzió védelmét hivatott szolgálni, exempláris karaktere még nagyobb hangsúlyt kap.

A kórházi lelkigondozás és az egyházi élet közötti kapcsolatról különös hangsúllyal szól az írás. Leszögezi, hogy a kórházi lelkigondozás semmiképpen nem helyettesíthető a gyülekezeteken orientálódó lelkigondozásnak azzal a formájával, amikor a lelkész célzottan egy beteget keres

[333] Uo. 43. o.
[334] Uo. 47-48. o.
[335] Uo. 50. o.
[336] Uo.

fel. A kórházaknak olyan lelkigondozóra van szükségük, aki az egészségügyi világot a maga sajátosságában és komplexitásában átlátja, és kifejezetten a betegekre, hozzátartozóikra és a munkatársakra figyel a maga speciális kompetenciáival. Viszont elengedhetetlenül fontos, hogy a kórházlelkészi hálózatnak kapcsolata legyen a környező gyülekezetekkel és más egyházi szolgálatokkal.[337] A kórházi lelkigondozás fontos híd egyház és egészségügy között.[338] Bizonyos esetekben előfordul, hogy a kórházi lelkigondozó a kórházból való távozás után is tovább kísér egy pácienst, illetve átadja őt egy másik egyházi vagy szociális szolgálatnak, önsegítő csoportnak vagy gyülekezeti közösségi alkalmakat kínál fel számára. Éppen ezért fontos, hogy a kórházi lelkigondozó rendszeresen kapcsolatot tartson és együttműködjön a szakmai és a regionális lelkészi körrel.

Másik oldalról a kórházi lelkigondozónak az egészségügyi intézmény különböző orvosi és ápolói fórumain is jelen kell lennie, ahol a páciensekről beszélgetnek és döntenek. A kórház különböző munkatársainak csoportjaival a szakmailag és jogilag megengedhető mértékben kooperálnia kell.

A kórházi lelkigondozás irányítására és struktúrájára nézve az írás fontosnak tartja, hogy mind az egyház, mind a kórházak számára világos és egyértelmű, szakmailag is helytálló útmutatások biztosítsák annak működését. Kiemeli a közös felelősségvállalást és financiális megegyezést egyes egyházi régiók között.[339] Fontosnak tartja az egyház és a kórházak közötti kapcsolati kompetencia fejlesztését. Az egyháznak éppen olyan fontos, hogy minőségi feltételekkel működjön a kórházi lelkigondozói szolgálat, mint a kórházaknak. Ezért az egyháznak és a kórházaknak folyamatos dialógust kell folytatniuk, hogy az egyház és a kórház határait és lehetőségeit az aktuális helyzethez mérten reálisan tudják megítélni. A harmadik tanács a kórházi szolgálat minőségének fejlődésére való odafigyelés. A kórházi lelkigondozás számára nagyon fontos, hogy a szakmai és gazdasági szervezet struktúrájáról és folyamatairól rendszeresen tárgyaljon, ezeknek tükrében átvizsgálja céljait és eredményeit. Mindez változást eredményez a mentalitásában, s szolgálata megújulhat. A kórházi lelkigondozói szolgálat elsősorban a kórházi világra koncentrál, bizalom és titoktartási kötelezettség jellemzi. Éppen ezért tanácsolja az írás, hogy az egyházon belül különböző formában nyilvánosságra hozza

[337] Vö. Nauer: Seelsorge, 270-271. o. „Vernetzungs-Kompetenz”
[338] Die Kraft zum Menschsein stärken, 29. o.
[339] Ha az egyik régióban több kórházi lelkigondozóra van szükség, mert több vagy nagyobb kórház van a területén, mint a szomszédos régióban, akkor a két egyházi régió tarthat el egy nagyobb kórházi lelkigondozói hivatalt.

szolgálatának jelentőségét. A kórházi lelkigondozók identifikációját erősíteni kell az egyházi és a kórházi irányítási szintek között.

A kórházi lelkigondozás minőségi irányításának rendszerét annak egyházi vezetése tartja kézben. A minőségellenőrzés eljárása folyamán a titoktartási kötelezettséget minden esetben szem előtt kell tartani. A kórházi lelkigondozás gyakorlatát észszerű terjedelemben kell dokumentálni és értékelni. Mivel azonban a szolgálat részlegenként más-más intenzitással van jelen, s alapvetően tartalmi követelései vannak, csupán számokkal kevéssé mérhető.[340]

A lelkigondozók egyházmegyei vagy regionális gyűléseken jönnek össze, ahol alkalmuk van tapasztalatcserére, közös kvalifikációra és érdekképviseletre. Az EKD kórházi lelkigondozóinak konferenciája az innen delegált résztvevőkkel folyik tovább. Ilyen módon a szakmai orientálódás Németország-szerte biztosítva van.

2.3.2.4. A kórházi lelkigondozás útmutatójának célja

A német protestáns kórházi lelkigondozói szolgálatról készült összefoglalásnak elsődleges célja, hogy a kórházi lelkigondozás tartalma mindenki számára, egyházon belül és egyházon kívül is érthető legyen. A híd szerepét töltse be egyház és kórház között, kórházi lelkigondozók és az egészségügyben dolgozó különféle hivatások között, lelkigondozói tevékenység és a döntéshozó szervek között. Második célja, hogy azok, akik a kórházi lelkigondozásért felelősek az egyházban, a leírt standardokat és professzionális funkciókat rögzítsék és a kórházi lelkigondozás védelmének értelmében kötelezővé tegyék és törvényesítsék. Ez éppen úgy vonatkozik a minőségre, a képzésre, az állások betöltésére, mint az adminisztratív támogatásra és kísérésre. A harmadik cél a kórházi lelkigondozás fejlődésének elősegítése. Az összefoglalt útmutatások alkalmat adhatnak arra, hogy különféle témákról diskurzust folytassanak az érintettek teológiai és humán tudományok területén. A minőségbiztosítás kérdéseit folyamatosan szem előtt kell tartani, s mint alakuló és tanulásra kész szervezetben kell tovább követni. Végül a negyedik cél, hogy a kórházi lelkigondozás a kórházi rendszerben megbízatásának, feladatainak, céljainak, de éppúgy nehézségeinek felvázolása által dialógust folytatva nyitott maradjon. Egyik oldalról a kórházi lelkigondozás a kórházakban erre van utalva, másik oldalról pedig az egészségügyben létrejövő változások miatt éppen a kórházak vannak a lelkigondozásra utalva. Az egyháznak, az egészségügynek és a társadalomnak párbeszédet kell folytatnia arról, hogy milyen mértékben van szükségük egy páciensközpontú,

[340] Die Kraft zum Menschsein stärken, 36. o.

teljes egészében az emberi létre, s az ember testi és lelki állapotára figyelő kórházi lelkigondozásra, és ennek érdekében milyen erőforrásokat kívánnak mozgósítani. Új financiális modellre van szükség, az írásban felvázolt útmutatások, lehetőségek és kérdések figyelembevételével. Az egyház a professzionális lelkigondozás iránti felelősségével és megbízatásával az emberek közötti kapcsolatnak emberbaráti formáját szeretné a kórházakban megvalósítani.

2.3.3. „A kórházi lelkigondozás minőségbiztosítási kézikönyve"

A *„Qualitätshandbuch zur Krankenhausseelsorge,* [341] tizenegy németországi kórház koncepcióját mutatja be, valamint az EKD-n belül huszonegy tartományi egyház, a római-katolikus egyház és a református egyház kórházi lelkigondozásra vonatkozó saját szabályozását tárja elénk. A korábbiakhoz képest ez tehát nem csupán a protestáns, hanem a római katolikus egyház kórházi lelkigondozói szolgálatát is magában foglalja. Szükségesnek látszott mindennek az összefoglalása, mert „a kórházi lelkigondozás két világ között vándorol, ebből kifolyólag sokféle kérdést és problémát hordoz magában, melyekre választ vár mind a kórház, mind az egyház rendszere." [342] Külső és belső áttekinthetőségre van szüksége a kórházi lelkigondozásnak. A külső transzparens a nem egyházi fenntartású intézmények és klienseik számára segít megfogalmazni és átláthatóvá tenni a kórházi lelkigondozás szolgálatát, a belső transzparens pedig a kórházi lelkigondozás sajátos feladatának súlypontjait, standardjait és megújulását hivatott megvilágítani. [343] Ezzel az összefoglalással mintegy keretet kapott a kórházi lelkigondozás Németországban. Minősége valamennyi kórházi lelkigondozói szolgálatra nézve az egyház által – egy-egy kórházra nézve pedig az egyházi útmutatások alapján a kórházi lelkigondozó és a kórház vezetősége által – helyi szinten szabályozott, minősített az egyházi és az egészségügyi rendszer változásait nyomon követve folyamatosan megújuló.

Azért tartottuk fontosnak dolgozatunkban ezeknek a dokumentumoknak az ismertetését, mert meglátásunk szerint, a német példa nyomán, hasonló folyamat és útmutatás szükségeltetik ahhoz, hogy a kórházi lelkigondozói szolgálat Magyarországon is ismertté és elismertté váljék. A két rendszer határán működő szolgálatban, a helyzet adta bizonytalanságok viharában akkor

---

[341] Worthmann, Hartmut / Jarck, Thomas / Mummenhof, Ulrike (Hg.): Qualitätshandbuch zur Krankenhausseelsorge. Ein Werkbuch, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2010.
[342] Worthmann et al (Hg.): i. m. 17. o.
[343] Uo.

érezheti biztonságban magát a kórházi lelkigondozás, ha egy egyetemes útmutatás keretein belül találhatja meg egy-egy kórházra nézve saját útját. A következő fejezetben azzal foglalkozunk, hogy milyen gyökerei vannak a magyar kórházi lelkigondozásnak, milyen szabályozások születtek az elmúlt években a kórházi szolgálat minőségének biztosítására, valamint kérdőíves felméréssel és interjúk bemutatásával szemléltetjük, hogy a magyarországi kórházi lelkigondozók hogyan végzik feladatukat szolgálati helyükön.

2.4. Magyarországi áttekintés

A külföldi kitekintés és a kórházi lelkigondozói szolgálat németországi standardjainak részletes bemutatása után a Magyarországi Református Egyház betegek között végzett kórházlelkészi szolgálatának bemutatására vállalkozunk, vizsgáljuk a vallás és az egészségügy rendszere, ill. a Magyarországi Református Egyház kórházi lelkigondozói szolgálata és a kórház, mint intézményi struktúrák találkozását.

Mindenekelőtt rövid történeti részben bemutatjuk, hogyan létesültek az első kórházak Magyarországon, miként alakult ezekben a lelkészi jelenlét, különös tekintettel a Bethesda kórház és a debreceni klinika történetére fókuszálva. Majd ismertetjük a Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesületének dokumentumait, szakmai állásfoglalását és etikai kódexét, valamint a Magyarországi Református Egyház zsinati határozatait a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálattal kapcsolatban. Végül a 21. század eleji magyarországi református kórházlelkészi szolgálat helyzetét kérdőíves felméréssel és interjúk elemzésével szemléltetjük, mely alapján bepillantást nyerhetünk az egyházi és kórházi rendszerek határán folyó szolgálat jelenlegi helyzetébe, aktuális nehézségeibe, problémáiba.

2.4.1. Szemelvények a magyar református kórházmisszió történetéből

Magyarországon a 18. században alakultak az első kórházak, melyek ideiglenes járványkórházak, szegényházak, menhelyek vagy katonai kórházak voltak. Ezeket követték Pesten a Rókus kórház, Budán a Szent János kórház, az Irgalmasrend, majd a Szent Erzsébet apácarend kórháza, Óbudán pedig egy zsidókórház és egy katolikus kórház.[344] Ezekben a kezdetleges intézményekben a legtöbb esetben az ápolásban nem jártas, betegápolást csak a gyakorlatban tanult, hitben elkötelezett emberek, gyógyító szerzetesrendek végezték a

[344] Melly József: A kórházkultúra fejlődése és a hospitalizáció jelentősége Budapesten I-II. rész. Városi Szemle, Közlemények a városiközigazgatás és statisztika köréből, XX. 1934/3. sz. 334. o.

mindennapi teendőket, melyben magától értetődő volt a lelkek ápolása is, a beszélgetés, az imádság, adott esetben a sákramentumok kiszolgáltatása. A kórházi intézményi struktúra csupán kialakulóban volt, az ápolók segítségével több száz beteget látott el 10-15 orvos. A test s a lélek ápolása magától értetődően összekapcsolódott, hiszen a betegkért jelenlévők valamennyien erős vallási meggyőződéssel bírtak, s ebből kifolyólag vállalták fel a szenvedők támogatását. Ebben az időszakban tehát nem volt kérdés a kórházi és az egyházi struktúra együttműködése, hiszen eredendően összefonódott.

A 19. század közepétől jöttek létre az úgynevezett közkórházak. Az országban szabályozták és egységesítették a közkórházak működését, a gyógyítást, a betegápolást, az ápolási díjakat. Meglehetősen sok volt a beteg, és kevés a hely, különösen a szegénykórházakban, ahol azokat látták el, akik nem tudtak fizetni. Egyre nagyobb hangsúlyt fektettek az orvosképzés mellett a betegápolók képzésére is. Ebben az időszakban jelentek meg hazánkban az első diakonisszák, akik a német Kaiserswerthi Diakonissza Intézetben tanulták a betegápolást, tettek vizsgákat, s kerültek azután kiküldetésbe. Tananyagukban már a személyre szabott lelkigondozás is szerepelt mint a betegápoláshoz szorosan hozzátartozó tevékenység.[345]

2.4.1.1. Budapesti kórházmisszió

Az 1866-ban megnyitott Bethesda kórházban, mely az első magyarországi protestáns kórház, nagy szükség volt képzett betegápolókra, s a Pesti Evangélikus Református Németajkú Leányegyház és Kaiserswert közötti tárgyalások eredményeképpen három diakonissza kezdte meg munkáját az intézményben.[346] Ezt követte azután a magyar diakonissza képzés, magyar diakonisszák szolgálatával. A diakonisszák életét, napi tevékenységét, feladatait és szabadságát egy minden részletre kiterjedő megállapodásban rögzítették.[347] A diakonisszák kötelesek voltak az intézmény elöljáróinak minden előírását betartani, ugyanakkor átvették az intézmény belső igazgatását és a gazdasági ügyeket. Az orvosi utasításokat pontosan be kellett tartaniuk, azoknak megfelelően kellett eljárniuk minden esetben. Szállásukról és ellátásukról a kórháznak kellett gondoskodnia, saját részlegen. Bár a betegek lelkigondozását a felekezet szerinti lelkész végezte, a diakonisszák felolvastak a Bibliából, lelket építő könyvekből, és imádkoztak a betegekkel és a betegekért. A kórházvezetés elvárta tőlük, hogy tapasztalataikat megosszák,

[345] Bodoky Richárd: Jövevények és vándorok II. Családtörténeti töredékek II. Bodoky Richárdné kiadása, Budapest, 1997. 110. o.
[346] Kovács Ábrahám: Angolszász és német hatások az első magyarországi protestáns kórház, a Bethesda megalapításában 6. évf. 1. szám, A. D. MMV, uni-miskolc.hu, letöltés időpontja: 2014.03.12
[347] Bodoky Richárd: Jövevények és vándorok II. 110-112. o.

meglátásaikat közöljék. A diakonisszák elkötelezetten és fáradhatatlanul szolgáltak a betegek között, azoknak testi és lelki épülésére egyaránt.

A Bethesda kórház létrejötte és fennállása kezdetben egyértelműen összefügg a németajkú gyülekezet létrejöttével és fennállásával.[348] Mivel dolgozatunkban az egyházi és a kórházi rendszerek viszonyára fókuszálunk, meg kell jegyeznünk, hogy gyülekezet és a kórház a Bethesda esetében összetartozott, hiszen a kórház a gyülekezet tulajdona volt, s aki a gyülekezetben rendszeresen befizetett egy bizonyos összeget, az ingyen ellátásra jogosult az intézményben. Amikor a kórház ideiglenesen katonákat látott el, a gyülekezet tagjai feladatuknak tekintették, hogy a diakonisszák munkája mellett önkéntesként segítsék a betegellátás folyamatát. 1902-től kórházlelkész is került a Bethesdába, aki gyülekezeti lelkészként végezte a kórházi szolgálatot, valamint a továbbiakban diakonisszák képzésével foglalkozott. Kórházlelkészi szolgálatát később képzett diakonisszákkal folytatta. A kórházlelkészi szolgálat tehát ebben az esetben összekapcsolódott a gyülekezeti lelkészi szolgálattal, jelenléte magától értetődő volt mind a kórházban, mind a gyülekezetben. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy itt csupán egyetlen gyülekezetről és egyetlen kórházról beszélünk.

Miután a teológiákon bevezették a belmisszó tantárgyat[349], csakhamar megszületett Forgács Gyula belmissziói kézikönyve, melyben így ír a kórházi szolgálatról: „A munkának négy fő része van: a) A háztartás, mely magában foglalja az összes gazdasági teendőket, élelmezést, díjak beszedését, stb. Igen fontos része a pontos könyvvezetés. b) Gyógykezelés, amelyet lelkiismeretes és olyan orvosokra kell bízni, akik Isten és ember előtti felelősségük tudatában vannak. c) Lelki gondozás, amit kórházi, vagy a kórház közelében levő gyülekezeti lelkészek végeznek. Istentiszteletek, áhítatok tartása, inkább a lábon járó betegek részére vannak. A fekvő betegek vigasztalásban és úrvacsorában részesülnek […] A lelki gondozásban a diakonisszák jó segítséget nyújtanak a lelkésznek. d) Az ápolás kettős, testi és lelki, az orvos és a lelkész rendeleteinek végrehajtása.” [350] Mondhatjuk, hogy ez volt az első egyházi összefoglalás Magyarországon a protestáns kórházban szolgálók részére. Először a gazdasági teendőket, és a könyvelést említi, azután következik a gyógykezelés, végül a lelkigondozás tárgyalása.

---

[348] Kovács: i. m.

[349] „A magyar belmisszió történetében „eben-ha-ézer” a Magyarországi Református Egyház Egyetemes Konventjének 1910. évi, április hó 6-án, 105.jegyzőkönyvi szám alatt hozott ama határozata, amely a belmisszió elméleti előadását és a teológiai ifjúságnak a belmisszió gyakorlásába való bevezetését a teológiai képzés kötelező tárgyai közé felvette.” Forgács: i. m. 308. o.

[350] Forgács: i. m. 337-338. o.

Azt látjuk tehát, hogy a kórházi szolgálatban, ha némiképp szét is vált a gazdasági, az orvosi, az ápolási és a lelkigondozói feladat, mégis egy rendszerben, egy intézményi struktúrában jelent meg. A kórház intézményében magától értetődő volt a kórházlelkész által végzett lelkigondozás, s a diakonisszák személyében a lélek ápolása egybefonódott a test ápolásával. A kórházlelkész szerepe pedig – a betegek és a diakonisszák lelkigondozásán túl – összefonódott az intézmény gazdasági irányításával, az adminisztratív munkával, és a diakonisszák oktatásával. Nem az intézmény peremén, a rendszer határán, hanem sokkal inkább annak centrumában jelent meg a kórházi lelkigondozás, a rendszer igen fontos és meghatározó alkotóelemeként.

A gyülekezet és a kórház ebben az esetben, mint két autopoiétikus rendszer, egy sajátos kapcsolatban áll egymással. Különböző rendszerek, mégis van bennük valami, ami közös.[351] Kölcsönösen egymás környezeteként jelennek meg, és hatnak egymásra. A luhmanni értelemben tehát interpenetrációs kapcsolatban segítik egymás kialakulását, belső komplexitásukat képesek egymás rendelkezésére bocsátani.[352] A gyülekezet támogatja a kórházi szolgálat felépülését és viszont, a kórházi szolgálat segíti a gyülekezet fejlődését.

1909-ben a gyülekezet kezéből a Filadelfia Diakonissza Egylet kezébe került a kórház, s tovább terjeszkedett, jórészt adományokból tartották fenn.[353] Az első világháború után nehéz időszak következett, a diakonisszákat járvány sújtotta, a kórházat kifosztották, az intézménynek és az egyletnek jövedelme nem lévén, a kórházat nem tudták üzemeltetni. Végül hazai és külföldi adományok mentették meg a kórházat, melynek következtében sebészeti és szülészeti osztályok nyíltak meg.[354]

A gazdasági világválság hatásait Magyarország, és közvetve maga a Bethesda kórház is megérezte. Csökkenteni kellett az ágyszámot, a betegforgalom megcsappant, a betegek még a csökkentett ápolási díjakat sem tudták fizetni. Földterületeket kellett eladni ahhoz, hogy a nehéz

---

[351] Luhmann, Niklas: Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd 2: Wie ist soziale Ordnung möglich? Suhrkamp, Frankfurt, 1981. 279. o.

[352] Künzler, Jan: Interpenetration bei Parsons und Luhmann. Von der Integration zur Produktion von Unordnung, in: System Familie (1990) 3:157-170 o.

[353] Az egyesület megjelentetett egy újságot, Bethesda címmel, melyben folyamatosan tájékoztatta a református gyülekezeteket a kórház mindennapjairól, a diakóniai szolgálatról és arról, hogy ki hogyan kerülhet a kórházba. Valamennyi református lelkipásztor kapott a Bethesda első számából egy-egy példányt. Így sokan adakoztak, nemcsak pénzzel, hanem élelemmel és ruházattal is támogatták a hívek a kórházat.

[354] Forgács: i. m. 295. o. Vö. Géra Eleonóra Erzsébet: Református karitatív intézmények a fővárosban 1850-1952 Doktori disszertáció, 124. o. doktori.btk.elte.hu/hist/gera/diss.pdf, letöltés ideje: 2014.05.15.

időket átvészelje a kórház. 1937-től a diakonissza egylet és a kórház alapítványként folytatta tovább munkáját, a Dunamelléki Református Egyházkerület támogatásával.[355]

Miután a kórháznak sikerült újra talpra állnia, betegforgalma megnőtt, helyzete stabilizálódott, újra nehéz napok következtek. A második világháborúban bombatámadás érte az intézményt, mely nagy pusztítást végzett, sok volt a sebesült, halott, mivel az óvóhelyek beomlottak. Maradt azonban olyan része a kórháznak, amelyet tovább használhattak, sok beteg és menekült számára nyújtott menhelyet, a kitartóan szolgáló diakonisszák sokakat megmentettek. Az intézményt 1945. januárjában ideiglenesen elfoglalták az oroszok, hadikórházként használták, néhány diakonisszát továbbra is foglalkoztatva. Az oroszok kivonulása után a lepusztult épületet újra adományokból újították fel, jelentős külföldi segítséggel. A kórházlelkész feladata az adománygyűjtés volt, Bodoky Richárd hazai és külföldi útjai és előadásai sokak szívét megmozdították. A Bethesda kórház újra erőre kapott, megújult, s ismét teljesíthette küldetését. 1949-ben Bodoky Richárdot ez egyház vezetése új feladattal bízta meg, a Szeretetszövetség intézményének bizottságában kapott helyet, itt kérték tanácsát a szociális és egészségügyi hálózat működtetésében. A Bethesda kórházat közben elvonták a köztől, s 1951-től kizárólag protestáns egyházi alkalmazottak vehették igénybe. Még ennek az esztendőnek a végén feloszlatták a diakonisszaintézetet majd 1953-ban az intézmény a főváros tulajdonába került át.[356] Ettől kezdve a diakonisszák szolgálata nem volt többé kívánatos a kórházban, Bodoky Richárdot, a lelkész igazgatót pedig diakóniai előadóként alkalmazták, hogy ellenőrizhessék megnyilvánulásait. Évtizedek múltán, 1989-ben nyílt újra lehetőség arra, hogy megalakuljon a Filadelfia Diakonissza Egyesület, majd az alapítvány, mely 2002-ig működött. Az időközben Apáthy István Kórházra keresztelt Bethesda, 1992-ben került újra a Magyarországi Református Egyház tulajdonába, s gyermekkórházként működik a mai napig (2015). A kórház munkáját ma két kórházlelkész,[357] hitoktató és önkéntesek segítik. Bár 1995-ben, az első kórházlelkész szolgálatának kezdetén egyértelműnek látszott, hogy a lelkigondozásnak helye van az egyházi intézmény rendszerében, a gyakorlat mégis azt mutatta, hogy elfogadásukért és befogadásukért meg kellett küzdeniük, szolgálatuk intézményrendszerben elfoglalt helye az évek során folyamatosan alakult, míg annak aktív és kreatív alkotóelemeként természetes jelenlétté vált.

---

[355] Géra Eleonóra Erzsébet: Református karitatív intézmények a fővárosban 1850-1952, Doktori disszertáció, 129. o. doktori.btk.elte.hu/hist/gera/diss.pdf , letöltés ideje: 2014.05.15.

[356] Géra: i. m. 135-141. o.

[357] A Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórházában, a 2015-ös státusz szerint, Rideg Gyula kórházlelkész végzi a lelkigondozói szolgálatot, Bencze János lelkész pedig a Bethesda Kórház Alapítvány ügyeit intézi.

A Bethesda kórház mint egyházi intézmény, a kórházmisszió történetében speciális történettel rendelkezik. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a többi kórházban nem volt ilyen magától értetődő a lelkészi jelenlét. Budapesten az 1930-as években indul a szervezett kórházmisszió, de nem önálló missziói ágként. Vidékről egyre többen költöztek fel a fővárosba cselédek és munkásemberek, s a városlétszám jelentősen megnövekedett. Többek között ez is arra késztette az egyházat, hogy a belmissziót tovább szervezze, új irányokkal gazdagítsa. 1931-ben megalakult Országos Református Szeretetszövetség, melynek 1945-ig Kiss Ferenc volt az ügyvezető igazgatója. A szövetség arra törekedett, hogy az egyház szociális, karitatív tevékenységét megszervezze. Jóval nagyobb hangsúlyt és teret kapott azonban az árvák, idősek és fogyatékosok felkarolása, mint a kórházi lelkigondozás. A kórházmisszió a belmisszió egyik mellékágaként szerveződött, ami azt jelentette, hogy néhány budapesti közkórházban megszervezték a betegek számára az istentiszteletek tartását. Főállású kórházlelkészről Budapesten, a Bethesda kórházlelkészén kívül nincsenek információink. „Prot. kórházi lelkész hazánkban csak a prot. kórházban, a Bethesdában van. A budapesti ref.egyház lelkészei a nagy ünnepek előtt fölkeresik a kórházakat, a fennjáró betegeket egy helyiségbe gyűjtve, úrvacsorát és vallásos iratokat osztanak. A lelki gondozásban a diakonisszák jó segítséget nyújtanak a lelkésznek.”[358]

2.4.1.2. Debreceni kórházmisszió

A budapesti helyzet tárgyalása után röviden szeretnénk szólni a debreceni kórházmisszió kialakulásáról is. 1914-ben Debrecenben is elindul a diakonissza képzés, és ezzel együtt az árvák segítése és a kórházmisszió. „Az első növendékek a hadikórházakban, 1915-től az intézetben felállított 50 ágyas hadikórházban dolgoztak, kettő pedig a kézdivásárhelyi közkórházban ápolt.”[359] A diakonisszaképző intézet lelkésze 1913-tól Makay Lajos, majd 1922-től Nagy István lett. Anyagi okokból azonban csökkenteni kellett a kiadásokat, s vezető lelkésznek is hitoktatói állást kellett vállalnia, hogy megélhessen a jövedelméből. A debreceni lelkészi kar egyértelműen javasolta, hogy hozzanak létre egy állandó kórházlelkészi állást. A kórházlelkész feladata a beteglátogatás, a bibliaórák és istentiszteletek megszervezése és elvégzése volt az egyetemi klinikákon, az Auguszta Tüdőszanatóriumban, és további missziói munka az ügyészségi fogházban.[360] A városi missziói állásra Nagy István lelkészt hívták meg,

[358] Forgács: i. m. 537. o.
[359] Uo. 297. o.
[360] Tőkés Zoltán: A református lelkigondozás története a debreceni nagyerdei klinikán 1925-1951. Debrecen, 2003. A D. Dr. Harsányi András Alapítvány kiadványai 8. 9. o.

aki 1925. január 1-től látta el ezt a feladatot. A missziói lelkészi státusz különlegessége volt, hogy maga a gyülekezet hozta létre, s szervezte meg átcsoportosításokkal a fizetést, mely magasabb volt a hitoktató lelkészi fizetésnél, de alacsonyabb a gyülekezeti lelkészi fizetésnél.[361] A döntés okozott ugyan feszültségeket az egyházmegyében, s némelyek javasolták, hogy az államtól is szükséges lenne támogatást kérni, a presbitérium azonban fontosnak tartotta, hogy a városi missziói lelkészi állás az állami segélytől függetlenül működjék.[362] Az új lelkész szolgálatba állításáról a gyülekezet főgondnoka hivatalosan értesítette az érintett intézményeket, akik református betegeik mellett többnyire szívesen látták a kórházlelkészt. Az évek során a lelkészi szolgálat iránti igény a klinikákon megnövekedett, ezért az egyházközség és az egyházkerület elhatározta, hogy átszervezi a városi missziói lelkészi állást, és klinikai lelkészi státuszt hoz létre. 1939. június 1-től Bodonhelyi Józsefet nevezték ki kórházlelkésznek, aki segédlelkészével együtt végezte a kórházi szolgálatot. Folyamatosan megszólította a gyülekezeti tagokat és a betegeket a „Vasárnap" című újságban, tájékoztatást adott a klinikákon folyó munkáról és személyes hangvételű bibliamagyarázatokat, igehirdetéseket közölt.[363] A lelkészi szolgálatot egy segédlelkész, diakonisszák és 12 női önkéntes segítették, akik rendszeresen találkoztak és megbeszélték kórházi tapasztalataikat.
1941. február 1-től Szenes László lett a Nagyerdei Klinika vezető lelkésze, akinek szolgálatba állítása szorosan összefüggött a nagyerdei református gyülekezet alapításával. Lelkésztársaival fáradhatatlanul szolgáltak, hetente mintegy 70 istentiszteletet tartottak, és 1000 beteget látogattak meg önkéntes segítőikkel, munkájukat kizárólag a református betegek között végezték. 1944. szeptember 1-től beosztott lelkésze, Koncz Zoltán vette át a kórházi szolgálatot, s hat éven át végezte azt, specializálódva a tüdőbetegek lelkigondozására.[364] Gondolkodásmódjában felfedezhető a rendszerszemlélet. Hangsúlyozta a beteg szociális körülményeinek figyelembevételét, a gyülekezeti lelkész látogatásait. Tudni akarta, hogy a beteg honnan, milyen körülmények közül jött, és a gondozás után hova, milyen körülmények közé kerül vissza, mert meggyőződése volt, hogy csak így lehet a maga teljességében látni a beteg helyzetét.[365] Tapasztalta, hogy a szanatóriumban a beteg elszeparálódik, magányossá válik, s kétségek gyötörik, s kénytelen alkalmazkodni egy sajátos rendhez és rendszerhez, mely egyéni igényeit, korábbi megszokásait teljesen háttérbe szorítja. Éppen ezért kiemelten

[361] Uo. 10. o.
[362] Uo. 15. o.
[363] Uo. 21. o.
[364] Uo. 31-32. o.
[365] Uo. 32-33. o.

szükségesnek tartotta a kórházlelkész jelenlétét, főként a kezdeti lépéseknél a támogatást, az imádságot, a lelki és gyakorlati segítséget egyaránt. Véleménye szerint a lelkigondozói beszélgetésben a szenvedő barátra lelhet, az istentisztelet pedig újra közösségbe emelheti őt, átélheti, hogy nincs egyedül, hogy egy speciális gyülekezet veszi körül.

Koncz Zoltán igyekezett bevonni a gyülekezeti tagokat is a kórházi szolgálat életébe, felszólította őket a betegek látogatására és gondozására, hangsúlyozva az ősgyülekezet példáját. A szanatórium rendszere és a gyülekezet rendszere között kapcsolódási pontokat keresett tehát, mert ebben látta a kórházmisszionak és a betegek testi, lelki ápolásának teljességét. 1949-ben egy klinikai és kórházi missziói munkaközösségre vonatkozó szervezeti szabályzatot tárt az egyházmegyei közgyűlés elé, melyben a kórházmisszió céljáról szólt, a betegek és körülöttük dolgozók lelkigondozásáról, a klinikai és kórházmissziói munkaközösségről, anyagi természetű ügyekről, a betegek vasárnapjáról. Tervei között szerepelt egy kórházmissziói intézőbizottság létrehozása, mely a kórházi munkaközösség szolgálatát nyomon követi és irányítja. Elvárta a jelentési kötelezettséget az egyházmegye felé, a kórházmissziói munkaterv rendszeres elkészítését és az egyházmegye felé való továbbítását, valamint a szolgálatok és az anyagiak ellenőrzését. A kórházi munkaközösség feladatait a következőkben jelölte meg: igehirdetés, bibliamagyarázat, beteglátogatás, személyes beszélgetések, iratmisszió, imádság, beteggondozás gyakorlati feladatai, s a református kórházi személyzet lelkigondozása.[366] Kiemelte az egyházközségekkel való kapcsolattartást, konferenciákon előadások megszervezését azzal a céllal, hogy a gyülekezeti tagokban felébressze a felelősséget a kórházmisszió és a betegek látogatása iránt.[367] Végül felhívta a figyelmet arra, hogy mindazoknak, akik a kórházban szolgálatot végeznek, a kórház, illetve a szanatórium rendjét tiszteletben kell tartaniuk, azt megzavarniuk, megsérteniük nem szabad.[368]

Koncz Zoltán kórházi szolgálatában tehát nagy hangsúlyt fektetett az egyházi kapcsolatok ápolására, az egyházmegyének való elszámolásra, a gyülekezetekkel való kapcsolattartásra, a kórházi szolgálat bemutatására, s a gyülekezeti tagok kórházi szolgálatra való megnyerésére. Szolgálatában nem látunk elhatárolódást vagy kirekesztettséget az egyházi rendszerből, sokkal inkább annak részeként értelmezte a kórházmissziót. Folyamatos visszacsatolásokkal lehetővé tette, hogy a kórház rendszeréhez illeszkedő, abban helyét megtaláló lelkész és beteglátogató munkatárs az egyházi közösséghez is megtalálja az utat, ne szakadjon ki az egyház

[366] Uo. 43-45. o.
[367] Uo. 45. o.
[368] Uo. 48. o.

rendszeréből. A kórházlelkész javadalmát az egyháztól kapta, bizonyos időszakokban állami segéllyel is megtoldva, de soha nem kitéve ez összeg folyósítása esetlegességének. A gyakorlat azt mutatta, hogy bár adódtak nehézségek a kórházi szolgálat során, de az mind a kórház, mind az egyház rendszeréhez kapcsolódni tudott, mindkét rendszernek szerves része, alkotóeleme volt.

Azt, hogy az állás 1952 novemberében hivatalosan megszűnt, s Koncz Zoltán a klinikai lelkészi állásról lemondva az újfehértói gyülekezet lelkésze lett, vélhetően a Magyarországon bekövetkezett politikai és társadalmi változások eredményezték, melyek az egyházra is kiterjedtek. Magyarországon az 1950-es években elsorvasztották a tanító rendeket, egyik napról a másikra betiltották az egyéb szerzetesrendeket,[369] megszüntettek egyházi intézményeket, átépítettek és más funkcióval láttak el kápolnákat. A beteglelkigondozás nem alakulhatott kórházi lelkigondozássá, a lelkészek erre a szolgálatra nyilvánosan nem kaptak lehetőséget. Évtizedekkel maradt le hazánk a kórházi lelkigondozás nyugat-európai fejlődésétől. Az 1980-as évek végén kaptak a lelkipásztorok újra lehetőséget arra, hogy a kórházakban betegeket látogathassanak, majd 1989-től indulhatott újra a kórházi lelkigondozás, kezdetben 2-3 lelkész szolgálatba állásával, 2014-ben pedig mintegy 33 lelkigondozó-kórházlelkész munkájával.[370]

A 21. századi magyarországi kórházak most kezdik felismerni a lelkigondozás és a korábban bezárt kórházi kápolnák szükségességét. A lelkigondozó-kórházlelkészek előtt kinyíltak újra az egészségügyi intézmények ajtajai, az elhanyagolt régi istentiszteleti helységeket felújítják, illetve az intézmények egy részében igyekeznek helyet biztosítani a kórházban ápolt betegek vallásgyakorlására. A mai kórházlelkészi szolgálatnak azonban a gyakorlatban nincs olyan szoros kapcsolata a gyülekezetekkel és az egyházmegyei vagy egyházkerületi fórumokkal, mint amivel bírt a 20. század derekán. A szolgálat szeparálódásának okai kereshetők az elmúlt évtizedekben Magyarországon végbement politikai és társadalmi változások nyomán, illetve az egyházi és a kórházi rendszer más-más súlypontja alapján.

[369] Pl. gyógyító, betegápoló szerzetesrendeket

[370] Lásd a Bevezetésben közölt oszlopdiagrammokat (2. és 3. ábra) a Magyarországi Református Egyházban szolgáló kórházlelkészek és státuszok számáról, 1989 és 2014 között.

2.4.2. A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesületének szakmai állásfoglalása és etikai kódexe

A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesülete – továbbiakban KLÖE – 1992-ben alakult meg Magyarországon.[371] Ekkor indult újra hazánkban a klinikai szolgálat, mely szükségessé tette az erre vállalkozók képzését, támogatását, kísérését. Az egyesület alapítói között nem csupán lelkészek, hanem orvosok, nővérek és pszichológusok is tevékenyen részt vettek. Mindazok, akik munkájuk során érzékelték, hogy a szenvedőknek szakmailag kompetens segítőkre van szükségük, olyan lelkigondozókra, akik személyiségükben empatikusak, tapintatosak, vallási elfogultságtól és előítélettől mentesek, megfelelő kommunikációra és kooperációra alkalmasak. Az egyesület megalakulására, működésére és a képzések kialakítására amerikai és európai példák nyújtottak segítséget. Szakmai állásfoglalásukat 1998. október 19-én tartott közgyűlésükön rögzítették, majd H.13/1998-s számú határozatukkal elfogadták.[372]

A szakmai állásfoglalás négy pontból, illetve a képzések bemutatásából áll. Az első pontban megindokolja a szakmai állásfoglalás szükségességét, a második pontban pedig a klinikai lelkigondozás szükségességét támasztja alá. A harmadik pontban a klinikai lelkigondozó és az egészségügyi intézmény relációjáról szól, végül a negyedik pontban a klinikai lelkigondozó és az egyház viszonyát rögzíti.

A szakmai állásfoglalást a KLÖE többek között azért tartja fontosnak, hogy az egészségügyi intézmények vezetői tisztában legyenek a lelkigondozó szakmai felkészültségével és feladataival. A klinikai lelkigondozás szükségességét azzal indokolja, hogy a beteg, betegségének kezelése mellett sokszor lelki támogatásra szorul, pszichés és spirituális kísérésre. Amennyiben ez hiányzik kezeléséből, terápiája is kevésbé hatékony. A képzett lelkigondozó képes a beteg, és a hozzátartozó pszichés kísérésére és vallási, hitéleti támogatására és terápiás hatású értékközvetítésre. Alkalmas munkatársak kísérésére, etikai, lelkiismereti kérdések átbeszélésére. Hangsúlyozza az egyéni és a csoportos beszélgetést, az interdiszciplináris együttműködést, a titoktartási kötelezettséget és a szupervíziót.

---

[371] A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesülete dokumentumainak bemutatásánál az eddigiektől eltérően a klinikai jelzőt használom a kórházi helyett, mivel az egyesület ezt a kifejezést preferálja. A KLÖE nem kizárólag lelkészekről beszél, amikor klinikai lelkigondozókról ír. Mivel dolgozatom elsősorban a betegek között végzett lelkészi szolgálatot hivatott bemutatni, az előzőekben és a továbbiakban a Magyarországi Református Egyház zsinati határozataiban használatos lelkigondozó-kórházlelkész, illetve kórházi lelkigondozás kifejezéseket vettem át, attól eltekintve, amikor olyan idézetet emelek a dolgozatba, melyben a szerző eredetileg a klinikai jelzőt említi.

[372] Kloe.info.hu/allasfoglalas.html, letöltés ideje: 2013.05.20.

A klinikai lelkigondozó és az egyház kapcsolatáról röviden ír az állásfoglalás. Előírása szerint szükséges, hogy saját egyházában gyülekezeti hátérrel bírjon a lelkigondozó, munkájában azonban felekezeti és világnézeti hovatartozás nélkül segítséget kell nyújtania mindenkinek, aki erre igényt tart. Saját egyháza által felhatalmazva végzi szolgálatát, liturgikus alkalmakat tart, sákramentumokat szolgáltat ki, de kompetenciáját meghaladó esetekben külső segítséget kér. Lelkiismeretével, vallási meggyőződésével ellentétes cselekvésre nem kényszeríthető.

A klinikai lelkigondozók képzése a klinikumban történik, mely akkreditált egyetemi továbbképzésnek számít. 480 óra elvégzése után adható klinikai lelkigondozói alapvégzettség. A képzés klienscentrikus, fejleszti a hallgatók empátiakészségét, megerősíti a non direktív lelkigondozói attitűdöt, segít feldolgozni a személyes érintődéseket, fejleszti az önismeretet, interdiszciplináris együttműködésre tanít. A KLÖE hospice tanácsadói képzéseket is vezet azok számára, akik humán diplomával rendelkeznek és több éve súlyos betegek vagy haldoklók kísérését végzik. Célja szakmai ismeretek átadása, a veszteséggel járó személyes élmények feldolgozása, erősségek és gyengeségek tisztázása.

Reflektálva az előzőekre megállapíthatjuk, hogy a KLÖE szakmai állásfoglalása nem egyházhoz, hanem egyesülethez tartozik. A klinikai lelkigondozók kísérését és szupervízióját nem felekezethez, egyházi grémiumhoz, hanem magához az egyesülethez köti. A klinikai lelkigondozó saját egyházával való kapcsolata háttérbe kerül, egészségügyi intézményben elfoglalt helyének és szerepének tárgyalása kiemelt, hiszen maga a képzés is a klinikumban zajlik. Németországi mintához hasonlóan [373] összesen 480 óra képzést ír elő a klinikai lelkigondozói képzettség megszerzéséhez. A szakmai állásfoglalás keveset szól a klinikai lelkigondozás kereteiről, finanszírozásáról egyáltalán nem beszél, illetve arra utal, hogy az állást az egészségügyi intézménynek kell létesítenie, s ezzel együtt hordozni annak költségeit.

A KLÖE másik fontos dokumentuma a Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe, melynek jelenleg használatos formáját 2008-ban fogadta el az egyesület.[374]

Az etikai kódex az első pontban alapfogalmakat tisztáz, megkülönbözteti a klinikai lelkigondozót és a kórházlelkészt. Klinikai lelkigondozónak nevezi azt, aki felsőfokú végzettséggel és klinikai lelkigondozói szakirányú képesítéssel rendelkezik. Kórházlelkésznek azt a személyt nevezi, akinek lelkészi/papi végzettsége van, és saját egyháza azzal a feladattal bízta meg, hogy híveinek vallásuk gyakorlásában segítséget nyújtson. Tárgyalja továbbá a

[373] Németországban kétszer hathetes KSA kurzuson kell részt vennie annak, aki a klinikai lelkigondozói képzettséget meg akarja szerezni.

[374] Kloe.info.hu/etikaikodex.html, letöltés ideje: 2013.05.20.

klinikai lelkigondozás célját és módszereit, szól a klinikai lelkigondozó alkalmasságáról, felelősségéről, hangsúlyozza a titoktartási kötelezettséget. Ismerteti a KLÖE szupervízor, képző és kiképző szupervízor[375] kötelességeit és felelősségét, a képzésben részt vevő hallgató kötelességeit, valamint a klinikai lelkigondozó továbbképzését.

Részletesen szól a klinikai lelkigondozó kapcsolatrendszeréről. Istennel és egyházzal, a lelkigondozottal, hozzátartozókkal, a többi lelkigondozóval, a kórházzal és a klinikummal, orvosokkal, kórházi személyzettel, pszichológussal és pszichiáterrel, kórházlelkésszel és szupervízorral való kapcsolatát emeli ki. Kutatásetikai alapelveket sorol fel és rögzíti a publikálás és nyilvános szereplés vagy írásos jelentés szabályait. A klinikai lelkigondozó érdekképviseletét, szakmai felügyeletét és kontrollját egyértelműen a KLÖE hatáskörébe sorolja. Az etikai kódexet mindazokra nézve érvényesnek tartja, akik a KLÖE keretében végzik lelkigondozói szolgálatukat.

A KLÖE etikai kódexét értékelve fontosnak tartjuk, hogy megpróbálja tisztázni az alapfogalmakat, hiszen a kórházi szolgálatot végzők körében meglehetősen nagy bizonytalanság van a tekintetben, hogy ki a kórházlelkész és ki a klinikai lelkigondozó. Kritikai megjegyzésünk azonban, hogy a gyakorlatban ez a fogalmi tisztázás nem nyert általános érvényességet az egyházi leírásokban, zsinati határozatok megfogalmazásánál, hiszen gyakorlati teológiai szempontból nem eléggé megalapozott. Ezzel kapcsolatban még mindig nagy a bizonytalanság. Talán éppen azért, mert a KLÖE felfogása szerint klinikai lelkigondozó nem csupán lelkészi vagy papi végzettséggel rendelkező személy lehet, hanem más segítő foglalkozású egyén is. Kórházlelkésznek nevezi a kórházba bejáró gyülekezeti lelkészeket, viszont abban az esetben, ha a KLÖE képzésein vagy más ezzel egyenértékű képzésen vett részt a lelkész vagy a pap, az eddigiek értelmében a klinikai lelkigondozó-lelkész cím illetné meg, ami kevés esetben használatos. A Magyarországi Református Egyház erre vonatkozó zsinati határozatában a lelkigondozó-kórházlelkész megnevezést használja.[376]

Fel kell tennünk továbbá a kérdést, hogy a KLÖE által kínált gyakorlati oktatást nevezhetjük-e lelkigondozó-képzésnek, s a végzett hallgatókat lelkigondozóknak. Mivel a humán diploma sok esetben semmiféle teológiai ismerettartalmat nem takar, a fent részletezett képzés elvégzése inkább mentálhigiénés segítésre jogosít fel, de nem nevezhető lelkigondozásnak, mivel teológiai kompetenciát nem ad. A rendszerszemlélet felől reflektálva erre a kérdésre, meg kell

[375] Uo. a különbséget lásd az etikai kódex 1. pontjánál

[376] Református Egyház Lelkipásztori Folyóirat, MRE Kálvin János Kiadója, Budapest, LVI. évf. 2004/6 133-134. o.

jegyeznünk, hogy kórházi lelkigondozónak azt tartjuk, aki az egyházi rendszerhez tartozik, és a keresztyénség életrendjét és hitrendszerét a kórház rendszerében autentikusan képviseli.[377]

Ebből következik az a hiányosság is, miszerint a klinikai lelkigondozás célját tekintve a KLÖE leírásában hiányzik a liturgikus funkció megemlítése, hiszen akit az egyesület klinikai lelkigondozónak nevez, az sok esetben nem egyházi személy. A liturgikus alkalmak az ember valamennyi érzékszervét megszólítják, az egyént a keresztyén közösséghez kapcsolják, a jelenlévő és a világszerte élő Krisztus-hívők nagy gyülekezetébe.[378] A rituálék: az imádság, az áldás, az úrvacsora és a betegek kenete gazdagíthatják a lelkigondozói kapcsolatot.[379] Ha a lelkigondozó a vallásos rituálékat akkor használja, amikor azt a másik fél valóban be tudja fogadni, akkor ezek nem üres formaságként hatnak a beszélgetés során, hanem valódi erőforrásként jelennek meg.

A klinikai lelkigondozó kapcsolatrendszeréről szóló rész sokszor kiemeli a lelkészekkel, papokkal való kapcsolatfelvétel szükségességét, mely szintén azt erősíti, hogy a klinikai lelkigondozó sok esetben nem rendelkezik lelkészi, illetve papi végzettséggel, illetve a képzésben résztvevők nagy része nem lelkész és nem pap. Ez arra enged következtetni, hogy a lelkészek és a papok nagy része máshol szerez lelkigondozói képzettséget.[380]

Az etikai kódex meglepően hosszan tárgyalja a kutatásra vonatkozó szabályokat. Amennyiben erre sor kerül, valóban érdemes rögzíteni az erre vonatkozó etikai irányelveket, de lelkigondozó-kórházlelkészként különféle vizsgálatok és kutatások lefolytatását a betegek között nem tartjuk célszerűnek. Egyes esetekben lehet, hogy egy ilyen vizsgálat segíti a kapcsolatfeltételt és később lelkigondozói beszélgetéshez vezethet, de meglátásunk szerint a lelkigondozó-kórházlelkész feladata elsősorban a lelkigondozói beszélgetések vezetése, liturgikus alkalmak tarása és nem kutatások lefolytatása.

Az etikai kódex hiányosságának tartjuk továbbá, hogy a klinikai lelkigondozó számára kötelező jelleggel csak szupervíziót ír elő, a továbbképzést illetően pedig csak az új szakmai eredmények és gyakorlati ismeretekre való törekvést várja el. Ez kontrollálhatatlan, éppen ezért – a folyamatosan változó egészségügyi helyzetre tekintettel különösképpen – szükségesnek látnánk szabályozni, hogy végzettségnek megfelelően előírja az egyesület a rendszeres, időközönkénti

---

[377] Erre a kérdésre bővebben kitérünk a kórházi lelkigondozás definiálásánál, lásd a dolgozat 3. fejezetében

[378] Nauer: Seelsorge, 256. o.

[379] Klessmann: Seelsorge, 327. o.

[380] A MRE lelkigondozó-kórházlelkészei közül néhányan a Debreceni Református Hittudományi Egyetem pasztorálpszichológiai posztgraduális képzésében vettek részt, mások pedig a Semmelweis Egyetem Lelkigondozói, illetve Mentálhigiénés szakát végezték el. Ez utóbbi egyetemen folyamatban van a kétéves lelkigondozói képzésre épülő kórházi lelkigondozói specializáció kiépítése.

továbbképzést, a református lelkészek számára is kötelező továbbképzési pontrendszerhez hasonlóan.

Összességében a KLÖE Etikai Kódexe egy hasznos összefoglalás, mely sok fontos területre kiterjed, azonban nem kifejezetten lelkigondozó-kórházlelkészeknek szól, sokkal inkább más segítő foglalkozásúak klinikai lelkigondozói jellegű segítő szolgálatát hivatott szabályozni.

2.4.3. A Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatra vonatkozó zsinati határozatai

A betegek között végzett szolgálatra a Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészeket rendel ki, jogállásukról, feladataik meghatározásáról a 2003. november 27-i zsinati határozat alapján rendelkezik.[381] A szabályrendeletben felsorolja a lelkigondozó-kórházlelkész feladatait, úgy, mint a betegek lelkigondozását, kapcsolattartást a hozzátartozókkal, az intézményben ápolt beteg gyülekezetével és lelkipásztorával. Rendszeres istentiszteleti alkalmak tartására kötelez. Felhívja a figyelmet az ökumenikus kapcsolatok ápolására, a helyi intézményekkel és gyülekezetekkel való kapcsolat gyakorlására. Együttműködést kér a kórház alkalmazottaival, és aktív részvételt ír elő az intézmény kulturális rendezvényein. Felhívja a figyelmet a lelkipásztor református hitvallásoknak megfelelően végzett szolgálatára, ugyanakkor kimondja, hogy igény szerint a szolgálatok felekezeti hovatartozás nélkül végezhetőek.

Nem beszél az egészségügyben dolgozó munkatársak, orvosok és nővérek lelkigondozásáról, a lelkész teológiai, elméletalkotó funkciójáról, az intézménybe való szerves integrálódásról, a kórházlelkészek lelkigondozásáról és szupervíziójáról. Szakmai érdekképviseletet és felügyeletet csupán lehetőségként említ. A státusz létesítésével kapcsolatban megjelöl egészségügyi intézményt, egyházközséget, egyházmegyét, egyházkerületet és zsinatot, s ezeknek megfelelően az adott esetben és helyen egyedi megállapodásban rögzíti a szolgálat kereteit és feltételeit. Ennek következtében ma Magyarországon a kórházlelkészeknek sem a státusza, sem a feladatköre, sem a javadalmazása nem egységes, hanem helyenként változó. A kinevezés feltételeiben leírja, hogy a lelkészképesítő vizsga mellett speciális szakképzéssel kell rendelkeznie a kórházlelkésznek, ezt azonban nem kéri számon. Szakmai felügyelet gyakorlatilag nem működik, lelkigondozással, szupervízióval a kórházlelkészek nagy része nem él. Ha a lelkész egészségügyi intézmény alkalmazottja, érvényesek rá a Munka

[381] Református Egyház Lelkipásztori Folyóirat, MRE Kálvin János Kiadó, Budapest, LVI. évf. 2004/6 133-134. o.

Törvénykönyvének és a kórház belső utasításainak rendelkezései, ugyanakkor egyházi fegyelmi vétségek esetén az egyházi bíróság is ítél felette. Mindenkié és senkié az ember, az ügy, a szolgálat.

A Magyar Református Lelkigondozói Közhasznú Egyesület, mely 2004-ben alakult meg Budapesten, támogatni kívánja mindazokat, akik a Református Egyházban és annak megbízásából lelkigondozóként vagy szupervízorként tevékenykednek. [382] Szakmai továbbképzéseket szervez és kínál, segíti a szakszerű lelkigondozás megszervezését különböző intézményekben. Tudományos fórumokat szervez, ökumenikus, interdiszciplináris és nemzetközi kapcsolatokat épít ki. Évente egy szakmai napot tart, melyre neves külföldi előadókat is meghív. [383] Együttműködik a Gyökössy Endre Lelkigondozói és Szupervízori Intézettel, amely „elsősorban a Magyarországi Református Egyházban végzi a pasztorális lelkigondozói alap- és továbbképzéseket, hivatás kísérést, tevékenysége igazodik a MRE Lelkésztovábbképző Bizottság képzési rendjéhez." [384] A Gyökössy Intézet feladatköréhez tartozik, hogy különféle missziói és lelkigondozói képzéseket ajánljon fel, s az egyházi intézmények dolgozói részére szupervíziót kínáljon.

A Magyarországi Református Egyház Zsinata, 2005. november 9-én a Református Missziói Központ – továbbiakban RMK – megalapításáról rendelkezett,[385] melynek célja az egyházon belüli „társadalmi missziói munka koordinálása, hatékonyabbá tétele, tevékenységének egységes szemléletben történő kezelése, szakmai irányítása, felügyelete, vezetőik összefogása, gazdálkodásuk, adminisztrációjuk segítése." [386] A RMK-hoz tartozik a Börtönmisszió, Cigánymisszió, Hajléktalan misszió, Házasság és Családsegítő Szolgálat, Református Iszákosmentő Misszió, Kórházlelkészi Szolgálat, Menekültmisszió, Repülőtéri Misszió, Siketmisszió, Telefon-lelkigondozás, Vakmisszió szolgálat. A MRE tehát a kórházlelkészi szolgálatot az RMK-hoz tartozó társadalmi misszióként jelölte meg, élére misszióvezető kórházlelkészt nevezett ki, aki tájékoztat különféle konferenciákról, lehetőségekről, és alkalmanként kórházlelkész találkozókat, továbbképzéseket szervez. A kórházlelkészi szolgálatot missziónak tartja, melynek küldetése a betegségben szenvedő, kétségek közt

---

[382] Lásd a Magyar Református Pasztorálpszichológiai Lelkigondozói és Szupervízori Közhasznú Egyesület honlapján, refppsz.nemespc.hu/alapszabaly.html, letöltés ideje: 2014.09.11.

[383] Az elmúlt években a vendégelőadók között szerepeltek a következők: Karl Heinz Ladenhauf, Christoph Morgenthaler, Peter Bukowski, Jürgen Ziemer, Helmut Weiss, Hézser Gábor, Kiss Jenő

[384] Lásd a Gyökössy Intézet honlapján, www.gyokossyintezet.hu, letöltés ideje: 2014.08.30.

[385] Zsinati határozatok a Zsinat 2005. november 9-10. ülésén, Zs-73/2005, in: www.reformatus.hu, letöltés ideje: 2014.12.10.

[386] Lásd a Református Missziói Központ honlapján, www.misszio.reformatus.hu, letöltés ideje: 2012.04.16.

vergődő ember segítése, vigasztalása, az imádkozás szolgálata, s az irgalmas Isten jelenlétének felfedezése a látogatások, beszélgetések és istentiszteletek alkalmával. A szolgálat résztvevőiként a kórházlelkészeket, gyülekezeti lelkészeket, önkéntes munkatársakat és a gyülekezeti imahátteret említi, utalva ezzel a kórházi és a gyülekezeti szolgálat összekapcsolásának szükségességére. Betegek és beteglátogatók számára ajánl néhány kiadványt, ezek egyszerű, könnyen érthető írások. Szakmai állásfoglalást, útmutatást nem közöl.

Reflektálva a előzőekre azt mondhatjuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészek feladatkörének meghatározásával, státuszával, szakmai felügyeletével, egyházi és kórházi rendszerek közötti határszerepével kapcsolatos részletes szabályozás és egységes útmutatás a Magyarországi Református Egyházban még nem született. A társadalmi missziók összefogására, s ezen belül kórházlelkészi szolgálat irányítására, felügyeletére létrehozott központ – az egyházi rendszer egy alrendszere – a missziók közé sorolja a kórházlelkészi szolgálatot. Ez egy bizonyos iránymutatás, megoldási javaslat, mégis azt láttuk a lelkigondozó-kórházlelkészek között végzett kutatás során, hogy azt erősíti bennük, hogy szolgálatuk az egyház peremére került.[387] A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálatában az egyházi rendszer felől „integrált elhatárolódást", a kórházi rendszer felől pedig „elhatárolódó integrációt" látunk.[388] A szolgálat keresi a hovatartozását, és a szociokulturális környezettől, az intézménytől, ill. annak vezetőitől és munkatársaitól függően hol inkább az egyházi, hol inkább a kórházi rendszer felé húz, valójában azonban egyikben sem találja a helyét. Erről a következőkben részletesen szólunk, a magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészek között végzett kérdőíves felmérés és a kvalitatív interjúk elemzése kapcsán.

2.5. A kórházi lelkigondozás helykeresése Magyarországon a 21. században – kérdőíves felmérés a magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészek körében

A kérdőíves felmérés 2007 szeptemberében, a Magyarországi Református Egyház kórházlelkészei között készült, azzal a céllal, hogy felmérjük a kórházlelkészek jelenlegi státuszát, képzettségét, az egyházi és a kórházi rendszerben elfoglalt helyüket, szerepüket. Szerettük volna rögzíteni, hogy az 1989-es fordulat után Magyarországon közel húsz év alatt

[387] Lásd a dolgozat 2.6. fejezetében a MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel folytatott interjúk elemzésénél.
[388] Nauer: Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger im Psychiatrischen Krankenhaus? 369. o.

hány kórházban, milyen státusszal, milyen speciális képzéssel és feladatkörrel sikerült kiépíteni a kórházlelkészi szolgálatot. A kérdéseket három kórházlelkésszel és egy pszichológussal való szakmai konzultáció alapján állítottuk össze, három fővel teszteltük. Magyarországon a református kórházlelkészek között teljes körű megkérdezést és anonim kitöltést terveztünk.

2.5.1. A kérdőív szerkezete

A kérdőív szerkezeti felépítését tekintve az első öt kérdés a szolgálat kereteire vonatkozik, a szolgálatban eltöltött időre, heti óraszámra, végzettségre, egyházi vagy állami státuszra. A további kérdések professzionális vonatkozásúak, a kórházlelkész erőforrásaira, majd a betegek és munkatársak közötti konkrét szolgálatára kérdeznek rá, illetve egyházi és kórházi kapcsolatait érintik, rámutatva ezen alrendszerekben elfoglalt helyére. Végül egy elégedettségi kérdés, a szolgálat legnehezebb része, a kórházlelkész találkozók hasznossága kerül elő, utoljára pedig egy szabad kérdésben bármiféle hozzáfűznivalóról kérdeztük a kórházlelkészeket.[389]

2.5.2. A kérdőívek adatainak rögzítése

A végleges kérdőív 2007. őszi kórházlelkész konferencián került kiosztásra, illetve azok számára, akik nem voltak jelen, postai vagy elektronikus úton küldve továbbítottuk. A 2007. szeptemberében regisztrált 27 kórházlelkészből 22-en küldték vissza a kitöltött kérdőívet. A hiányzó 5 kérdőív tulajdonosa egy GYES-en lévő lelkésznő, egy időközben nyugdíjazott kolléga, egy nem lelkigondozói feladatokat ellátó kórházlelkész, végül két kolléga, aki nem küldte vissza a kérdőívet.

2.5.3. A kérdőívek elemzési szempontjai

A kérdőív 1. kérdésére adott válaszok alapján, a főállású lelkigondozó-kórházlelkészek kórházi szolgálatban eltöltött leghosszabb ideje 2007-ben 16 év, legkevesebb ideje 2 hét. A szolgálati idő utal a rendszerváltás utáni változásokra és lehetőségekre. Magyarországon a kórházak kapui több, mint 40 éven át be voltak zárva a lelkészek előtt. A fordulat éve után az első kórházlelkészek 1992-ben kezdték meg a szolgálatukat, s azóta lassan, de folyamatosan állnak szolgálatba a következők.

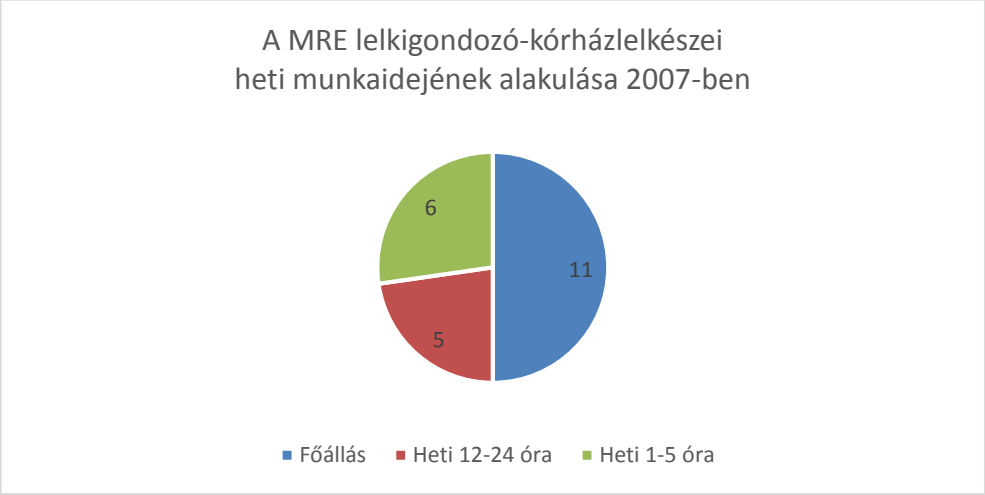
---

[389] A kérdőívet lásd a dolgozat 6.1 fejezetében.

A kérdőív elemzésénél külön kell tárgyalnunk a főállásban, a félállásban és a heti rendszerességgel 1-5 órát kórházban szolgálók válaszait. Ma Magyarországon a szolgálat még alakulóban van, s a kiküldött lelkigondozó-kórházlelkészeknek az első hónapokban minden esetben meg kell küzdenie azzal, hogy jelenlétüket elfogadják a kórház rendszerében. Úgy látjuk, hogy jelenleg az egészségügyi intézményben eltöltött idő mennyiségétől függ a feladatkör, az elfogadottság, a rendszerben elfoglalt hely.

2.5.4. A kérdőívek feldolgozása, elemzése, értékelése

A kérdőívet megválaszoló 22 kórházlelkészből 11-en dolgoznak főállásban, heti 35-40 órát, 5-en félállásban, heti 12-24 órát, és 6-an heti rendszerességgel szolgálnak egy-egy kórházban, 1-5 órát. (5. ábra)

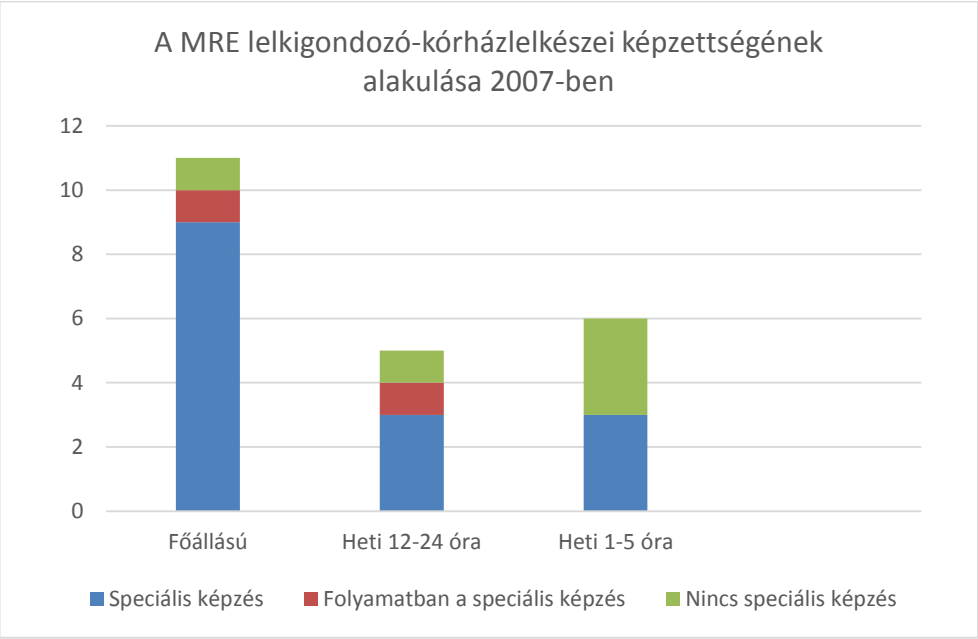


5. ábra: A Magyarországi Református Egyház 22 válaszadó lelkigondozó-kórházlelkésze heti munkaidejének alakulása 2007-ben

A 11 főállású kórházlelkész közül 9 főnek van lelkigondozásra irányuló másoddiplomája: 7-en pasztorálpszichológiai vagy lelkigondozói, 2-en mentálhigiénés képzésben vettek részt. 1 lelkész elvégzett valamilyen tanfolyamot, de nem nevezte meg azt, 1 lelkésznek pedig nincs semmilyen lelkigondozásra irányuló végzettsége, igaz, hogy a kérdőív kitöltésének idején csupán 2 hete végezte kórházi szolgálatát.

A félállásban kórházlelkészi szolgálatot teljesítők közül 3-an rendelkeznek lelkigondozói diplomával, 1 lelkész mentálhigiénés diplomája folyamatban van, 1 fő pedig nem vett rész semmiféle lelkigondozással kapcsolatos képzésben vagy tanfolyamon.

A heti rendszerességgel 1-5 órát kórházban szolgáló lelkészek közül 2-en rendelkeznek mentálhigiénés másoddiplomával, 1-nek van lelkigondozói végzettsége, és 3-an semmiféle képzésben nem vettek részt. (6. ábra)

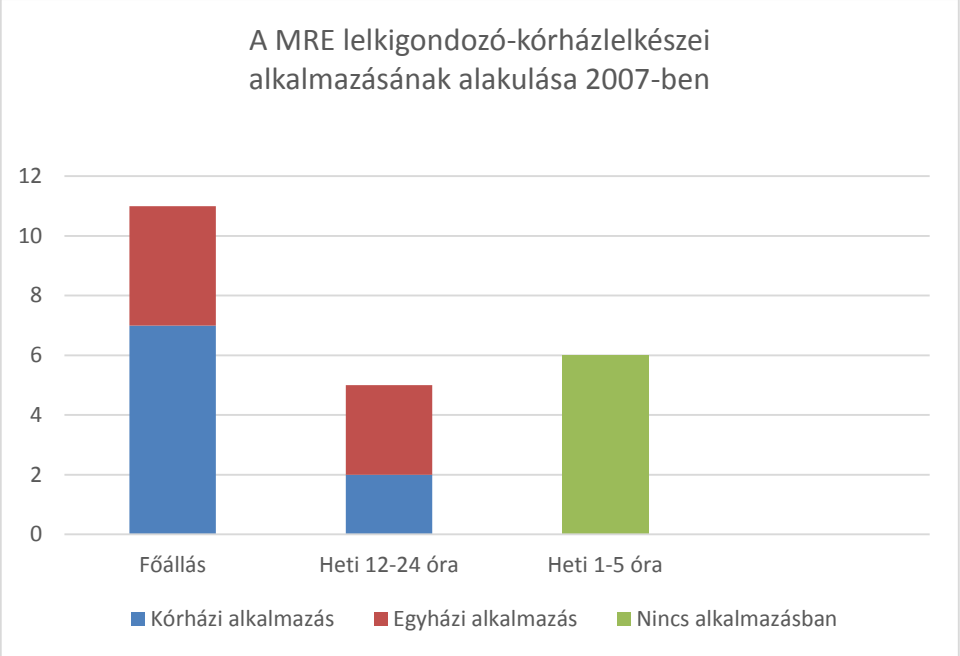


6. ábra: A Magyarországi Református Egyház 22 válaszadó lelkigondozó-kórházlelkésze lelkigondozásra irányuló speciális képzettségének alakulása 2007-ben

A kórházlelkészi szolgálat kereteire vonatkozó válaszok azt mutatják, hogy a fő és félállásban szolgáló kórházlelkészek között 2007-ben még mindig van olyan szolgálattevő, akinek nincs lelkigondozásra irányuló speciális végzettsége. A 2003. november 27-i zsinati határozat[390] szerint a kórházi szolgálatba állás feltétele a pasztorálpszichológiai végzettség, a felmérés alapján azonban ennek hiánya nem kizáró tényező.

Az 5. kérdés az alkalmazotti viszonyra kérdezett rá. A 22 kórházlelkész közül 9 a kórház alkalmazásában áll, és az egészségügyi intézménytől kapja a fizetését. Ebből 7-en főállásúak, 2-en félállásban dolgoznak. Egyházi fizetést kapnak összesen 7-en, ebből 4-en főállásúak: 1 az egyházkerülettől 1 az adott egyházmegyétől, 1 az egyházmegyétől és egyházkerülettől, végül 1 az RMK-tól. A félállásban szolgálók közül 3-at fizet a területileg illetékes egyházmegye. (7. ábra)

[390] Református Egyház Lelkipásztori Folyóirat, MRE Kálvin János Kiadó, Budapest, LVI. Évf. 2004/6 133-134.o.



7. ábra: A Magyarországi Református Egyház 22 válaszadó lelkigondozó-kórházlelkésze kórházi és egyházi alkalmazásának alakulása 2007-ben

Az, hogy legtöbben a kórház alkalmazásában állnak, de egyházkerület, egyházmegye és missziói központ is fizet kórházlelkészt, arról tanúskodik, hogy mindenhol úgy oldják meg a kórházlelkészi státuszt, ahogy tudják, nincs egységes álláspont, illetve nincs elegendő anyagi forrás, sem az egyházban, sem az egészségügyi intézményekben, hol az egyik, hol a másik tud, illetve akar kórházlelkészt fizetni. Kérdés, hogy szükséges-e, illetve lehet-e ezen változtatni és egységesíteni a kórházlelkészek státuszát. Amennyiben az egyház jelezni akarja a világ felé, hogy a betegek lelkigondozása számára kiemelt feladat, akkor nemcsak kiküldenie, hanem képeznie, továbbképeznie és fizetnie kell a kórházlelkészeket.[391] Fordítva pedig, amennyiben az egészségügyi intézmény fontosnak tartja, hogy a betegeknek és a munkatársaknak a lelke is orvoslásra, gondozásra szorul, részt kell vállalnia az erre alkalmas emberek alkalmazásából. Az egyenetlenség éppen azért áll fenn, mert a kórházlelkészi szolgálat az egyházi és egészségügyi rendszerek metszéspontjában, illetve egyszerre azokon belül és azokon kívül helyezkedik el. A

[391] Németországban a protestáns kórházlelkészeket az esetek nagy részében az egyház (EKD) fizeti, illetve egyes privátklinikák részt vállalnak a lelkészi fizetésből. Elsősorban anyagi okok miatt egyre gyakoribb, hogy 2-3 kisebb kórházba küld ki az egyház egy lelkigondozót, illetve az, hogy a kórházlelkészi feladatok mellett gyülekezeti lelkészi szolgálatokat is ellát a lelkész.

két rendszer együttműködése teremthet tiszta helyzetet, amint erre már példa is van, az egyház és az egészségügyi intézmény szerződéskötése kapcsán.[392]

A gyülekezeti lelkészek szolgálata mögött ott áll a gyülekezet, a presbitérium, különféle bizottságok, munkatársak és az adott egyházmegye. A kórházlelkészek sok esetben gyülekezeti kapcsolódás nélkül, az egészségügyi intézményben magányosan szolgálnak. A 6. és 7. kérdés arra kérdezett rá, hogy ki jelent segítséget a kórházlelkészek munkájában, illetve milyen lehetőségeik vannak a rekreációra. A 22 kórházlelkész közül 11-en más kórházlelkésztől kapnak segítséget, 10-en pedig a családot jelölték meg. Csupán 6 lelkész szolgálatát segíti szupervízor, 5 lelkész dolgozik önkéntesekkel, és szintén 5 lelkész rendelkezik gyülekezeti támogatással. Ez utóbbi még elkeserítőbb, ha arra figyelünk, hogy ebből 3 lelkész elsősorban gyülekezeti szolgálatot teljesít, tehát őket leszámítva 19 lelkészből 2-nek jelent segítséget gyülekezet.

A 8. kérdés arról érdeklődött, hogy a kórházlelkésznek milyen a kapcsolata egyházával, gyülekezetével. A heti rendszerességgel néhány órát kórházban szolgálók gyülekezeti lelkészek, így az ő válaszuk ebben a témában kevésbé mérvadó, hiszen magától értetődő, hogy a lelkésznek rendszeres és intenzív kapcsolata van saját gyülekezetével. A fő és félállásban kórházban dolgozók közül, vagyis 16 főből 1-nek egyáltalán nincs kapcsolata gyülekezettel, 5-nek kevés. Rendszeresen 3-an szolgálnak gyülekezetben, alkalmanként 4 fő. Az egyházmegyének vagy egyházkerületnek mindössze 4-en küldenek vagy tartanak beszámolót szolgálatukról. Gyülekezeti lelkészekkel 16-ból 5-en tartanak kapcsolatot, és gyülekezeti beteglátogató csoportok szervezésében 4-en vesznek részt. A válaszok azt mutatják, hogy a kórházlelkészek gyülekezeti, egyházi kapcsolatai nagyon gyengék. Szolgálatuk helyének és célcsoportjának speciális volta miatt az egyházi rendszer peremére szorulnak. Jellemző, hogy az egyházmegyének vagy egyházkerületnek 12-en egyáltalán nem számolnak be tevékenységükről. Ez utalhat arra, hogy az adott egyházmegye vagy egyházkerület nem vagy alig érdeklődik a kórházi szolgálat iránt. Akik beszámolnak a munkájukról, 1 fő kivételével egyházi alkalmazásban állnak. Az egészségügyi intézmény alkalmazásában álló, de a MRE által kiküldött kórházlelkészek munkájáról sem az egyházmegye, sem az egyházkerület nem kér beszámolót.[393]

---

[392] Lásd pl. a MRE és a Kaposi Mór Oktató Kórház együttműködését.

[393] 2007 óta történt ebben az irányban elmozdulás, de a kezdeményezés a kórházlelkészek oldaláról indult, ők azok, akik szeretnének erről beszámolni. Továbbá az RMK-n belül a kórházmisszió vezetője minden évben kér beszámolót, melyet összegez, és a zsinat elé terjeszt, ez azonban nem közvetlen és nem helyi kapcsolat

A 9. kérdés a kórházlelkészek feladatára kérdezett rá. Egy kivételével valamennyien a betegek lelkigondozását tették első helyre. Aki nem így gondolta, az heti rendszerességgel szolgál csupán kórházban, istentiszteletet tart, így a liturgikus alkalmak tartását jelölte meg. A fő- és mellékállásban szolgálók között többnyire a hozzátartozók lelkigondozása áll a második és a munkatársak lelkigondozása a harmadik helyen. A liturgikus alkalmak tartása a 2.-tól a 7. helyig mindenféle sorszámot kapott. A teológiai elméletalkotás 8 esetben utolsó helyen áll, ketten tették a 6. helyre és ketten a 4. helyre. Négyen nem sorolták be. A gyülekezettel, egyházzal való kapcsolattartás a 4. és a 8. hely között szerepel. A továbbképzést általában az 5. helyre tették a kórházlelkészek, de a 3. 4. és a 7. helyen is előfordul. Egyéb kategóriában a egyedül a kórházi közösség építése jelent meg, az egyházi kórházban dolgozó kolléga kiegészítéseként.

Egyértelműnek látszik, hogy a kórházi lelkigondozásban a betegek között végzett szolgálat az első helyen áll. Bár Hézser véleménye szerint a kórházlelkész lehet, hogy többet használ a betegeknek az egészségügyi dolgozók lelkigondozásával,[394] ez azonban ma Magyarországon még ritka gyakorlat. A munkatársak kevésbé igénylik a lelkigondozást, nem azért, mert nincs erre szükségük, hanem azért mert sok esetben nem értik a lelkigondozást, és elzárkóznak a papi személy elől. Ahol főállásban, több éve szolgál lelkigondozó, ott jelentkezik erősebben a munkatársak igénye, mely általában személyfüggő. A teológiai elméletalkotás utolsó helye a kórház rendszere felől nézve utalhat arra, hogy az egészségügyi intézmények erre nem tartanak igényt, a kommunizmus negyven éve alatt az erre való vágyakozást sikerült – ha nem is végérvényesen, de – időszakosan kiirtani. A kórházlelkészek felől nézve pedig gondolhatnuk arra, hogy egyrészt a rendszer ellenállását érezve, másrészt szolgálatuk lelkigondozói hangsúlya és az időhiány miatt nem foglalkoznak ezzel a kérdéssel. A továbbképzés és a szupervízió sok esetben megelőzi a gyülekezetekkel való kapcsolattartást és a teológiai elméletalkotást, sőt 3 esetben még a liturgikus alkalmak tartását is. A kórházlelkészek érzik határaikat, és sok megválaszolatlan kérdéssel szembe találkozva szükségét érzik a fejlődésnek, közös válaszkeresésnek, útmutatásnak.

A 10. kérdés arra kérdezett rá, hogy ki milyen liturgikus alkalmakat tart a kórházban. A 22 kórházlelkész közül 12-en tartanak istentiszteletet hétközben, és 9-en vasárnaponként. Nagyünnepeken úrvacsorás istentiszteletet 10-en tartanak, és 11-en osztanak betegúrvacsorát. 6-an tartanak bibliaórát különféle betegosztályokon, és 4-en munkatársaknak bibliaórát. 2

[394] Hézser Gábor: A kórházi lelkigondozás mint az intézményi kultúra egyik támasza, in: Református Egyház, 2002. 225. o.

esetben számolnak be a gyermekosztályon tartott foglalkozásról, 2-en napi áhítatról. Haláleset alkalmával 1 lelkész tart istentiszteletet kórteremben, illetve 1 valaki jelezte, hogy temet és keresztel. [395] Az istentiszteleti alkalom hétközben vagy vasárnap hozzátartozik a kórházlelkészek szolgálatához. A közös úrvacsorás istentiszteleteket, talán éppen a szolgálat ökumenikus jellege miatt a kórházlelkészeknek kevesebb, mint a fele vállalja fel. Meglepő, hogy a kórházlelkészek alig több, mint a fele visz csak úrvacsorát a betegeknek. Ennek oka lehet a túl sok beteg, az időhiány vagy az igények felmérésének hiánya, illetve szóba jöhet az is, hogy a mindenkit elérni akaró lelkigondozó nem kívánja hangsúlyozni felekezethez tartozását, hogy mindenki nyitott maradjon a lelkigondozói szolgálatra. A munkatársi bibliaórák azon a vidéken működnek, ahol eleve magasabb a magukat reformátusnak vallók száma.

A 11. kérdés arra kérdezett rá, hogyan fogadják a betegek a lelkigondozó jelenlétét. A főállású kórházlelkészek kivétel nélkül arról számoltak be, hogy jelenlétük megszokott, elfogadott, kis kivételtől eltekintve igénylik és várják őket. A félállásban dolgozók tapasztalatai vegyesek, 1 fő számolt be mind a betegek, mind az orvosok és nővérek pozitív hozzáállásáról, a többiek legalább ugyanennyi elutasítást is kapnak. A heti rendszerességgel szolgálók általában jó fogadtatásban részesülnek, ritkán tapasztalnak elutasítást.

A főállású kórházlelkészek az egészségügyi intézmény mindennapjaiban állandó jelenlétükkel részeseivé válnak a rendszernek, megtalálják szolgálatuk helyét és idejét, tudnak alkalmazkodni, van idejük arra, hogy tiszteletben tartsák a kórház rendjét, és ezt a kórház munkatársai akceptálják. A félállású kórházlelkészek helyzete a legnehezebb, hiszen ők ahhoz sokat vannak jelen, hogy a rendszert megzavarják, ahhoz pedig keveset, hogy teljes elfogadást nyerjenek, illetve a rendszer befogadja őket. A heti rendszerességgel szolgálók rövid időt töltenek a kórházban, általában csak az istentiszteleti alkalom idejére, melyre akkor ad lehetőséget az intézmény, amikor eleve nem zavarja meg a gyógyítás folyamatát, sőt inkább segít a betegek lefoglalásában, ezért az egészségügyi rendszert kevésbé vagy egyáltalán nem zavarják meg.

A kórházakban a lelkigondozott megtalálása igen nehéz feladatot jelent a kórházlelkészeknek, különösen szolgálatuk kezdetén, de azt követően is szükségük lenne segítségre. A 12. kérdés arra kérdezett rá, hogyan találja meg ki-ki a beszélgetésre vágyó pácienseket. A válaszok nem kizárólagosak, vagyis egy kórházlelkész több választ is bejelölhetett.

[395] Egyházi kórház lelkésze.

A főállású kórházlelkészek leginkább maguk találnak a betegre (10), de sokszor jelez számukra a nővér (8) és az orvos (8) is. A betegek maguk is hívják a lelkészt (7), s előfordul az is, hogy gyülekezeti lelkész szól (6). 4 esetben önkéntesek segítenek, 3-an orvosi viziten is részt vesznek. Más felekezet lelkésze a legritkább esetben szól, egy kórházlelkész jelölte meg ezt. Az egyéb kategóriában megjelent, hogy más kórházlelkész is segít, bibliakörön vagy csoportfoglalkozáson derül ki, hogy ki szorul lelkigondozói beszélgetésre, illetve szociális munkás szól, vagy istentiszteleti alkalom után adódik a beszélgetés.

A fenti eredmény megerősíti azt a tézist, hogy a főállásban dolgozó kórházlelkészek jobban részévé válnak a rendszernek, adódik lehetőségük arra, hogy az orvosokkal és a nővérekkel a betegekről konzultáljanak, működik a kommunikáció és ez segíti a lelkigondozói munkát. Hogy a lelkészek elsősorban mégis maguk találnak a betegre – bár a különbség nem szignifikáns – ez adódhat abból, hogy egy többágyas kórterembe lépve, ha egy bizonyos személyhez érkezik is a lelkész, jelenléte, nyitottsága, egy-egy gesztusa a többiek felé szíveket nyit meg, újabb és újabb lelkigondozói találkozásokra ad lehetőséget, melyekkel a heti 40 óra, vagyis a kórházban töltött idő mennyisége miatt is élhet, ha akar és bír. Gyülekezeti lelkész csupán 6 kórházlelkésznek jelez, 5-nek egyáltalán nem, mely eredmény jelzi, hogy az egyházi rendszerben van még ezzel kapcsolatosan tennivaló. Szükséges javítani a gyülekezeti lelkészek és a kórházlelkészek kapcsolatán, illetve a gyülekezeti lelkészek és kórházba kerülő gyülekezeti tagjaik kommunikációján.

A félállású kórházlelkészeknél ugyanannyi (4) megjelölést kapott a „beteg hív" és a „nővér szól", és az „orvos is gyakran jelez" (3). Gyülekezeti lelkész segítségét 2-en jelölték meg, orvosi viziten csak egy vesz részt. Más felekezet lelkészét és önkéntest 1-1 lelkész jelölt meg. Félállásban dolgozó kórházlelkészek esetében sokkal kevesebb idő jut a kórházi személyzettel való konzultációra, nincs idő vizitre járni, és a kevesebb bent töltött idő miatt a kommunikáció sem működik úgy az orvosokkal és a nővérekkel. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a gyülekezeti lelkészekkel viszont jobb a kapcsolat. Nem igaz tehát az a feltételezés, mi szerint a félállásban dolgozó kórházlelkészek sokkal inkább az egyházi rendszer részei maradnak, mint a főállásban dolgozók. A felmérés azt mutatja, hogy sem a főállású, sem a félállású kórházlelkészek nem integrálódnak olyan szinten az egyházi rendszerbe, mint a gyülekezeti lelkészek.

A heti rendszerességgel szolgáló kórházlelkészeknél a vizitre járás és az, hogy az orvos szól egy-egy beteg meglátogatásának szükségességéről, egyértelműen kimarad. Kevés az idő arra, hogy a kórházban töltött pár óra alatt megfelelő kapcsolat és kommunikáció épüljön ki a

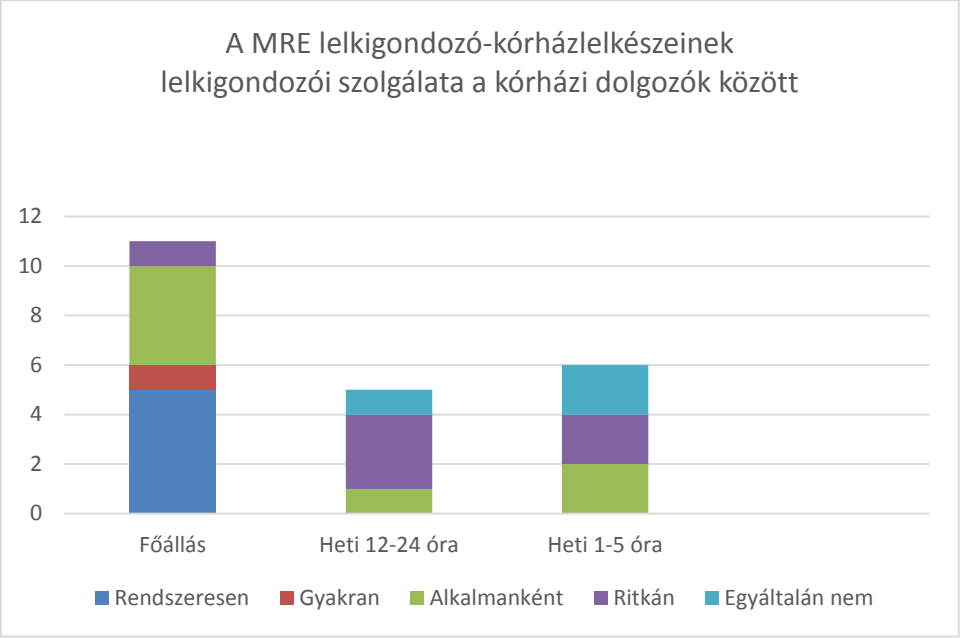
kórházlelkész és a munkatársak között. Az, hogy a betegre a gyülekezeti lelkész, más lelkész, önkéntes, vagy nővér hívja fel a lelkigondozó figyelmét, kapott még 2-2 jelölést, a „magam találok rájuk" és a „beteg hív" 1-1-et. Egyéb kategóriában megjelent az „istentiszteleten találok rájuk", ami szintén egyértelmű, hiszen istentiszteleti alkalmat tartani jár be a lelkész. Előjött még, hogy más kórházlelkész is segít, bibliakörön vagy csoportfoglalkozáson derül ki, hogy ki szorul lelkigondozói beszélgetésre, gyülekezeti tag is szól, és az istentiszteleti alkalom után is adódik lelkigondozói beszélgetés.

Összességében a kórházlelkészek leginkább maguk találnak a betegre (15), illetve a nővérek segítik a szolgálatukat (14). Sok esetben kéri a beteg a találkozást (12), és több esetben szól orvos (11), mint gyülekezeti lelkész (10). Önkéntesek összesen 7-en segítik a kórházi szolgálatot.

A kórházlelkészi szolgálat ökumenikus, illetve „minden népek" tanítvánnyá tételéről szóló gyakorlatát volt hivatott kontrollálni a kérdőív 13. kérdése. A főállásban szolgáló kórházlelkészek közül csaknem mindnyájan (10 fő) arról számoltak be, hogy mindenféle felekezetű, illetve felekezeten kívüli emberek között is végeznek lelkigondozói munkát a kórházban. Csupán egy személy jelezte, hogy többnyire református betegekkel beszélget.

A félállásban szolgáló kórházlelkészek közül valamennyien azt jelezték, hogy mindenféle felekezetű emberrel (3), illetve felekezeten kívüliekkel (4) is folytatnak lelkigondozói beszélgetést. A heti rendszerességgel szolgáló kórházlelkészek közül vannak, akik csak reformátusokkal (1) vagy többnyire reformátusokkal (1) beszélgetnek, van, aki csak protestánsokkal (1), legtöbben azonban mindenféle felekezetű emberrel (4), sőt felekezeten kívüliekkel (2) is. Összességében azt lehet állítani, hogy a válaszok megerősítik azt a feltevést, miszerint a kórházlelkészi szolgálat különbségtétel nélkül mindenkit érinthet, attól függetlenül, hogy a lelkész hány órát tölt a kórházban.

A 9. kérdésre adott válaszoknál korábban már láttuk, hogy a magyarországi kórházlelkészek elsősorban a betegek lelkigondozásával foglalkoznak, holott nagy szükség lenne a munkatársak között végzett szolgálatra is. A 14. kérdés a kórházi dolgozók között végzett lelkigondozói munkára kérdezett rá. A válaszok alapján mondhatjuk, hogy nincs olyan főállású kórházlelkész, aki egyáltalán nem foglalkozik a munkatársakkal. 5 rendszeresen foglalkozik velük, 1 gyakran, 4 alkalmanként, 1 ritkán. Már a félállásban dolgozók között akad 1, aki egyáltalán nem végez lelkigondozói munkát a dolgozók között, 3 ritkán, 1 alkalmanként. A heti rendszerességgel kórházban szolgálók közül 2-en egyáltalán nem, 2-en ritkán, 2-en alkalmanként folytatnak lelkigondozói beszélgetést munkatársakkal. (8. ábra)



8. ábra: A Magyarországi Református Egyház 22 válaszadó lelkigondozó-kórházlelkészének lelkigondozói szolgálata a kórházi dolgozók között 2007-ben

A válaszok egyértelműen megerősítik azt a tézist, miszerint az egészségügyi intézményben dolgozó munkatársakkal rendszeresen csak a főállású lelkészeknek van lehetősége lelkigondozói beszélgetést folytatni, de közülük is többen csak alkalmanként teszik ezt. Ez mutathatja azt, hogy egyrészt a lelkigondozás még nem teljességgel elfogadott, elismert és igényelt szolgálat az egészségügyi dolgozók között, a kommunizmus évtizedes lelket sorvasztó munkája nyomán sokan még mindig idegenül állnak egy lelkésszel szemben. Másrészt a nővérek és az orvosok olyannyira elfoglaltak, hogy hiába fenyegeti őket a kiégés veszélye, nem jut idejük a kórházlelkésszel való beszélgetésre. Harmadrészt az intézmény még nem vagy kevéssé ismerte fel a lelkigondozásban rejlő kiégésprevenció lehetőségeit.[396]

A 15. kérdés tovább mélyítette ezt a témát, mikor arra kérdezett rá, hogyan fogadják a dolgozók a lelkigondozó jelenlétét. A nyitott kérdésre adott válaszok alapján megállapíthatjuk, hogy a főállású kórházlelkészek szolgálata nyomán sokkal elfogadottabb a lelkigondozói szolgálat, mint a félállásúak, vagy a heti rendszerességgel kórházban szolgáló mellett. A főállású kórházlelkészek ugyanis arról számolnak be, hogy jelenlétük megszokott, a nővérek, orvosok kezdik érteni a lelkigondozás tartalmát, várják, szívesen fogadják, sőt igénylik is őket. Csupán

[396] A lelkigondozásban rejlő kiégésprevenció lehetőségeit az utóbbi években kezdik felismerni a kórházak, ezt igazolják a MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel folytatott interjúk, melyeknek elemzésére a következő fejezetben térünk ki.

3-an számolnak be vegyes fogadtatásról vagy bizonyos személyek kapcsán közömbösségről esetleg negatív élményről.

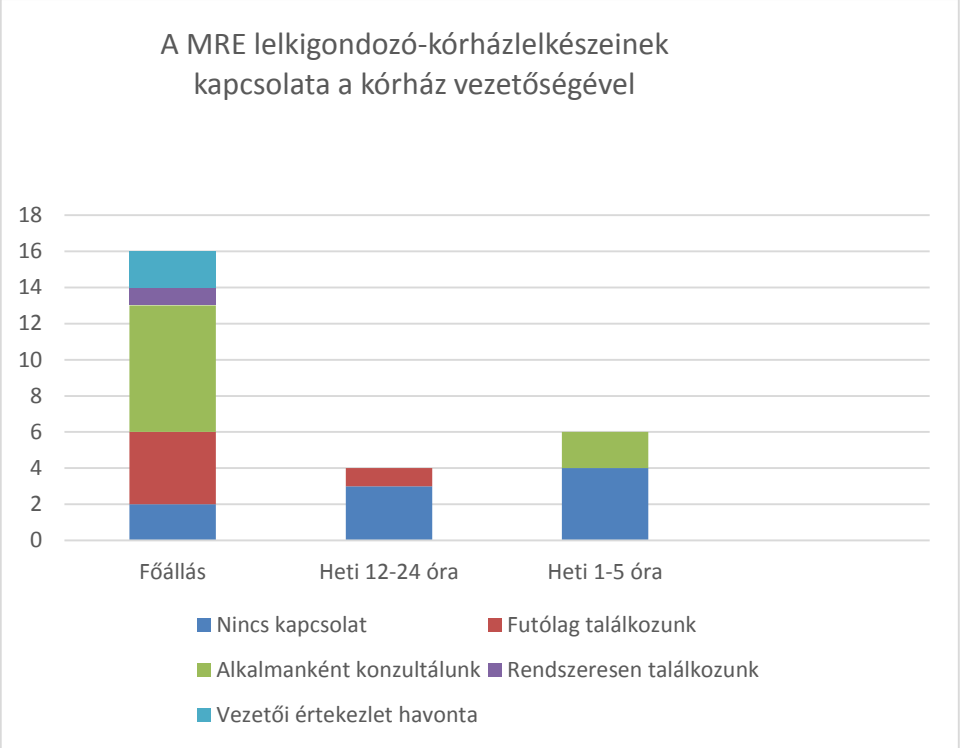
A félállásban szolgáló kórházlelkészek közül mindössze 1 fő számolt be a fentiekhez hasonló jó tapasztalatról, alapvetően azonban nem igénylik a szolgálatot, csak megtűrik, tartózkodóak, bizalmatlanok, tele vannak előítéletekkel.

A heti rendszerességgel szolgálók fogadtatása változó, illetve az istentiszteletre hívogatásban olykor kapnak segítséget.

A főállású kórházlelkészek mellett van ideje megismerni a munkatársaknak a lelkigondozói munkát, így közelebb kerülve ehhez, értik és igénylik azt. A félállásban dolgozóknál erre kevésbé adatik lehetőség, ők inkább a betegekért vannak. Az alkalmi szolgálók az istentisztelet idején tartózkodnak csak a kórházban, ez a munkatársak tekintetében többnyire egyáltalán nem indít el lelkigondozói kapcsolatot, mivel az istentiszteletekre elsősorban nem ők járnak, hanem a betegek.

A kórház vezetőségével való kapcsolat vagy annak hiánya jelzés arra nézve, hogy a lelkigondozó mennyire válik egészségügyi dolgozóvá, illetve kórházlelkészként az egészségügyi intézmény egyik vezető emberévé. A 16. és 17. kérdés erre kérdezett rá. A főállású kórházlelkészek közül 1 fő találkozik és beszélget rendszeresen az igazgatókkal, 7-en alkalmanként konzultálnak a szolgálatról. 4-en futólag találkoznak csak a vezetőkkel, és 2-en arról számolnak be, hogy jelenlétük engedélyezett, de az igazgatókkal kapcsolatuk nincs. 2-en jelezték, hogy alkalmi megbeszéléseik mellett havonta vezetői értekezletre kapnak meghívást, ahol elvárt a jelenlétük, és megszólalásra is alkalmuk van.

A félállásban dolgozók közül 3-nak egyáltalán nincs kapcsolata a vezetőséggel, 1 futólag találkozik csak valamelyik igazgatóval, 1 pedig nem jelölt meg semmit. A heti rendszerességgel szolgáló lelkészek közül 4-nek nincs kapcsolata az igazgatókkal, 2 pedig alkalmanként konzultál a vezetőség valamelyik tagjával. (9. ábra)



9. ábra: A Magyarországi Református Egyház 22 válaszadó lelkigondozó-kórházlelkészének kapcsolata a kórház vezetőségével 2007-ben

A 22 kórházlelkész közül 9 lelkésszel egyáltalán nem foglalkozik a kórház vezetősége, illetve valószínűleg a kórházlelkész sem foglalkozik a vezetőséggel. Az istentiszteleti alkalmakat tartó lelkészek esetében ez érthetőbb, mint a fő- és félállású lelkészek esetében. Érdekes megjegyezni, hogy azokat a kórházlelkészeket, akiknek nincs kapcsolatuk a kórház vezetőségével, az egyház fizeti, akiknek pedig van kapcsolatuk az igazgatókkal, azokat az egészségügyi intézmény. Úgy látjuk tehát, hogy a kórházlelkész kórházi rendszerbe integrálódását, a lelkigondozói szolgálat kórházi vezetés általi elismertségét és támogatását segíti, ha a kórházi rendszer is hozzájárul a kórházlelkész fizetéséhez.

Rendszeres találkozás az igazgatósággal kizárólag a főállású kórházlelkészek esetében fordul elő, 1 esetben egyházi kórházban, 2 esetben havi vezetői értekezlet formájában.

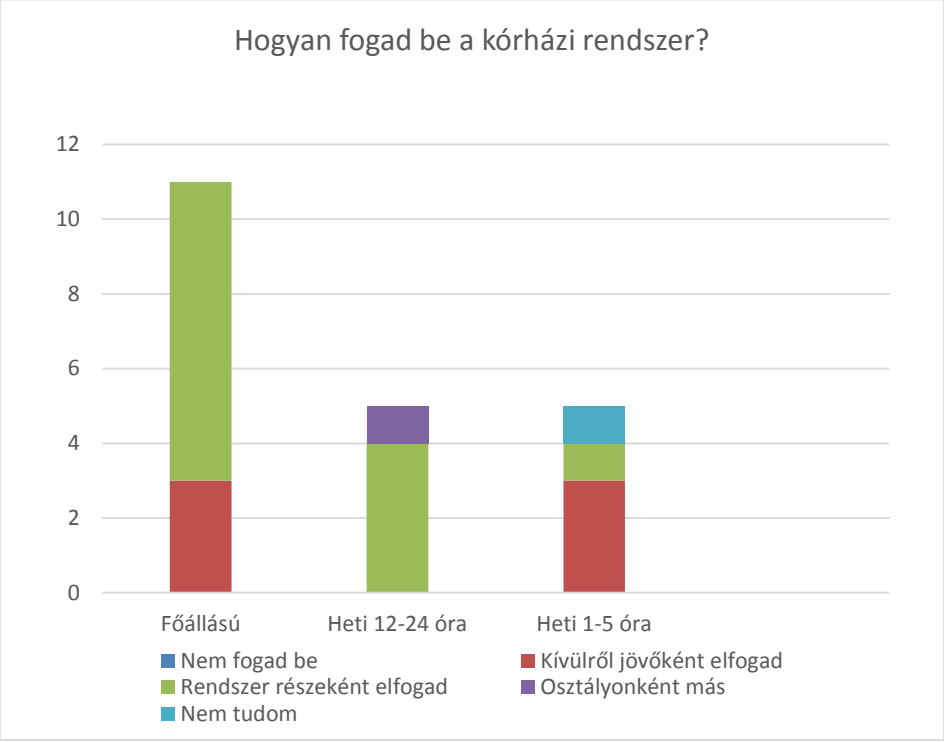
Minden esetben elvárható lehetne, hogy a kórház rendszerében az intézmény vezetői közül valaki kapcsolatot tartson, rendszeresen kommunikáljon a felvett vagy beengedett kórházlelkésszel.

Hogy kit mennyire fogad be a kórházi rendszer, arra a következő válaszok születtek: a főállású kórházlelkészek közül 8 a rendszer részének érzi magát, és nincs olyan, aki úgy érezné, hogy a rendszer nem fogadja be. 3-an a rendszer részeként, de kívülről jövőnek érzik magukat. 6 tagja

az etikai bizottságnak, 6 rendszeresen konzultál a társszakmákkal. 4 értekezleten is részt vesz, 3 viziten is. 2-en rendszeresen előadnak kongresszuson.

A félállásban dolgozók közül 4-en a rendszer részének érzik magukat, 1 fő jelezte, hogy osztályonként változik elfogadottsága.

A heti rendszerességgel szolgálók közül 3-an kívülről jövőnek, de a rendszer részének érzik magukat, 1 a rendszer részeként elfogadottnak érzi magát, 1 pedig nem tudja. (10. ábra)



10. ábra: A Magyarországi Református Egyház 22 válaszadó lelkigondozó-kórházlelkészének véleménye 2007-ben arról, hogy hogyan fogadja be őket a kórházi rendszer

Akit a kórház fizet, az inkább a kórházi rendszer részének érzi magát, mint az, akit az egyház. A nem főállásúak közül senki sem tagja az etikai bizottságnak, illetve nem kapnak meghívást értekezletre, orvosi vizitre, és semmilyen fórumon nem tartanak előadást munkájukról. Csak főállású kórházlelkész válhat igazán a kórházi rendszer részévé.

A 18. kérdés arról kérdezte a kórházlelkészeket, hogy elégedettek-e szolgálatuk körülményivel. A főállású kórházlelkészek közül 10-en elégedettségről számoltak be, melyet 5-en azzal magyaráztak, hogy a feltételek biztosítottak és hagyják őket dolgozni, 2-en örülnek, hogy teammunkában dolgozhatnak, 1 örül, hogy van irodája, 2 pedig nem indokolta. Emellett hiányosságokat is felsoroltak, 3-an a kórházi kápolnát hiányolták, 1 a szolgálat perifériku

voltát éli meg nehezen, 1 jobb anyagi megbecsülést várna, szupervíziót igényelne és több szóróanyagot. 1 lelkész elégedetlen, számára a lelkigondozói körülmények nem optimálisak.
A félállásúak közül 3-an elégedettek, 1 kezdetleges állapotról számolt be, nincs irodája, 1 pedig elégedetlen, a lelkészi együttműködés hiánya, az egészségügyi rendszer lehetetlenségei és a kórházban tapasztalt kiégettség miatt.
A heti rendszerességgel szolgálók válaszai ebben az esetben kevésbé informatívak számunkra, saját maguk is érzik és megjegyzik, hogy több idő kéne erre a szolgálatra.
Meglepő tehát, hogy a magyarországi társadalmi és egészségügyi helyzet ellenére, a kórházlelkészek a kórházi rendszerben alapvetően elégedettek szolgálatuk körülményeivel. Ennek oka egyrészt az lehet, hogy Magyarország múltjára tekintve valamennyien örülnek, hogy a kórházak ajtajai újra kinyíltak a lelkészek előtt, s a legtöbb esetben közvetlen elődök nélkül maguknak kell lépésről-lépésre megteremteni és kiharcolni a rendszerben szolgálatuk minimális feltételeit. Másrészt az, hogy az a kórház fogad vagy alkalmaz egyáltalán kórházlelkészt, amelyik a körülményeket is biztosítani tudja.
A 19. kérdés nyitott formában arra kérdezett rá, hogy mi a legnehezebb a szolgálatban. A válaszok a főállású kórházlelkészek válaszai szerint a legkülönfélébbek. Vannak, akik az egyházi közönyről beszélnek, mások az egészségügyi személyzet megszólításával bajlódnak. A súlyos betegségek és a haldoklók szolgálata és a túl sok beteg megkeresése is lelket megterhelő feladat többek számára. Információhiány, adminisztráció, a szolgálatról számszerű beszámoló a kórháznak mint nehézség is szerepelnek egy-egy válaszban. Az időhiány, a szellemi ellaposodás veszélye és az elvtelennek tűnő kompromisszumok elviselése is nehezére esik egyes kórházlelkészeknek.
A félállásban szolgálók nehézségként említik a rendszerben a helyük megtalálását, az egészségügyi hierarchia szigorúságát, a váratlan helyzeteket, a bizonytalanságot, és a visszajelzés hiányát. Felmerül még a saját szerepek összehangolásának problémája és a fáradtság, lelki megterhelődés, és a gátlástalan betegek elhordozása.
A heti rendszerességgel szolgálók panaszkodnak a kevés időre, az ellenséges fogadtatásra, a segítség hiányára. Nehéz a kórteremről kórteremre járva keresni a pácienseket, valamint szüntelenül gyógyíthatatlan és haldokló betegekkel találkozni.
Összességében azt mondhatjuk, hogy bár az előző kérdésre adott válaszoknál alapvetően elégedettségről számoltak be a kórházlelkészek, ennél a kérdésnél kiderül, hogy mi minden okoz nehézséget, ütközést, lelki megterhelést számukra. Az elégedettség alapvetően a strukturális keretekre, körülményekre vonatkozott, a nehézségek pedig általában a rendszeren

belüli kommunikációs zavarokról és belső megterhelődésről szólnak. Ebben jelenthetne segítséget a kórházi rendszer felől egy vezetővel való rendszeres kapcsolattartás, illetve az egyházi rendszer felől a szupervízori szolgálat, és a közösséghez, gyülekezethez tartozás.

A kórházlelkész találkozók hasznosságára kérdezett rá a 20. kérdés. A kórházlelkészek közül 18 hasznosnak tartja a találkozókat: 7-en jelzik, hogy feltöltődnek, 5-en, hogy tanulnak egymástól, 4-en a tapasztalatcserét említik, 2-en a közös érdekképviseletre hivatkoznak. 3-an soha nem voltak még ilyen találkozón, van, aki időpocsékolásnak tartja a többnapos találkozót, 1 pedig nem tartja hasznosnak, keveset kap.

Az, hogy a 22 kórházlelkész közül 18 hasznosnak ítéli meg ezeket a találkozókat és részt is vesz ezeken, azt jelezheti, hogy ebben a közegben a kommunikáció őszinte és zavartalan, értik egymást nyelvét. Sokan a gyülekezeti kapcsolatok elé helyezik a kórházlelkészi közösséget, itt töltődnek, szükségük van arra, hogy találkozzanak, tapasztalatot cseréljenek, megerősítést vagy éppen tanácsot kapjanak azoktól a kollégáktól, akik hasonló szolgálatot végeznek. Nehézség, hogy a találkozó országos, így nagy távolságokat kell megtenni a konferenciákért, erre nem jut mindig idő. A regionális találkozók lehetőségét, továbbképzéseket, esetmegbeszéléseket kéne bevezetni a továbbiakban, melyek nagyrészt segíthetnék a kórházlelkészek munkáját.

A 21. szabad kérdésre írt gondolatok alapján sok kórházlelkész küszködik a magyar egészségügyi helyzettel, de ugyanúgy az egyházban tapasztalt egyenetlenséggel, az el nem ismeréssel is. 9-en jelezték, hogy szupervízióra, továbbképzésre, esetmegbeszélésekre lenne szükségük, szívesebben találkoznának több alkalommal kórházlelkészekkel, akár regionális keretek között is. Előkerült az a gondolat is, hogy a pasztorálpszichológiai és a mentálhigiénés képzésnek közelednie kellene egymáshoz. 3-an jelezték, hogy nagyon egyedül vannak a szolgálatban, egyháztól, gyülekezettől több segítséget várnának. 3-an fogalmazták meg azt az igényt, hogy a szolgálathoz több anyagi támogatásra lenne szükség, elsősorban az egyháztól, illetve alapítványoktól.

A kérdőíves elemzés summázásaként elmondhatjuk, hogy a Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészei jelenleg mind az egyházi, mind a kórházi rendszerben keresik a helyüket, sok bizonytalanság veszi körül őket. Úgy érzik, hogy az egyházban is és a kórházban is másnak számítanak, mint munkatársaik. A főállású kórházlelkészek integrálódnak leginkább a kórházi rendszerbe, ugyanakkor egyházi kapcsolódásaik gyengék. Továbbképzésük, szupervíziójuk nem megoldott, munkájuk iránt kevéssé érdeklődik az adott egyházközség, egyházmegye vagy egyházkerület. A felmérés felhívja a figyelmet arra, hogy az egyháznak szükséges kiemelten foglalkozni a lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatának kereteivel,

tartalmával, szupervíziójával, hogy a betegek lelkigondozása hosszútávon működhessen, s az erre elhívott lelkészek az egyházi és kórházi rendszerek határán megtalálják helyüket és megerősítést nyerjenek.

2.6. A Magyarországi Református Egyház kórházlelkészeivel folytatott kvalitatív kutatás

Doktori dolgozatom alapkérdésének megválaszolásához szükségesnek tartottam a lelkigondozó-kórházlelkészek között végzett 2007-es felmérést követően egy kvalitatív kutatást végezni. A kvantitatív elemeket is tartalmazó, strukturált, adatfeltáró módszerekhez folyamodó felmérés után nyilvánvalóvá vált, hogy a magyarországi főállású kórházlelkészek egyházi és kórházi rendszerben elfoglalt helyéről, illetve egyházi és kórházi kapcsolatairól akkor kapunk reálisabb képet, ha a kvalitatív kutatási módszereket hívjuk segítségül. A kvalitatív kutatási módszerek lehetővé teszik, hogy a kutató résztvevő legyen, illetve nem zárják ki a kutatott témában való érintettséget. Kutatóként mint lelkigondozó-kórházlelkész, aki lelkigondozó-kórházlelkészekkel készít interjút, magam is érintettként kérdeztem, illetve folytattam a beszélgetéseket. A kutató érintettsége természetesen magában foglalja a szubjektivitás veszélyét, de ezt a megfelelő módszerekkel, visszacsatolással, folyamatos reflektálással, szükség szerint második interjú készítésével igyekeztem orvosolni. A kvalitatív kutatásban a kutató aktív, a kutatástól elválaszthatatlan, maga a kutatás pedig a kutató és a vizsgált személyek kommunikációjába ágyazott. A résztvevők folyamatos interakcióban állva egymással, alakítják, magyarázzák, és értelmezik a valóságot.[397] „A kvalitatív kutatási folyamat tehát a problémára vonatkozó empirikus anyag gyűjtését, elemzését, majd írásba foglalását jelenti. Minden fázis mögött ott találjuk a kutatót, akit saját perspektívája, tapasztalatai, értelmezési keretei helyeznek el a folyamatban.”[398] Sántha Kálmán szerint mindezek ellenére a kvalitatív kutatásra is érvényes kritériumok az objektivitás, az érvényesség és a megbízhatóság.[399] Vallja, hogy nincs megfigyelőtől független valóság, ha a kutató szerepe nincs kiküszöbölve, akkor a kutatást a szubjektivizmus fenyegeti, s minden kvalitatív kutatásban megjelenik a kutató személyisége, tehát a teljes objektivitás kizárt.[400] A kutatás

[397] Szabolcs Éva: Kvalitatív kutatási metodológia a pedagógiában, Pedagógus Könyvek, Műszaki Könyvkiadó, Budapest 2001. 22-25. o.
[398] Uo. 48. o.
[399] Sántha Kálmán: Bevezetés a kvalitatív pedagógiai kutatás módszertanába, Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 2009. 106. o.
[400] Uo. 106-108. o.

érvényességével kapcsolatosan kiemeli a többféle nézőpontot, különböző módszerek, eljárások és technikák együttes alkalmazását, az eljárás pontos és részletes dokumentációját, az interpretációk más kutatókkal, szakemberekkel való megvitatását.[401] A kvalitatív kutatás megbízhatóságát a pontos és részletes dokumentálás, a reflektív kutatói szemlélet erősítheti.[402] Már a kérdőíves felmérés elemzésénél fontosnak tartottam a konzultációt más szakemberekkel, hogy többféle nézőpontot megjelenítve az érvényesség ne sérüljön. Az irányított interjúk készítésénél és elemzésénél ezt a módszert szintén alkalmaztam, valamint részletes és pontos dokumentációval erősítettem a reflektív kutatói szemléletet.

Mind az előzetes felmérésben, mind az interjúk készítésénél figyelnem kellett az etikai kérdésekre is. A közreműködők védelme szempontjából a kutatás folyamán elengedhetetlen volt az önkéntesség, az interjúalanyok beleegyezése, az anonimitás biztosítása, és a vizsgálati alany személyiségi jogainak védelme.[403] A kutatási adatok a valóságnak megfelelnek, szándékos elhallgatás nem történt. A nyilvánosságra hozatal kapcsán az érintettektől engedélyt kértem, s azt beleegyezésükkel publikálom.

Az interjú lebonyolítását Steinar Kvale hét lépcsője szerint végeztem, melyek következők: témamegjelölés, tervezés, interjúkészítés, adatrögzítés, elemzés, vizsgálat, beszámoló.[404]

2.6.1. Témamegjelölés és az interjú tervezése

A kutatás célja, hogy feltárjuk a magyarországi lelkigondozó-kórházlelkészek egyházi és kórházi intézményben elfoglalt helyét, szolgálatának alakulását és kereteit, a beszélgetések során érintve annak körülményeit, lehetőségeit, feladatait és problémáit.

A kórházi lelkigondozás mint rendszerek határán és rendszerek metszéspontjában működő szolgálat a lelkigondozó-kórházlelkésztől egyrészt Krisztustól és az anyaszentegyháztól kapott elhivatásához való hűséget, másrészt az egészségügyi intézmény vezetőségétől, illetve a lelkigondozottaktól – betegektől és munkatársaktól – kapott feladatokban való elkötelezettséget várja el. A szolgálat egyrészt a lelkészi és lelkigondozói feladatokat látja el, másrészt szükséges, hogy az intézmény adottságainak megfelelően, saját arculatát kialakítsa. Figyelembe kell vennie, hogy a kórház egyházi vagy állami intézmény, van-e saját profilja, egy speciális terület, betegség, amivel foglalkozik, mekkora ágyszámmal működik – kisebb klinika vagy súlyponti

[401] Uo. 106-124. o.
[402] Uo. 106-124. o.
[403] Uo. 125-131. o.
[404] Kvale, Steinar: Az interjú. Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba, Jószöveg Műhely Kiadó, Budapest, 2005. 95. o. 5.2 ábra

kórház –, milyen az aktív, krónikus, rehabilitációs illetve hospice ágyak aránya, van-e lehetőség a betegek mellett a munkatársak lelkigondozására, milyen anyagi támogatás szerezhető, milyen gyülekezeti háttérrel lehet számolni a településen, önkéntes szolgálat van-e, szervezhető-e. Ennek alapján minden kórházlelkészi szolgálat egyfelől hasonló, másfelől egészen más. Ennek feltárására vállalkoztam a kvalitatív interjúk készítésekor.

Hipotéziseim a következők voltak: 1. A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálati helye a kórház, vagyis külterületen dolgozik, melynek következtében az egyházi rendszerben idegenné válik. 2. A lelkigondozó-kórházlelkész az egyház küldötte, melynek következtében a kórházi rendszerben idegen marad. 3. A lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatának formai és szakmai követelményei nem egységesen meghatározottak,[405] ez szolgálatuk végzése közben szüntelen helykereséshez és bizonytalansághoz vezet. 4. A lelkigondozó-kórházlelkészek az egyházban kevésbé elismertek, s ez megerősíti az egyháztól való elidegenedésüket.

A tervezés során tanulmányozni kellett az adott szituációt, a témához tartozó jelenségeket, személyeket és egyedi eseteket. Ebben segítségemre szolgált a lelkigondozó-kórházlelkészek között 2007-ben készített felmérés. Ennek megfelelően újra számba vettem a Magyarországon szolgáló református lelkigondozó-kórházlelkészeket, [406] s a kvalitatív kutatás értékelhetőségéhez szükséges interjúk számát. Figyeltem arra, hogy alapvetően főállású – azaz napi 8 órában dolgozó – munkatársakat keressek fel, hiszen a kérdőíves felmérésből kitűnt, hogy egészen más keretek között dolgoznak a főállású és a félállású vagy annál kevesebb heti óraszámban dolgozók.[407]

Magyarország felekezeti megoszlása szerint választottam olyan interjúalanyt is, aki református többségű területen szolgál és olyat is, aki evangélikus vagy római katolikus vidéken dolgozik. Mivel egyházi és állami finanszírozású kórházak is működnek Magyarországon, ezért

---

[405] A kórházlelkészek jogállásáról és feladatáról a MRE Zsinata 2003. november 27-i ülésén elvben rendelkezett.

[406] A 2013-as kórházlelkészi címtárban 34 lelkész neve szerepel. Közülük 30 fő aktív, és 20 fő szolgál főállásban valamely egészségügyi intézményben.

[407] A kérdőíves felmérésben valamennyi kórházlelkésszel foglalkoztam, akár főállásban, akár félállásban dolgozik, akár heti rendszerességgel néhány órára látogat be a kórházba. A felmérés 19. kérdése arról kérdezte a lelkigondozó kórházlelkészeket, hogy mi a legnehezebb számukra a kórházi szolgálatban. A félállásban és a heti rendszerességgel néhány órát kórházban szolgálók egyértelműen nehézségként említették a kórházi rendszerben helyük megtalálását, az ellenséges fogadtatást, s ezek miatt a bizonytalanságot. Ezekben az esetekben tehát kevésbé lett volna érdemes rákérdezni arra, hogy hogyan érzik magukat a kórházi rendszerben, hiszen nagy valószínűséggel ugyanezeket a válaszokat kaptuk volna. Másik oldalról pedig az egyházi rendszerhez való tartozásuk egyértelműbb, hiszen többnyire gyülekezeti lelkészként is szolgálnak vagy egyértelműen intenzívebb a gyülekezethez tartozásuk. Meglátásom szerint megkérdezésük a kérdőíves felmérés eredményeihez képest nem hozott volna újat. Ennél érdekesebbnek és összetettebbnek találtam azonban a napi 8 órában a kórház intézményrendszerében dolgozó lelkészek helyzetét, ezért választottam az interjúalanyokat közülük. Egy esetben beszélgettem egy olyan kórházlelkésszel, aki az első években főállásban később félállásban végezte ezt a szolgálatot.

mindkettőt igyekeztem megjeleníteni a kutatásban, hogy reálisabb képet kapjunk az eredmények összefoglalásánál. Ennek megfelelően a következőképpen alakult az interjúalanyok kiválasztása.

Kvale ajánlása a 15 + - 10 interjú készítése, vagyis már 5 interjú elemzése is lehetséges, de 25 interjúnál több már nehezen feldolgozható.[408] Az interjú készítés folyamán a mennyiségnél sokkal fontosabb volt az alaposság, következetesség, törekedtem a problémacentrikusságra, jó felépítésre és a világos okfejtésre. A magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészek számát tekintve[409] először 5 fő megkeresését terveztem, menet közben azonban úgy éreztem, hogy növelnem kell a mintát, végül 6 fő megkérdezését vállaltam. A kérdéseket részint előre elterveztem, részint az interjúalany válaszai alapján közben alakítottam. Hogy a rugalmasságot és a nyitottságot ne gátoljam, előtérbe helyeztem a milyen? miért? hogyan? kérdéseket és kerültem a mi? mit? kérdésfeltevést. Igyekezetem szem előtt tartani a szisztematikusságot, a következetességet és a rugalmasságot.

2.6.2. Az interjúkészítés és az adatrögzítés folyamata

Öt esetben sikerült személyesen felkeresnem az interjúalanyokat, saját szolgálati helyükön. Azért tartottam fontosnak a személyes megkeresést és az interjúalany számára megszokott helyet, mert így a körülmények biztonságot nyújtottak a megkérdezettnek, aki ebben a helyzetben válaszadásaiban nyitottabb volt, könnyebben beszélt saját, megélt világáról és azzal való kapcsolatáról. Egy esetben az interjúalany kérésére elektronikus úton, írásban folytattuk le a beszélgetést. Maga az interjú készítése meglehetősen időigényes volt, mind az interjú konkrét idejének, mind lebonyolításának megszervezését, időpontok egyeztetését, a leírt anyag ellenőrzését és visszaküldését és a visszakérdezéseket tekintve. Az első interjút 2010-ben, az utolsó interjút 2013-ban készítettem. A beszélgetések egyenként 90-120 percig tartottak.

A félig strukturált, nyitott interjú során az első részben a lelkészi majd kórházlelkészi szolgálat indulásáról kérdeztem az interjúalanyokat: „Hogyan emlékszel vissza lelkészi, kórházlelkészi szolgálatod kezdetére?" Azért tartottam fontosnak, hogy ezzel a kérdéssel indítsam az interjút, mert ezzel kijelöltem az interjúalany számára a témát, ugyanakkor kellő szabadságot hagytam a ráhangolódásra és az emlékezésre. A lelkészi, kórházlelkészi szolgálat kezdete jelzi az interjúalany korábbi lehetőségeit, szolgálatának kereteit, indulását és személyes motivációit. A második kérdésben a feladatokra igyekeztem rákérdezni: „Hogyan alakultak a kórházban a

[408] Kvale: i. m. 90. o.
[409] Lásd: 3. ábra

feladataid, munkaköri leírásod? Milyen támogatást tapasztaltál ezzel kapcsolatban az egyház és a kórház részéről?" A lelkigondozó-kórházlelkészek feladatainak kijelölése és alakulása jelzi az egyházi és a kórházi támogatás, figyelem és kontroll mértékét, különösen egy olyan szolgálatot tekintve, amelynek indulásakor korábbi feladat-meghatározások és munkaköri leírások nem vagy alig álltak rendelkezésre. A harmadik kérdéskör a lelkigondozó-kórházlelkészek kórházi és egészségügyi rendszerben való elfogadottságára, a két rendszertől kapott visszajelzésekre vonatkozott: „Hogy érzed magad lelkigondozó-kórházlelkészként az egyházban és a kórházban? Hogyan számolsz be szolgálatodról? Milyen visszajelzéseket kapsz a szolgálatodra, akár egyik, akár másik rendszertől?" Ezeknek a kérdéseknek a feltevésével szerettem volna megtudni, hogy milyen a kórházlelkészek elfogadottsága az egyházi illetve az kórházi rendszerben, hogy érzik magukat szolgálatuk végzése közben, hogyan felel munkájukra az egyház és a kórház. Végül az interjú befejezésénél figyeltem arra, hogy lehetőséget adjak a témával kapcsolatos egyéb gondolatok kifejtésére is: „Szívesen mondanál-e még valamit a lelkigondozó-kórházlelkészek egyházi és kórházi rendszerben elfoglalt helyével kapcsolatban? Van-e még valamilyen gondolatod ebben a témában, amit szeretnél megemlíteni?" Ezzel lehetőséget kaptak az interjúalanyok arra, hogy elmondják azt, ami az interjú folyamán nem került felszínre, vagy amire nem kérdeztem rá, de ők fontosnak tartották megemlíteni.

Ezekkel a kérdésekkel indultam, de az interjúkészítés folyamán, az interjúalany válaszadásait tekintve a sorrendtől és a megfogalmazástól olykor eltértem. A beszélgetés folyamatossága és a jó légkör fenntartása érdekében nem szakítottam félbe az interjúalanyt, hanem hagytam szabadon beszélni, ezzel is elősegítve az őszinteséget, a nyitottságot és a témával kapcsolatos szabadságot. Amennyiben az interjúalany túlzottan eltért a központi témától, igyekeztem kérdésemmel visszaterelni az eredeti problémakörbe.

Az adatrögzítés az írásban folytatott beszélgetés kivételével, diktafonnal készült, melyet olvasható formába kellett önteni a beszélgetés után. Ahhoz, hogy az interjúk valósághű módon tükrözzék az eredeti beszélgetést, igyekeztem a hallottakat az adott szituációnak megfelelően lejegyezni és a tartalmat is pontosan rögzíteni.[410] Éppen ezért a rögzített interjúk nem csupán a kérdéseket és a feleleteket tartalmazzák, hanem a beszélgetés körülményeit, nonverbális jelzéseket, gesztusokat, szüneteket, megszakításokat, az interjúalany viselkedését és az interjúkészítő beszélgetés közben szerzett tapasztalatait. Az interjúk anonimizáltak, sem az egészségügyi intézmény, sem az interjúalany, sem a beszélgetésben megnevezett személyek

[410] Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2005. 403. o.

neve nincs feltüntetve, az interjúalany és az általa megemlítettek személyiségi jogainak tiszteletben tartása és védelme érdekében. Amennyiben szükségesnek láttam, az interjú bizonyos pontján bővebb magyarázattal szolgálni, ezt az érthetőség szempontjából fontos hivatkozásokkal, lábjegyzetekkel egészítettem ki.

2.6.3. Az interjúk elemzése, kontrollálása és vizsgálata

Az elemzés során először egyenként foglalkoztam az interjúkkal, majd általános elemzést folytattam. Az egyenkénti interjúelemzésnél a leírt szövegből kiemeltem a téma és a hipotézisek szempontjából fontos illetve elhanyagolható szöveget. Így egy jóval rövidebb, koncentrált szöveget kaptam, s ennek az anyagnak sajátosságait vizsgáltam. Az egyenkénti elemzés során valamennyi interjúnál a kiindulási anyagból parafrázisokat készítettem, majd általánosítást és redukciót végeztem. [411] Ezeket egyenként táblázatba foglaltam, majd az általános összehasonlító elemzés folyamán az interjúk közötti hasonlóságokat és különbségeket vizsgáltam.

Az interjúk elemzése során szükségesnek láttam folyamatosan kontrollálni a megállapításokat és az eredményeket. A rövidített, témán orientálódó interjút az elemzés közben mindig a teljes interjú kontextusában szemléltem, azzal egyeztettem, hogy minél kevesebb legyen a hibás interpretáció. Amennyiben kérdőjelek vagy kétségek merültek fel a megállapítással kapcsolatban, szükséges volt újra meghallgatni az eredeti interjút, illetve az interjúalanyt ismételten megkérdezni.

A vizsgálat során örömmel tapasztaltam, hogy valamennyi interjúalany abszolút nyitottsággal és bizalommal volt irányomban, szívesen, őszintén és félelem nélkül beszélt a témáról, abban az esetben is, ha ez az egyházára nézve nem hangzott pozitívan. Az őszinte légkör az eredmények érvényességét és megbízhatóságát elősegítette. Minden esetben azt tapasztaltam, hogy a beszélgetés menet közben lelkigondozói beszélgetéssé is alakulhat, mely az interjúalanynál természetesen következett mindennapi szolgálatára, feladataira, örömeire és küzdelmeire való emlékezésnél. Számomra azonban, mint interjúkészítő számára olykor nehéz volt a beszélgetést mederben tartani. Vigyáznom kellett az őszinte légkör megtartására, ugyanakkor az interjúkészítés célját sem téveszthettem szem elől. Ezért az interjúk olykor más irányt vettek, de lényegüket tekintve valamennyiben kifejtésre került a vizsgálathoz szükséges

[411] Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010. 67-85. o.

anyag. Ezért volt szükség az interjúk elemzésénél egy rövidített formával dolgozni, és a téma felvetésre koncentrálni.

2.6.4. Részletes beszámoló és elemzés

Az interjúk rögzítése és tanulmányozása közben hangsúlyossá vált gondolatok szerint mind a hat interjúnak címet adtam. A címek minden esetben az interjúalany gondolatait, többször ismételt szókapcsolatait tükrözik, és előre jelzik az interjú központi gondolatát. A megfogalmazott mondatok a részletes beszámoló és elemzés során egyenként kifejtésre kerülnek.[412]

2.6.4.1. „Idegen test, idegen nyelv"

Júlia több, mint húsz éve szolgál lelkigondozó-kórházlelkészként a klinikán. Az elsők között volt, akik ezt a szolgálatot felvállalták, elkezdték Magyarországon a rendszerváltás után. Az első hónapokban istentiszteletre hívogató önkéntesként járt a kórházba, majd a kórházigazgató javaslatára, orvostanhallgatók ezirányú lehetőségéhez hasonlóan, ösztöndíjasa lett a kórháznak. Az ösztöndíj után a kórházigazgató státuszt ajánlott neki, melyet örömmel elfogadott. Ebben az időszakban, bár igényelte volna az egyházi segítséget, de az egyház sem fizetést, sem lakhatást nem tudott biztosítani számára. A hétköznapi feladatokra nézve is tanácstalan volt, útmutatást nem kapott, saját maga alakította ki munkatervét: „Próbáltam az egyházban segítséget kérni, de nem kaptam. Mert hogy ez a szolgálat idegen volt itt is, idegen volt az egyházban is." (2) Minél többet szolgált a kórházban, annál inkább érezte annak hiányát, hogy ebben a témában nincsenek sem elméleti ismeretei, sem gyakorlati tapasztalatai. Pár éves kórházi szolgálat után egy teológiai professzor Atlantába irányította, hogy elvégezhesse az ottani kórházlelkészi képzést, a Clinical Pastoral Education-t (továbbiakban: CPE). Másfél év után tért haza, megerősödve abban, hogy a lelkigondozói szolgálatnak helye van a kórházban: „Határozottabb lettem, megbátorodtam abban, hogy a lelkigondozásnak van helye az egészségügyi rendszerben." (28) Lelkesedését olykor megtörte a kórházban dolgozók ellenállása, de a betegek lelki igénye mindig új erővel töltötte el. Voltak, akik támogatták, voltak, akik akadályokat állítottak elé. „Milyen nehézségeim voltak? Hát ez a téblábolás, ki vagyok a

[412] Az interjúk táblázatos összefoglalásai a dolgozat 6.2 fejezetében találhatóak. Az egyenkénti elemzés során egy-egy idézet mondat mögött zárójelben lévő szám az adott interjún belüli gondolat sorszámát jelöli. Az összehasonlító elemzéseknél a sorszám előtt nevet is találunk, hogy egyértelműen beazonosíthassuk az idézett mondatot.

rendszerben, hol a helyem, hol illeszthető a lelkigondozás a gyógyító folyamatba [...] ez a mai napig megvan." (26) Bár az évek során Júlia gyökeret eresztett a pszichiátrián, kapott irodát, kialakítottak egy imatermet, ahol az istentiszteleteket tarthatta, mégis folyamatosan kereste a helyét a kórházi rendszerben. A kórház befogadta őt, mégis idegen maradt a rendszerben. Éves munkájáról rendszeresen beszámolót adott le, mind az egészségügyi intézményben, mind az esperesi hivatalban. Ezekre soha egyik oldalról sem kapott semmiféle visszajelzést.

Szomorúan, de belenyugvással beszél arról, hogy a MRE zsinatától semmiféle válasz nem érkezett arra a kérvényre, melyet 1999-ben, egyéves munkával, öt kórházlelkész dolgozott ki a kórházlelkészi szolgálat kereteivel, jogi szabályozottságával, szervezeti formájával kapcsolatban. Keserűséggel beszél arról, hogy az egyház nem iktatja be szolgálatába a lelkigondozó-kórházlelkészt. „Nincs kinevezésem ide, minket nem szoktak beiktatni sem, lógunk a levegőben." (5) Fájlalja, hogy az egyház leértékeli a kórházi szolgálatot, és lényegesen többre értékeli a gyülekezeti szolgálatot. „Fájnak az ilyen mondatok, hogy az megy kórházlelkésznek, akinek nem jut gyülekezet, ti nem vagytok normális lelkészek." (30) Nehezen éli meg, hogy nem érti egymást a gyülekezeti lelkész és a kórházlelkész. „Az egyház gyülekezetekben él, gyülekezetekben gondolkodik, nem tud mit kezdeni azzal, hogy ebben a szolgálatban pl. volt ennyi beszélgetés, vagy, hogy a dolgozókkal is lehetett bibliaórát tartani." (11) Júlia úgy érzi, mintha kórházlelkészként nemcsak a kórházi rendszerben, hanem az egyházban is idegen nyelven beszélne. „Mintha egy idegen nyelvet beszélnék, nem találjuk a közös nyelvet. Ha sem az espereseket, sem a lelkészeket nem lehet ebben mozdítani, akkor rendeletek sem tudják segíteni a folyamatot." (13) Véleménye szerint az egyház azért nem tudja beépíteni saját rendszerébe a kórházi szolgálatot, mert gyülekezetekben gondolkodik, látványos egyházi eseményekben, statisztikákban, anyagiakban, ami a kórházi lelkigondozástól idegen. Ellenpéldaként említi görög katolikus kórházlelkész kollégáját, akinek a szolgálata azzal indult, hogy egyháza szerződést kötött a kórházzal, majd amikor kirendelték, értesítették valamennyi kollégáját arról, hogy itt szolgál. Ennek következtében folyamatos jelzéseket kap a gyülekezetektől, egyenrangú lelkésztársként fogadják el őt, szakmai ismereteit is igénylik. Úgy érzi, a görög katolikus kolléga természetes része egyháza rendszerének, ellentétben a református kórházlelkészekkel, akik idegenné válnak saját egyházukban. A RMK alakulását pozitívan értékeli. „Amióta az RMK létezik, természetes, hogy a megyei és az egyházkerületi közgyűlésen van kórházmissziós beszámoló." (6) Kórházlelkészi szolgálata mellett időközben félállásban az RMK lelkésze lett. Ez segíti egyházi kapcsolódását. „Amióta tavaly szeptember 1-től az RMK-ban vagyok félállásban, ez egy másik állapot. Azóta jobban érzem, hogy

tartozom az egyházhoz.” (9) A gyülekezetek és a kórház kapcsolatát építendő, szívesen venné gyülekezeti beteglátogató csoportok alakítását. Ebben lát egy lehetséges megoldást a gyülekezetek és a kórház kapcsolatának intenzívebbé válásában. „Az egyik célkitűzés egy gyülekezeti beteglátogató hálózat kiépítése. Járom az egyházmegyéket.” (12) Ebben az irányban is vannak negatív tapasztalatai a gyülekezeti lelkészekkel kapcsolatban. „Próbálkoztam sokféle módon elérni a lelkészeket, de nem történt meg az az áttörés, hogy intenzív kapcsolat legyen gyülekezetek és kórházlelkészi szolgálat között.” (8)

A korábban felállított hipotézisekre és a Júliával folytatott interjúra tekintve elmondhatjuk, hogy Júlia úgy érzi, kórházi szolgálatát az egyházi és a kórházi rendszer egyaránt idegen elemként kezeli. Szolgálata mind az egyházi, mind a kórházi rendszerben teret és lehetőséget kapott, de idegen maradt. Munkáját az egészségügyi intézményben speciális kórházlelkészi képzés nélkül is elkezdhette, melynek hiányát meg kellett tapasztalnia munkája során. Ez sokszor bizonytalanná tette, téblábolt tanácstalanságában. A CPE elvégzése után identitása megerősödött, miután szolgálata elméleti és gyakorlati megalapozást nyert, határozottabban és magabiztosabban képviselte mind a kórházi, mind az egyházi rendszerben lelkigondozó-kórházlelkészi hivatását. Munkaköri leírását saját maga írta, ezt senki nem nézte át, nem bírálta felül. Szolgálata éveiben folyamatosan tapasztalta, hogy a kórházlelkészeket az egyházban idegenként kezelik, nem értik, lenézik, mely megerősítette az egyháztól való elidegenedését. Ezzel szemben azonban a RMK-ban kapott új állás segíti az egyházzal való kapcsolattartását. Vágya a beteglátogató csoportok kiépítésére jelzi, hogy szeretné feloldani ezt az idegenséget, s fáradozik azon, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész, mint „idegen test”, az egyházi rendszer szerves részévé váljék, az „idegen nyelv” pedig, a betegek közötti szolgálatban kapcsolódási pontot találva, a gyülekezetekben és az egyházban is érthetővé legyen.

2.6.4.2. „Kiesve az egyház testéből”

Zsuzsa a teológia elvégzése után lehetőséget kapott arra, hogy részt vegyen a rendszerváltás után induló, első egyházi szervezésű kórházlelkész-képzésben. A háromhetes elméleti képzés után keresnie kellett egy helyet, ahol gyakorlatát is elvégezheti, így került egy kisvárosi kórház belgyógyászati osztályára. Gyakorlata után azonban, anyagi okokból, sem az egyház, sem a kórház nem tudott számára állást biztosítani, így nem tudta folytatni a kórházi szolgálatot. „Vége lett a gyakorlatnak és vége lett mindennek, mert az egyházmegyének nem volt pénze arra, hogy mint kórházlelkészt alkalmazzon. Legalábbis nekem azt mondták, hogy nincs rá keret.” (2) Később, személyes kapcsolat és szimpátia révén egészségnevelői állást, majd

intézeti lelkészi státuszt kapott a kórházban, s ennek keretén belül végezhette lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatát. Munkája a belgyógyászaton indult, majd fokozatosan kiterjedt a kórház többi részlegére. „A IV-es belgyógyászaton kaptam lehetőséget a gyakorlatra, s kórházlelkészként is kezdettől fogva idementem, ez az osztály volt az én szívem csücske.” (11) A pszichiátrián is jó kapcsolatban van a munkatársakkal. „Ha látom, hogy valakinek nem tudok segíteni, elküldöm a pszichiáterhez, így a főnővérrel is és a főorvossal is jó kapcsolatba kerültem, ott kaptam szobát az istentiszteletek tartására.” (12)

A kórházi rendszerben a főigazgatóhoz tartozik, irodával rendelkezik, számítógéphez és így belső információkhoz azonban nem igen jut. Korlátozott telefonhasználatra van lehetősége. Részt vesz az önkéntesek képzésében, betegelégedettségi kérdőívek kitöltetésében és tagja a Kutatásetikai Bizottságnak. A kórház saját munkatársának tekinti, ezért egyházi rendezvényekre nem, vagy alig engedik el. „Nem mehettem semmi egyházi rendezvényre, mert nekem a kórház adta a fizetést és itt kellett töltenem a nyolc órámat.” (14) Munkája során érzékelte, hogy továbbtanulásra lenne szüksége, de az egészségügyi intézmény nem engedte el pasztorálpszichológiai képzésre, mondván, hogy a tanulmányok miatt sokat lenne távol. Zsuzsa, saját maga is úgy érezte, hogy mivel a kórház adja neki a fizetést, ezért nem mondhat ellent. Ezért kifogásolja azt, hogy az egyház az anyagiak terén nem vállalt részt abban, hogy fenntartsa a kórházlelkészi szolgálatot. Annak ellenére, hogy Zsuzsa férje gyülekezeti lelkészként szolgált, aki missziói előadóként felesége szolgálatát egy-egy beszámoló erejéig igyekezett megjeleníteni az egyházmegyei közgyűléseken, Zsuzsa úgy érzi, hogy kórházlelkészként kiesett az egyház testéből. „Az egyház részéről nem kaptam feladatokat. Kiestem az egyházi testből, noha mégis benne voltam, mert egy lelkésznek bent kell lenni.” (3) A kórházban mindig otthon érezte magát, az egyházi rendszerben viszont csak névlegesen volt helye. Mint lelkészfeleség, érintőlegesen részt vett a gyülekezeti szolgálatban, de abban tevékenyen nem vállalt részt, mert erre nem volt ideje. Betegek közötti szolgálatában azonban mindig nagy hangsúlyt helyezett a gyülekezethez, közösséghez tartozásra. „Nagyon irányítom a betegeket az egyházba, feltétlen szükséges, hogy valahova tartozzanak.” (9) Bár előfordult, hogy pozitív visszajelzések jutnak el hozzá gyülekezeti lelkészek részéről, mégsem jeleznek neki a lelkészek, ha egy gyülekezeti tag a kórházba kerül. „Gyülekezetben kellene eleveníteni, tudatosítani, hogy szóljanak a lelkészek, ha egy gyülekezeti tag a kórházban van.” (10) Kórházi szolgálatát nagymértékben segítené, ha a gyülekezeti lelkészekkel intenzívebb kapcsolatot tudna kiépíteni. Évente egy alkalommal van lehetősége arra, hogy a kórházlelkészi konferencián részt vegyen, ebből mindig erőt merít. Ezen kívül egyházi rendezvényekre a

kórházból nem engedik el. „Valahogy úgy érzem, a kórház magáénak tart.” (24) Az egészségügyi intézmény fizeti, munkaterülete kizárólag a kórház, munkaköri leírását az adott követelményeknek és a helyi elvárásoknak megfelelően, a főigazgatóval együtt írták. Bár az egészségügyi rendszer befogadta, magáénak tartja, ennek ellenére a lelkigondozó-kórházlelkész helyzetét visszásnak érzi. „Kórházi dolgozó vagyok, de mégsem vagyok egészségügyi dolgozó. Itt egy kicsit olyan visszás helyzet van.” (19)

A korábban felállított hipotézisekre és a Zsuzsával folytatott interjúra tekintve elmondhatjuk, hogy Zsuzsa szolgálati helye egyértelműen, sőt kizárólagosan az egészségügyi intézmény, melynek következtében az egyházi rendszerben kívülállóvá válik, mint aki kiesett az egyházi testből. A kórházi rendszer Zsuzsa esetében mintha nem akarna tudomást venni arról, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész az egyházi rendszernek is része, hiszen a státuszt és a fizetést a kórház adja, melyhez kapcsolódva elvárásait is érvényesíti. Zsuzsa munkaköri leírásába olyan feladatok is bekerülnek, melyek nem egyértelműen vagy egyértelműen nem lelkigondozó-kórházlelkészi feladatok, de úgy érzi, hogy ezeket végeznie kell, mert egyházi támogatást nem kap. Mivel a lelkigondozó-kórházlelkészek munkakörülményei és feladatai nem egységesen meghatározottak, az egészségügyi intézménynek szabadsága van arra, hogy maga jelölje ki a kórházlelkész útját. Ebben az esetben azonban Zsuzsának a nem kifejezetten lelkészi feladatokat is fel kell vállalnia, ha állását meg akarja tartani. Ez olyan kompromisszumra kényszeríti őt, amelyet nem kéne megkötnie, ha lelkigondozó-kórházlelkészként, egyháza kiküldetésében neki is és kollégáinak is alapjaiban azonos munkaköri leírása lenne, melyet az adott kórház tudomásul vesz. Egyháztól való elidegenedését nem az egyházi elismerés teljes hiánya, hanem a kórházi rendszertől kapott elismerés jóval hangsúlyosabb kifejeződése erősíti meg. Áttételesen azonban Zsuzsa történetében is megjelenik az a vonal, miszerint az megy kórházlelkésznek, akinek máshol nincs lehetősége szolgálni. Az interjúra visszatekintve mondhatjuk, hogy egy levelező teológiát végzett, állás nélküli lelkész kerül kórházlelkészi státuszba. Kórházlelkészi beszámolói egyértelműen azért jelentek meg az egyházmegyei közgyűléseken, mert gyülekezeti lelkész férje mint missziói előadó, ezt fontosnak tartotta. Megfogalmazása azonban, mely szerint lelkigondozó-kórházlelkészként kiesett az egyház testéből, egyértelműen annak megtapasztalására utal, hogy az egyház részéről szolgálatával szinte senki nem foglalkozott. Zsuzsa a szükséges minimális kapcsolatot tartotta csupán az egyházzal.

Az interjú értékelésénél meg kell jegyeznünk, hogy Zsuzsát abban a hónapban kerestem fel, amikor 19 év kórházi szolgálat után nyugdíjazására készült. Visszatekintve folyamatosan a

szép emlékeket igyekezett felidézni, és a szívében hálaadással gondolva végig Isten vezetésének áldásait, a negatív élmények háttérbe szorultak. Ennek ellenére a beszélgetés során érzékelhető volt keserűsége is, nehezen élte meg azt a korlátozást, melyet a kórházi rendszer szabott ki számára, egyházi rendszerhez tartozása ápolásának rovására. Mivel azonban az egyház részéről ebben – férjén kívül – senki más nem támogatta, saját megfogalmazása szerint erőteljesen azt élte meg kórházlelkészi szolgálata során, hogy kikerült az egyház testéből.

2.6.4.3. „Az egyház áldása nélkül, elkötelezetten”

András a rendszerváltás után kezdte meg kórházi szolgálatát, először egy gyermekklinikán, majd negyed-ötödéves teológusként exmisszusban, egy városi kórházban. Szolgálata ekkor még önkéntes látogatói munka volt, hivatalos keret és egyházi áldás nélkül. „Amikor végeztem a teológián, elkezdtem bejárni a kórházba. Ennek nem volt semmi hivatalos kerete, mert az egyház még áldását sem adta rá, mert nincs erre lehetőség.” (1) Tudatosan képezte magát, német nyelvű esetmegbeszéléseket tanulmányozott, a szakmában nagynevű embereket keresett fel, hospice, mentálhigiénés, majd szupervízori képzésen vett részt. Teljes elkötelezettséggel, mindenféle anyagi ellenszolgáltatás nélkül végezte a lelkigondozói szolgálatot a kórházban, míg az egyház csak gondolkodott minderről. „Még áldását sem adta rá az egyház, csak fantáziáltak a kórházlelkészségről.” (3) Hűségét és odaadását a kórház gazdasági igazgatója főállással jutalmazta. „A gazdasági igazgató, aki finoman szólva nem volt papbarát és egyházbarát, mégis kimunkált egy olyan lehetőséget, hogy felvettek főállásba.” (19) Először a pszichológus csoport tagja, majd burnout tréningeket szervez, előadásokat tart szakképzéseken, mindig elérhető, s nagy hangsúlyt helyez a dolgozókkal való kapcsolat építésére. Ennek következtében a dolgozók befogadják, igénylik jelenlétét, segítik munkáját a betegek között. „A kórházmisszió csak úgy működik, hogy először a dolgozókat misszionálom, ha ők nem lesznek a partnereim, akkor veszett fejsze.” (28) Mivel a kórházlelkészek helye és szerepe még nem egyértelmű az egészségügyi intézményekben, s státusza látszólag anyagi szempontból csak visz, de nem hoz pénzt a kórháznak, ezért úgy látja, hogy a lelkigondozóknak be kell bizonyítania, hogy miért van mégis helye és szerepe a gyógyítás folyamatában. „A kórházban be kell bizonyítani, hogy mi a kórházlelkész feladata, hol van a helye és mi a szerepe. Ez azért nehéz, mert a kórházlelkész nem fog pénzt hozni.” (25) A főállás később a leépítések idején majdnem megszűnt, végül félállásra csökkent. Az anyagi biztonság miatt szükség volt arra, hogy gyülekezeti lelkészi állást is vállaljon a kórházlelkész. Kórházi szolgálata kiterjedt a környékbeli idősotthonokra, gyermekkórházra, hospice-ra. Az egyháztól több alkalommal próbált szolgálatához valamiféle segítséget kérni, de hiába igényelt útiköltség támogatást vagy

adományt, hogy nagyünnepek alkalmával valamit vihessen a betegeknek, semmit nem kapott. Annak idején nehéz volt mindezt tapasztalnia, azonban elkötelezettségét és kórházi szolgálatának folyamatosságát az egyházi támogatás hiánya nem törte meg.

András újra és újra hangsúlyozza az interjú során a lelkészi szolgálathoz szükséges krisztusi nyitottságot és szeretetet. „Azzal a nyitottsággal és szeretettel kellene menni, amit az evangéliumban olvasunk, amikor elindul az ember, és meglátja azt, aki a fán van, aki az út szélén van, aki az íróasztal mellett ül, az ágyban fekszik, vagy a folyosón sírogat." (15) Hétköznapi feladatvégzése során vezérelve a krisztusi nyíltság. „Krisztusi nyíltság, őszinteség kell, elvezetni őket az Istenhez, és elvezetni őket az egyházba." (16) Annak ellenére mondja ezt teljes meggyőződéssel, hogy az egyháztól elismerést soha nem kapott. Ellenkezőleg, azt élte meg, hogy az egyház nem ismeri el, nem támogatja, nem tartja méltónak korábbi referensi tisztségének betöltésére, újabb kórházlelkészek beállítása alkalmával nem kíváncsi a véleményére. Tapasztalata szerint azokat küldi kórházi szolgálatra az egyház, akik másra nem alkalmasak. „Budapesten megbukott a homoszexualitása miatt, ideköltözött, kórházlelkész lett, vagy elvált botrányosan, kórházlelkész lett, sehol nem fogadták el, sem gyülekezetben, sem tanárként, és kórházlelkész lett." (7) Hiányolja az egyházban a kórházi szolgálattal kapcsolatos szakmaiságot. Fájlalja a gyülekezeti lelkészek és a kórházlelkészek rossz viszonyát. Nem kap jelzéseket, féltékenységet tapasztal, hamis képzeteket, melyek falakat építenek a kórházi és a gyülekezeti szolgálat között. „Ebben kéne még fejlődnünk, minden szinten falakat ledönteni, vagy azokat a hamis képzeteket, amiket annak idején átéltem, hogyha valaki meghal a kórházban, azt én fogom eltemetni. A kórházlelkész ezért ellenség." (14) Ezzel szemben megemlíti András is a görög katolikus lelkészek példáját, akik között jó a kapcsolat, egymás munkáját segíti a kórházlelkész és a gyülekezeti lelkész. Munkájáról éves beszámolót küld a kórháznak és a RMK-nak, a helyi, megyei, kerületi egyházi vezetés erre nem tart igényt, nem érdeklődik.

A korábban felállított hipotézisekre és az Andrással folytatott interjúra tekintve elmondhatjuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész szolgálati helye a kórház, az idősotthon, a hospice, a gyermekkórház, melynek következtében az egyház – annak ellenére, hogy András félállásban gyülekezeti lelkész is – kívülállóként kezeli. Szolgálatát sem az önkéntes szolgálat, sem a kórházi státusz idején nem ismeri el, sem anyagilag, sem áldásával nem támogatja. A kórházi rendszerben bár kívülről jött emberként, mégis a rendszer részeként kezelik. Beosztása, munkaterülete, feladatköre alapjaiban más, mint az a kórházi dolgozók között megszokott, mégis igénylik jelenlétét, szaktudását, lelki támogatását. Szolgálatának körülményeit,

feladatkörét saját maga alakította ki, melynek során sokszor falakba ütközött, de elhivatottsága és elkötelezettsége átsegítette ezeken a nehézségeken. Odaadásával és szaktudásával bebizonyította a kórházban, hogy helye van a rendszerben. Bár elhivatottsága egyértelmű, szolgálati helye több intézményhez kötődik, ez utal helykeresésére, s bizonytalanságára abban az értelemben, hogy nem tudhatja, mikor melyik intézményben mondanak fel neki anyagi okokból. Az interjú folyamán végig azt tapasztaltam, hogy András sem az egyházi vezetés, sem gyülekezeti lelkész kollégái nem értik meg, nem ismerik el, nem támogatják, s ezzel valóban megerősítik egyháztól való elidegenedését. Lelkigondozói-kórházlelkészi munkájában azonban ennek ellenére fontosnak látja a rábízott életek Istenhez és egyházhoz vezetését. Szolgálata egyházi áldás nélkül indult, mégis elkötelezetten végzi azt.

2.6.4.4. „Másodrangú lelkész"

Albert a teológia elvégzése után segédlelkészi évét saját szülővárosában töltötte, majd gyülekezeti lelkészként is ebben a közösségben szolgált. Miután lelkészi munkája nagy része adminisztratív tevékenység volt, ügyeket intézett, megbeszéléseket folytatott, esketett, temetett, keresztelt, anélkül, hogy közben ideje lett volna a lelkigondozói beszélgetésekre, kezdte hiányolni az emberekkel való kapcsolatot. Elvállalta a kórházi istentiszteletek tartását, majd egyre közelebb került a beteg emberek lelkéhez, szenvedésük, kérdéseik megragadták őt. Ekkor kezdett azzal a gondolattal foglalkozni, hogy a betegeknek lelkigondozóra lenne szükségük, nem csupán egy istentisztelet erejéig, hanem naponként. „Rendszeresen jártam a kórházba istentiszteletet tartani, jelentkezett az igény, hogy a kórházban lévő embereknek ennél sokkal többre van szüksége." (1) Az akkori esperes támogatásával és egy kollégájával tervet készített, melynek alapján létrejött egy egyházmegyei kórházlelkészi státusz, két kórház gondozására. Más vállalkozó nem lévén, saját maga kezdte el a megtervezett szolgálatot. „Ahhoz, hogy én ezt a kórházlelkészi állást elvállaljam, le kellett mondanom a gyülekezeti lelkészségről." (26) Bár a kórházi munkába lelkesen vetette bele magát, sok minden elbizonytalanította, megnehezítette a hétköznapjait. Egyik oldalról az anyagiak szűkös volta miatt volt nyugtalan. Részfizetést kapott az egyik kórháztól, lakást az egyházközségtől, utólag rezsit az egyházkerülettől, de igen nehezen élt meg családjával ebből a pénzből, folyamatosan kölcsön kellett kérnie. Másik oldalról pedig a lelkészkollégák megvetését tapasztalta. „Az exkollégáim szemében kórházlelkészként már nem voltam kolléga, számomra érthetetlen módon megváltozott a viszonyunk egymással, hogy én már nem parókus lelkész vagyok." (14) Többször visszatér az interjúban arra, hogy ezt milyen nehezen élte meg, annak ellenére, hogy

kórházi, majd később ezzel párhuzamosan idősotthoni szolgálatát szívesen végezte. „A lelkészkollégák szemében az intézményi lelkész, a missziós lelkész egy másodrangú lelkész." (13) Ezt a gyülekezetcentrikusságot tapasztalta fiatalabb kollégái között is, akik ezen kívül mást nem tartanak igazán értékesnek. Tapasztalata szerint rendezetlen a misszióban és az intézményekben szolgáló lelkészek státusza. „Mind a mai napig nincsenek rendezve a missziói lelkészek státuszai, nincsenek ott a lelkészek között, ahogy lenni kéne." (4) Ezt a megvetést és érdektelenséget tapasztalta abban az egyházmegyében is, ahová később került. Kérte bekebelezését, de nem kapta meg az esperesi hivataltól, s gyűlésekre sem hívják. „Itt az esperest egyszerűen nem érdekli, a korábbi helyemen pedig nem szeretett. Több, mint két éve vagyok itt, és nem vagyok bekebelezve, nem kapok meghívókat az egyházmegyei közgyűlésekre, lelkészi értekezletekre se, tehát az ember hermetikusan el van zárva az egyházmegyei közösségtől." (7) Ennek következtében munkájáról beszámolót nem küld az egyház felé. A RMK-nak évente küld jelentést, de távoli egyházi szervezetnek érzi, mely kevéssé hatékony. „A RMK jelen volt mint missziói központ, de távoli egyházi szervezetnek érzem […] konkrétan hatását nem érzem." (9) A szervezettség hiányát tapasztalja az egyházban, eszköztelennek és felkészületlennek érzi a kezdő kórházlelkészt.

Összehasonlítva az egyházi és a kórházi rendszer hozzáállását a kórházlelkészi szolgálathoz, Albert pozitívabban értékeli a kórházi oldalt. Bár saját maga is megküzdött azzal, hogy a kórházi hierarchiában megtalálja a helyét, hiszen kívülállóként kezelték, mégis úgy érzi, hogy a kórházban meglelte az utat a betegekhez és a dolgozókhoz. „A kórházban úgy kezelnek minket, mint kívülről jött egyháziakat. Aki utálja az egyházat, utálja a kórházlelkészt is, aki nem, az nem, de ha meglátják, hogy ő is ember, hogy ott van egy sportnapon, akkor sokkal több embert nyer meg az ember, mint amennyit elveszít." (22) A kórházi szolgálatot útkereséshez hasonlítja, ahol a lelkigondozó-kórházlelkésznek a helyi viszonyokhoz alkalmazkodva kell felmérnie és megtalálnia feladatait és lehetőségeit.

Albert keserűen emlegeti, hogy kevésbé érzi otthon magát az egyházban, mint a kórházban. „Ami talán fájó, hogy jobban periférián van a kórházlelkész az egyházban, mint a kórházban." (5) Vágyik arra, hogy az egyházban elismerjék, ne másodrangú lelkészként kezeljék, hanem a közös ügyért együtt fáradozó, egyenértékű lelkészkollégaként. „Szeretnék egy ilyen lelki, materiális dotálást, hogy mi is ebben az egyházban vagyunk, mi is ezért az egyházért dolgozunk, és nem vagyunk másodrangú lelkészek." (6)

A korábban felállított hipotézisekre és az Alberttel folytatott interjúra tekintve elmondhatjuk, hogy az egyház helyi képviselői abban a pillanatban másként kezelték a lelkészt, amint

gyülekezeti státuszáról lemondott, és főállásban megkezdte kórházi szolgálatát. Albert úgy érzi, hogy másodrangú lelkészként tekintettek rá a kollégák, és másodrangú lelkészként tartják számon az egyházban. Az egészségügyi intézményben azt tapasztalja, hogy a kórházlelkész mint az egyház kiküldöttje, folyamatosan kívülállóként van jelen, mégis fokozatosan a rendszer részévé válik, befogadják és igénylik a betegek és a dolgozók. Albert kórházi szolgálatának körülményei esetlegesek, bizonytalanok, a megélhetéshez kevésnek bizonyultak. A jogi és szervezeti rendezetlenség, a létbizonytalanság, az egységes elvárások és a képzés hiánya sok energiáját felemésztették, elkeseredettség és fáradtság tükröződik rajta. Egyértelműen tapasztalja, hogy a kollégák és az egyház nem ismeri el őt a gyülekezeti lelkészekkel egyenrangú lelkésznek, ez megerősíti eltávolodását az egyháztól.

2.6.4.5. „Mindenhol jelen, sehol sem otthon”

Márk a segédlelkészi évvel párhuzamosan kezdte félállásban kórházi szolgálatát, majd egy év után munkahelyet váltott, és főállású lelkigondozó-kórházlelkészként tevékenykedett tovább. Második generációs kórházlelkész, elődje három hónapon át vele dolgozott a kórházban, hogy megfelelően bemutathassa és átadhassa számára az ott folyó munkát. Márk számára ez egyszerre jelentett segítséget, és alakított ki benne gátlásokat.

Egyik oldalról szolgálata megszokott keretek között folyhatott tovább, nem kellett megküzdenie azzal, hogy az egészségügyi intézmény befogadja-e vagy sem. Kezdettől fogva támogatta őt a kórház vezetősége. „Amióta itt van a kórházi szolgálat, azóta mindenki: a kórházigazgató, ápolási igazgató, orvosigazgató a szolgálat mellett áll.” (17) Rehabilitációs, prevenciós team tagja, bevonják őt a szakképzésekbe, az önkéntes és a hospice képzésbe. „Minden lelkészi tudásunkra, identitásunkra igényt tartanak a kórházban.” (18) Munkáját a kórház intézményében egyértelműen értékelik.

Másik oldalról viszont meg kellett küzdenie azzal az érzéssel, hogy van-e olyan jó, mint az elődje, hogyan fogják elfogadni őt, milyen elvárásokkal állnak elé, min változtathat és min nem. „Elődömmel dolgoztam három hónapot, volt egy kialakított rendszer, ami biztonságot adott, ugyanakkor bennem élt nyomasztó ideálként, hogy vagyok-e olyan jó, mint az elődöm?” (25) Munkája során szükségesnek érezte a továbbtanulást, felvételt nyert a mentálhigiénés képzésre. Az esperes támogatta szándékát, de másik képzést ajánlott neki. Ezt nehezen tudta elfogadni, hiszen a felajánlott helyi képzésben többek között elődje is tanára lett. A képzés alatt viszont volt lehetősége arra, hogy ezzel kapcsolatos problémáit, kórházi elakadásait, munkaköri leírását szupervízió segítségével feldolgozza. „Ha már valaki kórházlelkész lesz, az vegye komolyan,

képződjön ki, végezzen lelkigondozói képzést, mentált vagy valamit, szakmailag legyen profi." (27) A kórházi szolgálatot értékesnek tartja, fontos számára, hogy a betegek felkarolásával Krisztus nyomdokaiban járhat. „Erős a meggyőződésem a magam lelkigondozói vagy lelkészi identitását, tudását, meg a szolgálatom értékét tekintve. Nekem fontosabb maga a názáreti ácsmester, a Megváltónk, aki a kicsinyek mellett volt és peremre sodródott." (31)

Márk helyzete abból a szempontból speciális, hogy kórházlelkészi szolgálata a helyi adottságok miatt erősen kötődik a gyülekezethez. Szolgálati lakását az egyházközségtől kapta, alkalmanként szolgálatokat végez a gyülekezetben is, rendszeresen találkozik a gyülekezetben szolgáló lelkészekkel. Korábbi esperese rendszeres kapcsolatot tartott a kórház igazgatójával, s mindig érdeklődött a kórházlelkész szolgálata felől. Félállásban egy nyugdíjas lelkészkollégája is dolgozik mellette a kórházban, akivel reggelente megbeszéléseket, áhítatot tartanak. Nincs egyedül, mégis arról beszél, hogy magányos. „Óhatatlanul van egyfajta magányérzés bennem, lehet, hogy ez a kétlaki létnek köszönhető, hogy tulajdonképpen a gyülekezethez is tartozom, de nem töltöm ott a mindennapjaimat, sokan nem ismernek, nem tudják, mit csinálok, a kórházban meg református lelkész vagyok, ami az egészségügyi rendszertől idegen test." (7) Sokat emlegeti az interjú során ezt a kettős helyzetet, melyben egyfelől érzi, hogy nincs egyedül, mert háttérként ott van mögötte a gyülekezet, önkéntesek segítik a munkáját, másfelől úgy érzi, hogy mégis magára van hagyva. Példaként említ két jubileumi alkalmat, melyeken a kórház képviselői részt vettek, de a gyülekezet részéről ez senkinek nem volt fontos. Tapasztalja, hogy az egyházmegye érdeklődik kórházi szolgálata felől, ugyanakkor nem értik és nem értékelik azt. Találkozik azzal a gondolattal is az egyházban, hogy az alkalmatlanok kapják meg a kórházi feladatot. Éves beszámolóit éveken át elküldte a vezető lelkésznek, mivel azonban erre semmiféle reakció nem érkezett, felhagyott ezzel a szokásával. Ezt szintén nem vette zokon senki, mely megerősítette abban, hogy eddig is feleslegesen küldte el a papírokat. „Mivel arra sem kapok visszajelzést, ha küldöm, és arra sem, ha nem, akkor nem érdekel." (2)

A RMK megalakulását pozitívan értékeli, úgy véli ez segíteni fogja a kórházlelkészek egyházi rendszerbe való beépülését. „Hogyan tudunk minél jobban beépülni a rendszerbe és elfogadottá válni mind az egyházban, mind a kórházban, sokat segített ebben, hogy létrejött a RMK." (1)

Rendszerek határán működő szolgálata Márkot otthontalanná teszi. „Mindkét helyen jelen vagyok, de nem vagyok jelen, mindkét helyen idegen is vagyok, mert nem vagyok otthon, mindkét helyen számon tartanak, de nem is tartanak számon. Lehet, hogy ebből adódik ez az egyedüllét érzés, hogy hova is tartozom, ki figyel rám, kinek vagyok fontos." (8)

A korábban felállított hipotézisekre és a Márkkal folytatott interjúra tekintve elmondhatjuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészt befogadta a kórházi rendszer, és befogadta az egyházi rendszer, mégis mindkettőben kívülállónak és idegennek érzi magát. Mindkét rendszerben megtalálta valamilyen módon a maga helyét, identitását, mégis otthontalan. Rendszerek határán működő szolgálata végzése közben magányos. Az interjú idején Márk identitásválságot él meg. Kérdés számára, hogy szolgálatát tudja-e folytatni, vagy be kell fejeznie. Bizonytalan abban, hogy hanyagolhatja-e a betegekkel folytatott lelkigondozói beszélgetéseket, a dolgozókkal folytatott prevenciós munka javára. Bizonytalanságát és identitásválságát mélyíti, hogy szakmai eligazítást, egységes koncepciót nem lát maga előtt. Az egyházi elismerés hiánya egyértelműen erősíti otthontalanság érzését.

2.6.4.6. „Szolgálat az egyház peremén”

Győző segédlelkészi éve után Budapestre került beosztott lelkésznek, majd vallástanárként dolgozott egy egyházi középiskolában. Amikor utolsó munkahelyéről – saját akaratán kívül – el kellett jönnie, egy egyházi kórház igazgatójától meghívást kapott a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat betöltésére. Mivel korábban néhány évet az orvosi egyetemen is tanult, nem volt ismeretlen számára az egészségügy világa. Szívesen vállalta az új kihívásokat, de csakhamar érezte, hogy ebben a témában tovább kell képeznie magát. „Nagyon hamar világossá vált, hogy ez a rengeteg és szerteágazó feladat új ismereteket kíván, elkezdtem újra tanulni is, szakmai fórumokra, orvos-ápolás szakmai konferenciákra járni.” (26) Munkaköri leírásának és feladatainak kialakítása közben folyamatos párbeszédet folytatott a főigazgatóval, aki elsősorban arra kérte, hogy a munkatársakkal foglalkozzon. „A főigazgató azt a feladatot gondolta ki számomra, hogy a dolgozói közösséget támogassam munkámmal, szervezzek belőlük spirituális közösséget.” (14) A főigazgató mindenben partnernek tekintette, a kórház ügyeibe minden szinten bevonta, véleményét, meglátásait igényelte. Kezdetben éppen ezért a munkatársak gyanakodva figyelték, és időbe telt, míg velük is jó kapcsolatot tudott kialakítani. „Kezdetben, mint az egyház küldöttjét és mint az egyház által kinevezett igazgató bizalmasát, kellő gyanakvással fogadtak. Sokat kellett dolgoznom, hogy számukra is kiderüljön, az én munkám az ő segítésükről szól.” (18) Időközben elfogadták őt, és kérdéseikkel, problémáikkal bizalommal fordulnak hozzá.

Győző az egyházi kórházban egyértelműen megtalálta a helyét, feladatait, s őt magát is a rendszer részeként kezeli az intézmény. Ebben azonban meglehetősen nagy szerepet játszik az, hogy a kórház egyházi fenntartású, ahol a lelkigondozó-kórházlelkész jelenléte a rendszer

számára egyértelmű. Rendszeresen felkeresik őt a kórház munkatársai egy-egy rövidebb vagy hosszabb beszélgetés erejéig. Csendes napokat szervez, közösségi eseményeket, ünnepeket, összejöveteleket irányít. Gyakorlatot vezet, önkéntesekkel foglalkozik, belső akkreditált továbbképzések szervezésében segít. Segít a munkatársaknak prezentációk, prospektusok, poszterek, tájékoztató anyagok megszerkesztésében, elkészítésében. Tudatosan képezte magát ebben a témában, hogy ezzel is segítségére lehessen a dolgozóknak. Részt vesz a kórház prevenciós tevékenységében, látogatja az osztályokat, lelkigondozói beszélgetéseket folytat a betegekkel és a hozzátartozókkal.

Kitekintve saját helyzetéből azonban mégis arról beszél, hogy a kórházlelkészek helye a kórházi rendszerben még alakulóban van. „A kórházlelkészek egészségügyi intézményben elfoglalt helye még felfedezésre vár. Maga a rendszer, az egészségügy rendszere nem vett tudomást erről a szakmáról." (23) Hiányolja a jogi és a financiális hátteret, a kórházlelkészi szolgálat egészségügyben elfoglalt helyének elméleti és gyakorlati megalapozottságát. „Az állam, az egészségügy oldaláról jelenleg hiányzik az a jogi és financiális háttér, amelyre alapozva az intézményfenntartóknak természetes lehetősége, kötelessége volna klinikai lelkigondozó alkalmazása." (22) Úgy érzi, fontos lenne valamilyen módon összehangolni e két, nem kompatibilis rendszert: az egyházat és a kórházat. Elméleti megalapozást hiányol az egyház részéről is, melyet bizonytalannak érez a kórházi szolgálat körülírása és feladat-meghatározása szempontjából. „Van persze zavarodottság abban a tekintetben, hogy a kórházlelkészet az misszió vagy pszichológiai, esetleg diakóniai munka." (4) Bár eredménynek tartja, hogy a kórházlelkésznek egyáltalán helye van az egyházban, mégis egységes szabályozást igényelne. „Sokat segítene a kórházlelkészeknek, ha nemcsak az egyéni jóindulatra és helyi szokásokra, lehetőségekre alapozott mezsgyén mozoghatnánk, hanem egységesen szabályozott, szakmailag megalapozott körben." (21)

Természetesnek veszi, hogy az egyházban a gyülekezeti lelkészi szolgálat áll a középpontban, ugyanakkor úgy érzi, nagyobb hangsúlyt érdemelne az egyházban a kórházi szolgálat. „A gyülekezeteiben élő egyház önmeghatározása mellett nyilván a gyülekezeti lelkészség kell a fókuszban legyen, a klinikai lelkigondozás pedig határterület." (11) Személyes tapasztalata, hogy az egyházkerület és az egyházmegye egyáltalán nem vesz róla mint kórházlelkészről tudomást, s összességében az egészségügy periféria az egyház számára. „Nem lehet a kórházlelkészség a figyelem és a működés központjában, de egy picivel több jelentőséggel fel lehetne ruházni, mint amennyivel jelenleg van." (9) Győző szomorúan meséli az interjú során, hogy a gyülekezeti lelkész és a kórházlelkész munkáját egymással szembeállítva az egyházi

vezetők is kevesebbre becsülik a kórházi szolgálatot. Ennek alapján elterjedt vélemény az egyházban, hogy kórházlelkészi kinevezést az kap, aki más lelkészi szolgálatra nem alkalmas. „Aki lelkészként az egészségügyben dolgozik, az biztosan nem volt elég jó máshova, sem gyülekezetbe, sem vallástanárnak." (3) Ezzel szemben, amikor saját szolgálatáról beszél a gyülekezetekben, szeretetteljes érdeklődést tapasztalt a munkája iránt.

Peremhelyzetben lévőnek látja mind a kórházlelkészt, mind a betegeket, akikkel a lelkigondozó foglalkozik. „Munkám az egyház peremén zajlik." (5) „A betegként létezéshez is hozzátartozik az átmeneti vagy tartós peremhelyzet, a kórházlelkész osztozik ezzel a közösséggel, munkája is a végeken állás terheit osztja." (8)

A korábban felállított hipotézisekre és a Győzővel folytatott interjúra tekintve elmondhatjuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész szolgálati helye a kórház, melynek következtében az egyház kívülállóként kezeli. Mint egyházi fenntartású kórházban szolgáló lelkész, természetszerűleg tartozik a kórházlelkész az egyházhoz, ilyen formában tehát a rendszer része maradt. Ugyanakkor a gyakorlatban mégis azt tapasztaltuk az interjú alapján, hogy a kórházlelkész az egyház peremére került. A lelkigondozó-kórházlelkész az egyház küldötte, melynek következtében a kezdetekben a munkatársak gyanakodva fogadták, idővel azonban elnyerte bizalmukat a kórházlelkész. Az egészségügyi dolgozók munkájától eltérő szolgálatát tekintve kívülálló maradt, mégis megtalálta helyét a rendszerben. Ebben egyértelműen segítette őt speciális helyzete egy egyházi kórházban tevékenykedve. Az interjú alapján Győző úgy véli, hogy a kórházlelkészek helykeresését és munkájának elismerését megnehezíti az egységes szabályozottság, a szakmai megalapozottság, a jogi és a financiális háttér bizonytalansága, illetve hiánya. A lelkigondozó-kórházlelkészek az egyházban kevésbé elismertek, s ez megerősíti az egyháztól való elidegenedésüket.

2.6.5. Az interjúk összehasonlító elemzése, következtetések

Az egyenkénti elemzés után a lelkigondozó-kórházlelkészekkel folytatott hat interjút vetjük egybe. Az interjúk feldolgozása során képzett három kategória segít a hasonló és a különböző gondolatok összevetésében. Az első kategórián belül a kórházlelkészi szolgálat egyházban elfoglalt helyéről általában (K1), és azon belül speciálisan a gyülekezeti és kórházi szolgálat viszonyáról (K1/a) foglaltuk össze az információkat. A második kategórián belül a kórházlelkészi szolgálat egészségügyi intézményrendszerben elfoglalt helyéről szóló gondolatokat ismertetjük (K2). Végül a harmadik kategória a kórházlelkészi szolgálat és a lelkigondozó-kórházlelkészek identitásának alakulását tárgyalja (K3).

A kórházlelkészi szolgálat egyházi rendszerben elfoglalt helyére tekintve egyértelműen mind a hat interjúból azt látjuk, hogy a lelkészek úgy érzik, az egyházban kórházlelkészként nem találják többé a helyüket. Ezekkel a megfogalmazásokkal találkozunk: „Idegen test az egyházban a kórházlelkészi szolgálat" (Júlia/1), „a kórházlelkész kiesik az egyház testéből" (Zsuzsa 3,4), „az egyház nem adta áldását a kórházlelkészi szolgálatra" (András/1), „az egyházmegye nem kebelezi be a kórházlelkészt és nem hívja gyűlésekre" (Albert/7), „a kórházlelkész mindkét helyen idegen, sehol sincs otthon" (Márk/8), „az egyházmegye, az egyházkerület nem vesz rólam tudomást, mint kórházlelkészről" (Győző/1).

Az interjúalanyok valamennyien arról számolnak be, hogy kezdetben nem kaptak egyházi segítséget, az egyház nem vagy alig foglalkozott a kórházi szolgálattal. „Próbáltam az egyházban segítséget kérni, de nem kaptam." (Júlia/2) Kórházlelkészek egy kiscsoportja[413] dolgozott egy esztendőn át azon, hogy tapasztalatait, tudását kamatoztatva egy kérvényt nyújtson be a zsinat elnökségéhez a kórházlelkészi szolgálatot érintő témákról, kérdésekről, de beadványukra nem kaptak választ. „Kidolgoztunk egy kérvényt azokról a pontokról, szabályozási területekről, amelyek jogilag szervezettebbé tehették volna a szolgálatunkat. Szakmai testületet szerettünk volna. Beadtuk a zsinat elnökségéhez. Soha nem jött rá válasz." (Júlia/3) Sem kisebb, sem nagyobb összegű anyagi támogatást nem tudott biztosítani az egyház a kórházi szolgálathoz. „Az egyházmegyének nem volt pénze arra, hogy kórházlelkészt alkalmazzon. Nekem azt mondták, hogy nincs rá keret." (Zsuzsa/2) „A négymilliós missziói alapból kértem Karácsonykor 5000 Ft-ot, hogy valamit vegyek a kórházba, de ezt soha egy fillérrel sem támogatta meg az egyház." (András/2) „Egyházmegyei missziós kórházlelkész voltam, ehhez képest egyedül a megyém nem járult hozzá." (Albert/3) Nemcsak az anyagi támogatás hiányzik azonban a kórházlelkészek számára, hanem az elismerés, munkájuk megbecsülése. „Tavaly volt tizenöt éves a kórházi szolgálat, szerveztem egy előadás sorozatot, de nem jöttek el az egyházból." (Márk/ 10) „Az egészségügy periféria az egyház számára." (Győző/2) Valamennyien azt élték át, hogy a kórházlelkészi szolgálatot többnyire nem támogatta az egyház, sem elméletben, sem gyakorlatban.

Ebben a tekintetben azonban van, aki változásról számol be, nevezetesen az interjúalanyok közül ketten szolgálati lakást kaptak (Márk, Albert), és egyikük a rezsi hozzájárulást is említi, bár késve, utólag és csak egy bizonyos ideig kapta azt (Albert).

[413] Csupán részben az interjúalanyok közül.

Éves beszámolót valamennyien készítenek, de mivel soha nem kapnak ezekre semmiféle visszajelzést az egyháztól, csalódottak ezzel kapcsolatban. (Júlia/7, Albert/8, Márk/2) Zavarodottság van abban a tekintetben is, hogy a beszámolót a kórháznak, egyháznak, mindkettőnek, illetve az egyházon belül a megyének vagy a kerületnek kell-e benyújtani. A későbbiekben az RMK létrejötte ebben segítséget nyújt, az interjúalanyok közül négyen arról számolnak be, hogy ide küldik a beszámolójukat. (Júlia/6, András/8, Márk/2, Albert10) Visszajelzést általában nem kapnak. A kórházlelkészek évente szakmai konferencián vehetnek részt, egyházi támogatással. Ezt egyetlen kórházlelkész említi (Zsuzsa/7).

A gyülekezeti szolgálat és a kórházi szolgálat viszonyát tekintve az interjúalanyok arról számolnak be, hogy a kórházi szolgálat kevéssé elismert, sőt lenézett a gyülekezeti lelkészek körében. (Albert/13,14,16, András/7, Márk/3 Győző/12) A kórházlelkész lóg a levegőben, mert az egyház nem iktatja be szolgálatába. (Júlia/5) Az egyház a gyülekezetekre fókuszál, a gyülekezetben megszokott alkalmakon keresztül méri és értékeli a lelkészi szolgálatot, ezért nem tud mit kezdeni a kórházi szolgálat eredményeivel. (Júlia/11, Albert/15, Győző/11) A gyülekezeti lelkészek és a kórházlelkészek kommunikációja nem megfelelő, hiányzik a közös nyelv, az egymásra figyelés, a jelzések egy-egy kórházban fekvő gyülekezeti tagról. (Júlia/13, Zsuzsa/10, András/12, Márk/10). Két esetben találunk a gyülekezeti lelkészekkel, illetve a gyülekezetekkel való kapcsolatban pozitív megszólalást is. Az egyik esetben a kórházlelkész arról beszél, hogy van alkalma gyülekezetekben lelkigondozói szolgálatáról beszámolni, mert több alkalommal meghívták már őt. (Győző/13) Itt azonban meg kell jegyeznünk, hogy arról a kórházlelkészről van szó, aki egyházi kórházban dolgozik, s ezért érthető, hogy szorosabb kapcsolata van a gyülekezetekkel. A másik esetben a kórházlelkész arról szól, hogy beszámolóját felolvassák az egyházmegyei közgyűlésen, és ugyanitt tapasztalt a gyülekezeti lelkészek részéről pozitív megnyilvánulást szolgálatával kapcsolatban. Hozzá kell tennünk azonban, hogy a kórházlelkész egy gyülekezeti lelkész felesége, aki a megye missziói előadójaként szorgalmazta felesége kórházi beszámolóit a megyei közgyűlésen (Zsuzsa/5,6,8), tehát személyes motivációról van szó.

A kórházlelkészi szolgálat kórházi rendszerben elfoglalt helyére nézve valamennyi interjúalany beszámol kezdeti nehézségekről. Elutasítást, megaláztatást tapasztalnak az orvosok részéről (Júlia/16,18, András/21), gyanakvást a munkatársak részéről (Győző/18). Ez a szolgálat végzése során oldódik, a munkatársak is igénylik a lelkigondozó jelenlétét. (Júlia/19, Zsuzsa/22, András/26,27, Albert/22, Márk/18,19,20,21, Győző/18) A betegek elutasításáról senki nem számol be, ellenkezőleg a szenvedők lelkigondozásra és istentiszteleti alkalmakra

való igényéről beszélnek (Júlia/17, Zsuzsa/11, András/15, Albert/18, Győző/17). A kórház vezetőségével való kapcsolat alakulásáról valamennyien pozitívan számolnak be az interjúalanyok. Minden esetben a főigazgatóval vagy gazdasági igazgatóval való jó kapcsolat kialakulása jelentette a kórházlelkészi szolgálat finanszírozását és meggyökerezését az egészségügyi rendszerben. (Júlia/25, Zsuzsa/13,20, András/19,20, Albert/3, Márk/16,17, Győző/15) Erre annál is inkább szükség van, mivel mind a hat esetben az egészségügyi intézmény finanszírozza a kórházlelkészi állást, egy esetben egyházi intézményben.

A lelkigondozó-kórházlelkész kórházi rendszerbe való beépülése azonban a vezetőségi támogatással együtt is nehéz feladat volt az interjúalanyok részére. Van, aki a rendszerben való téblábolást emlegeti a helykeresés kapcsán (Júlia/26), más útkereséshez hasonlítja a kórházi hierarchiában való hely megtalálását (Albert/19,20). Ketten arról beszélnek, hogy a kórházban bizonyítani kell a szolgálat létjogosultságát, s a szolgálattevő alkalmasságát (András/25,26), illetve meg kell dolgozni a munkatársak bizalmáért (Győző/18).

Öten az interjúalanyok közül arról számolnak be, hogy munkájukat egy adott osztályon, egy adott csapattal kezdték, s itt megerősödve léptek azután tovább (Júlia/19,20, Zsuzsa/11, András/22, Márk/13, Győző/14,15). A megkérdezettek közül ketten nem első kórházlelkészként szolgálnak az egészségügyi intézményben, így az előttük járó némiképp kitaposta már előttük az utat. (Albert, Márk)

A kórházlelkészek feladatai minden esetben a helyi adottságoknak megfelelően, saját szolgálatukból kialakult munkaköri leírások formájában fogalmazódtak meg, az adott egészségügyi intézményre tekintettel. Az elődökkel rendelkező kórházlelkészek közül az egyik továbbfejlesztette a korábbi kórházlelkészi munkaköri leírást. (Márk/12) A kórházlelkészek feladatai között több esetben találunk olyan tevékenységet, amely nem kifejezetten lelkészi, lelkigondozói feladat. Betegelégedettségi kérdőívek kitöltetése (Zsuzsa/23), prezentációk, prospektusok készítése (Győző/17) Ez azonban adott esetben nem kényszer, hanem szívesség a lelkészek részéről. Egy esetben találkozunk azzal, hogy a kórházlelkészt az egyházzal való kapcsolattartásban a főigazgató gátolja, nem vagy alig engedi el egyházi rendezvényekre, konferenciákra, továbbképzésekre. (Zsuzsa/14)

Ez az eset felhívja a figyelmet arra, hogy nélkülözhetetlen a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat részére egy egységes, differenciált, teljes körű és részletes munkaköri leírást adni.

A lelkigondozó-kórházlelkészek kórházi rendszerben kialakult helyére nézve a következő megfogalmazásokkal találkozunk az interjúk során: „Természetessé vált a lelkészi jelenlét” (Júlia/21), „Úgy érzem, a kórház magáénak tart.” (Zsuzsa/24), „Amikor a kórház csődbe ment,

a gazdasági igazgató kiállt értem" (András/20), „Mind a két kórház örömmel fogadott." (Albert/23), „Minden lelkészi tudásunkra, identitásunkra igényt tartanak a kórházban." (Márk/18), „Elfogadnak, szeretnek, vagy inkább bizalommal fogadnak." (Győző/18). Egyértelműen befogadja, igényli és értékeli a kórházi rendszer a kórházlelkészt, még akkor is, ha helye a rendszerben bizonytalan és nehezen meghatározható. Ez az elismerés és értékelés valamennyi kórházlelkészt megerősíti abban, hogy kórházi szolgálata hasznos és az egészségügyi intézményben is helyénvaló, egyaránt igénylik betegek és munkatársak.

A harmadik kategórián belül a kórházlelkész és a kórházi szolgálat identitásának alakulását figyelhetjük meg. A kórházlelkésszé válásig valamennyi lelkész más-más úton jutott el, mégis találunk közös vonásokat történetükben. A megkérdezettek közül hárman a teológia elvégzése után közvetlenül kórházi szolgálatot vállaltak (Júlia, Zsuzsa, András), közülük egy a gyülekezeti szolgálat mellett tette ezt. Erre egyértelmű elhívatást éreztek, tovább képezték magukat, s szolgálatuk önkéntes vagy gyakorlatos jelenléttel indult, kezdetben státusz és fizetés nélkül, mégis elkötelezetten. A másik három interjúalany korábban gyülekezeti lelkész is volt (Albert, Márk, Győző). Ketten egyértelműen szívesebben vállaltak a gyülekezeti munka után kórházi tevékenységet (Albert, Márk), egyikük pedig vallástanári munkaviszonyának megszűnése után kapott felkérést a kórházi szolgálatra, mely nem volt idegen tőle, hiszen korábban néhány szemesztert elvégzett az orvosi egyetemen (Győző).

Négyen első generációs kórházlelkészek, akik a magyarországi rendszerváltás után az első adandó alkalommal úttörőként kezdték a szolgálatot, és ebben ki több, ki kevesebb ideig, de majd 20 éven át megmaradtak (Júlia, Zsuzsa, András, Győző). Ők valamennyien maguk alakították munkakörüket és írták munkaköri leírásukat. Ketten kb. 10 évvel később kezdve a kórházi munkát, második generációs kórházlelkészek (Albert, Márk). Rövid ideig ők is szolgáltak olyan egészségügyi intézményekben, ahol nem volt kórházlelkész elődjük, itt maguk alakították és írták munkaköri leírásukat, majd váltottak és olyan helyen folytatták szolgálatukat, ahol előttük más kórházlelkészek is szolgáltak már. Itt rendelkezésükre állt egy korábbi munkaköri leírás, amin szükség szerint, menet közben változtattak. A munkaköri leírás alakításában az egyház részéről megfogalmazott differenciált munkaköri leírást, útmutatást és segítséget nem kaptak, magukra voltak utalva. Ezt valamennyien megjegyzik, nehezményezik. Szolgálatuk során mindnyájan érezték annak igényét, hogy tovább kell képezni magukat, s a kórház intézményrendszerében felmerülő igények és a lelkigondozói szolgálat ellátására kevésnek bizonyul az a tudás, amit teológiai tanulmányaik során ebben a témában elsajátíthattak. Megfelelő szakképzés nélkül szolgálatuk, az egyértelmű elhivatottság ellenére,

igen sok bizonytalansággal, kérdéssel, identitászavarral indult. A hat interjúalany közül négyen felsőfokú speciális szakirányú továbbképzésen vagy továbbképzéseken vettek részt (Júlia, András, Márk, Győző), egy lelkész három hetes intenzív tanfolyam, majd gyakorlat után került ki (Zsuzsa), egy lelkész pedig nem rendelkezik kórházi lelkigondozásra irányuló speciális szakképzéssel (Albert). A továbbképzés egyértelműen megerősítette őket lelkigondozó-kórházlelkészi identitásuk alakulásában.

A kórházi szolgálat kizárólagosságát tekintve a megkérdezettek közül hivatalosan ketten csak a kórházban végeznek lelkészi szolgálatot (Zsuzsa, Győző), egy lelkész alkalmanként, de rendszeresen szolgálatot vállal a helyi gyülekezetben (Márk), hárman pedig idős otthonban, hospice-ban, gyülekezetben, vagy a RMK-ban is dolgoznak (Júlia, András, Albert).

Az interjúalanyok egyrészt egyöntetűen hiányolják szolgálatuk elismerését, másrészt fájlalják szolgálatuk lenézését az egyház felől. Valamennyien arról vallanak, hogy identitásukat megerősítené, ha az egyház részéről munkájuk iránt több figyelmet, pozitív értékelést, szakmai és anyagi támogatást kapnának. Saját helykeresésüket, identitásuk megfogalmazását szolgálatuk kezdetén a téblábolás jellemzi. „A nehézségem ez a téblábolás volt, ki vagyok a rendszerben, hol a helyem, hol illeszthető a lelkigondozás a gyógyító folyamatba." (Júlia/26) Visszás helyzetnek élik meg, hogy szolgálatuk nincs beazonosítva, egyházi vagy kórházi dolgozóként tartják-e őket számon. „Kórházi dolgozó vagyok, de mégsem vagyok egészségügyi dolgozó, itt egy kicsit olyan visszás helyzet van." (Zsuzsa/28) Úgy érzik, szolgálatuk az egészségügyi intézményben akkor nyer elfogadást, ha bebizonyítják annak létjogosultságát. „A kórházban be kell bizonyítani, hogy mi a kórházlelkész feladata, hol van a helye és mi a szerepe. Ez azért nehéz, mert a kórházlelkész nem fog pénzt hozni." (András/41) Saját státuszukat, elfogadottságukat az egyházban rendezetlennek élik meg. „Mind a mai napig nincsenek rendezve a missziói lelkészek státuszai, nincsenek ott a lelkészek között, ahol lenniük kéne […] még mindig nem tud mit kezdeni a ma református lelkésze azzal, hogy misszió és intézményi lelkészség, és a misszióban szolgáló lelkészek." (Albert/4) Hasonlóképpen bizonytalanságot éreznek szolgálatuk megfogalmazásában is. „Van persze zavarodottság abban a tekintetben, hogy a kórházlelkészet az misszió vagy pszichológiai esetleg diakóniai munka." (Győző/4) Úgy vélik, segítséget jelentene a kórházlelkészi szolgálat egységes megfogalmazása és szabályozása az egyház részéről. „Sokat segítene a kórházlelkészeknek, ha nemcsak az egyéni jóindulatra és helyi szokásokra, lehetőségekre alapozott mezsgyén mozoghatnánk, hanem egységesen szabályozott, szakmailag megalapozott körben." (Győző/21) Magukra hagyatottságukban, folyamatosan a szenvedők és a szenvedők mellet állók között szolgálva

olykor identitásválságba kerülnek, és kérdések között vergődve, megújulásra vágyva, nem tudják, hova forduljanak segítségért. „Identitásválságban vagyok, valami bizsereg körülöttem, valaminek történnie kell. Vagy megújulok ezen a helyen, a szolgálat is megújul, vagy pedig valamerre lépni fogok.” (Márk/35) Ezzel együtt azonban mégis mély, belső elhivatottsággal és kitartással végzik munkájukat, meggyőződve arról, hogy a betegek között képesek leginkább megvalósítani azt a szolgálatot, amit Jézus Krisztus rájuk bízott. „Erős a meggyőződésem a magam lelkigondozói vagy lelkészi identitását, tudását, meg a szolgálatom értékét tekintve. Nekem fontosabb maga a názáreti ácsmester, a Megváltónk, aki a kicsinyek mellett volt és a peremre sodródott.” (Márk/31) A kórházi szolgálat során akarva-akaratlanul közösséget vállalnak azzal a peremhelyzettel, amelyben a betegek élik hétköznapjaikat. „A betegként létezéshez is hozzátartozik az átmeneti vagy tartós peremhelyzet, a kórházlelkész szolgálata osztozik ezzel a közösséggel, munkája is a végeken helytállás terheit osztja.” (Győző/8)

Az interjúk egyenkénti és összehasonlító elemzése után összefoglalva az eredményeket, elmondhatjuk, hogy az interjúalanyok helyzete az egészségügyi intézmény adottságainak és az adott körülményeknek megfelelően különbözőségeket hordoz, mégis sok esetben egyezést tapasztaltunk.

Első hipotézisünk szerint a lelkigondozó-kórházlelkész az egyházi rendszerben idegenné válik. Az interjúk alapján elmondhatjuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész idegen abban az értelemben, hogy kórházlelkészként kikerült az egyház testéből, elidegenedett attól, peremhelyzetbe került. Többnyire az egyház nyilvántartásában maradt, de eltávolodott attól. Gyülekezeti lelkésztársaival vagy kevés kapcsolata van, vagy egyáltalán nincs, egyházmegyei, egyházkerületi közgyűlésekre meghívást nem kap, ezeken nem vagy igen ritkán vesz részt. 2009 óta munkájáról beszámolót küld a RMK-nak, erre visszajelzést ritkán kap. Helyi szinten szolgálatáról többnyire nem számol be az egyházmegyében, mert erre igényt nem lát. Az egyházi rendszerben elfoglalt helyével elégedetlen, egyházától elméleti és gyakorlati szinten is több törődést és elismerést vár.

Második hipotézisünk szerint a lelkigondozó-kórházlelkész az egyház küldötte, melynek következtében a kórházi rendszerben idegen marad. A lelkigondozó-kórházlelkész a kórházi rendszerben idegenként jelenik meg, de szolgálata során sajátos módon beilleszkedik abba. A lelkigondozó-kórházlelkészt az egészségügyi intézmény – szolgálatának a kórházban dolgozók munkájától teljesen különböző formája és tartalma miatt – mindig kívülállóként kezeli, mégis lelkészi jelenlétére és lelkigondozói tevékenységére igényt tartva, azt elismerve, szívesen elfogadja. Egyre több helyen kap lehetőséget a lelkigondozó-kórházlelkész arra, hogy a

szakdolgozók képzésébe és az egészségügyi intézmény prevenciós programjába bekapcsolódjon, annak tevékeny része legyen. E folyamat során a lelkigondozó-kórházlelkész, bár mindig más marad, mégis kevésbé lesz idegen.

Harmadik hipotézisünk szerint a lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatának formai és szakmai követelményei nem egységesen meghatározottak, ez szolgálatuk végzése közben szüntelen helykereséshez és bizonytalansághoz vezet. A lelkigondozó-kórházlelkészek a helyi adottságoknak megfelelően különböző munkakörülmények között dolgoznak. Egységes, differenciált munkaköri leírást nem kapnak. A lelkigondozó-kórházlelkész saját maga írja munkaköri leírását, abban szakmai segítsége nincs. A szakirányú továbbképzés hiánya bizonytalanná teszi a kórházlelkészt abban, hogy mi a feladata, és lelkigondozó-kórházlelkészként hogyan jelenjen meg az egészségügyi intézményben. A szakirányú továbbképzés megszerzése a lelkigondozó-kórházlelkészi identitás megerősödését hozza.

Negyedik hipotézisünk szerint a lelkigondozó-kórházlelkészek az egyházban kevésbé elismertek, s ez megerősíti az egyháztól való elidegenedésüket. Az interjúkból egyértelműen kiderült, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészek és a gyülekezeti lelkészek kapcsolata nem megfelelő, nem értik egymás nyelvét. A lelkigondozó-kórházlelkészek az egyházban lenézettek, szolgálatuk kevéssé megbecsült. E tapasztalat eredményeképpen a lelkigondozó-kórházlelkészek egyáltalán nem vagy kevésbé keresik a kapcsolatot gyülekezeti lelkészkollégáikkal, közegyházi fórumokkal.

2.6.6. Következtetések összefoglalása

Amint arról a dolgozat első fejezetében szó esett, a rendszerszemlélet segít megérteni különféle folyamatok mozgatórugóit, összefüggéseit, kölcsönhatásait. Ha egy jelenséget a rendszerszemlélet fényében vizsgálunk, jobban megértjük a felmerülő problémákat, s a hibás rendszer feltérképezésénél és esetleges megváltoztatásánál a rendszerszemlélet alapelvei nyomán dolgozhatjuk ki a gyakorlatban az újfajta cselekvést.

Az interjúk készítése közben azt szerettük volna feltérképezni, megvizsgálni és megérteni, hogy egy magyarországi református lelkész, lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatát gyakorolva milyen helyet foglal el a kórház és az egyház rendszerében, valóban elidegenedik-e az egyház intézményrendszerétől, és kívülálló marad-e a kórház rendszerében, és ezt a helyzetet hogyan tudja elfogadni.

Az interjúk elemzése során először is arra a következtetésre jutottunk, hogy a lelkészek az egyházban kórházlelkészként nem találták többé a helyüket. Vallomásaik szerint egy új, a

gyülekezeti szolgálat kereteitől merőben eltérő intézményrendszerben magukra maradtak, többnyire úttörő szolgálatuk során teoretikus, praktikus, vagy pszichés támogatást az egyház részéről nem, vagy alig kaptak. Másodszor megállapíthatjuk a kórházlelkészi szolgálat és a gyülekezeti lelkészi szolgálat viszonyára tekintve, hogy a megkérdezett lelkigondozó-kórházlelkészek szerint a kórházi szolgálat az egyházban kevésbé elismert, sőt lenézett tevékenység. A kórházlelkésznek és a helyi gyülekezeti lelkésznek egymással alig van kapcsolata, nem támogatják egymást, szolgálatuk nem kapcsolódik egymáshoz. Harmadszor azt láttuk, hogy a kórházlelkészi szolgálat a kórházi rendszerben a kezdeti nehézségek, bizonytalanságok, s a munkatársak (orvosok, nővérek) részéről tanúsított ellenállás után befogadást nyert. A lelkigondozó-kórházlelkész kórház vezetőségével való kapcsolata minden esetben pozitívan formálódott az évek során, mely kapcsolat támogatást jelentett a kórházlelkészi szolgálatnak a kórház rendszerében való helykeresése folyamán. A kórházi rendszer egyértelműen igényli és értékeli a kórházlelkészi szolgálatot, annak ellenére, hogy annak helye továbbra is nehezen meghatározható.

A kórházlelkészek identitásának alakulásában minden esetben azt tapasztaltuk, hogy egy belső elhívásra válaszolva indultak a lelkészek a betegek felé, mely szolgálat végzése közben rájöttek arra, hogy szükséges továbbképezni magukat a kórházi lelkigondozás irányába. Az egyházi támogatás csekély volta, az elismertség és a szakmailag megalapozott háttér hiánya, szüntelen bizonyításra késztette és közben magányossá tette a lelkészeket, akik az egyházi és a kórházi rendszerek határán küzdelmeiket többnyire egyedül vívták meg. Ez némelyeket megerősített, másokat kiüresedéshez, identitásválsághoz vezetett. A lelkigondozásra irányuló speciális képzések, az elméleti és gyakorlati tapasztalatok bővülése, a szakmai megalapozottság, majd időközben a kórházi rendszer részéről szolgálatuk elismerése és értékelése valamennyiük szakmai identitását megerősítette.

A fent bemutatott kutatásunkkal – a MRE lelkigondozó-kórházlelkészekkel folytatott interjúk és azok elemzése során – feltártuk a status quo-t, betekinthettünk az egyházi és a kórházi rendszer határán működő szolgálat nehézségeibe. Láttuk a két rendszer szabályai és elvárásai között működő kórházlelkészi szolgálatot, és bizonyos szempontból szembesültünk a két rendszer kórházi lelkigondozói szolgálattal kapcsolatos hibás működésével. Tapasztaltuk, mit jelent, ha a rendszerbe idegen elem kerül, s kialakul a káosz, felborul a status quo, nem működik többé a rutin. A káoszban láttuk megjelenni a szorongást, ugyanakkor érzékeltük, hogy elkezdődött maga a gyógyulás is. Az egyházi és a kórházi rendszer feladata, hogy közös munkával mindeközben a régi szabályokat új lehetőségekké, vezérfonalakká alakítsa. Belső és

külső megújulással – a lelkészek felől a kórházi szolgálatra való elhívás megerősödésével, a szolgálat felől pedig a megfelelő szabályozással – új lehetőségek nyílhatnak, megkezdődhet az integráció, melyben az előzőekhez képest egy másfajta észlelés, érzékelés és irányítás veheti kezdetét. Ekkor érkezhet el újra a gyakorlatba ültetés szakasza, az új lehetőségek megélése, egy új támaszrendszer kialakítása, melyben létrejöhet az új status quo és kifejlődhet az új elvárásrendszer.[414] Mindez szükségszerűen a MRE lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatának megújulásához és stabilizálódásához vezet.

A dolgozat következő fejezetében a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat egyházi és kórházi rendszerek határán való működéséről szólunk általánosságban, majd egészen konkrétan tárgyaljuk annak lehetőségeit és funkcióit.

[414] Vö. A változás szakaszai Satir szerint, in: Satir et al. : A Satir-modell, 109-145. o.

3. A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS FELADATAI ÉS LEHETŐSÉGEI AZ EGYHÁZI ÉS A KÓRHÁZI RENDSZERBEN

Részletesen szóltunk az előzőekben a kórházi lelkigondozás helykereséséről az egyházi és a kórházi rendszerek határán. A 21. század elején a kórházi lelkigondozást is érintő társadalmi változásokat, az egészségügyi átalakulást és a jelenlegi helyzetet külföldi és magyarországi példákkal egyaránt megvilágítottuk. A dolgozat harmadik fejezetében pedig arra vállalkozunk, hogy definiáljuk a kórházi lelkigondozást, különböző koncepciók alapján felvázoljuk feladatait és lehetőségeit, majd kiemelve a hozzánk legközelebb álló összefoglalást, részletesen tárgyaljuk a lelkigondozói, a liturgikus-homiletikus, a teológiai elméletalkotó és a hosszabb távú pásztori funkciót. Végül a lelkigondozó-kórházlelkész személyét vizsgáljuk az egyházi és a kórházi rendszerek határán, kitérünk családi kapcsolataira, kommunikációjára, és felvázolunk öt lehetséges modellt a kórházi lelkigondozás egyházi és kórházi rendszerekben elfoglalt helyére tekintve.

3.1. A kórházi lelkigondozás definiálása

A MRE kórházlelkészei között végzett kvalitatív kutatás során előkerült az a probléma, hogy a kórházi lelkigondozás definiálása kapcsán zavarodottság van nemcsak e szolgálatot teljesítő lelkipásztorok között, hanem az egyházon belül is.[415] Nem egyértelmű, hogy a lelkigondozás vajon diakóniai, pszichológiai vagy missziói tevékenység, centruma az Ige, az individuum vagy az adott rendszer. A kérdés éppen azért merül fel, mert a kórházi lelkigondozásban is valamennyi motívum jelen van, és a lelkigondozó-kórházlelkész valamennyi aspektusra igyekszik figyelemmel lenni. A lelkigondozás és a lelkigondozó egyházi és kórházi rendszerben elfoglalt helyének, identitásának, sajátos hozzáállásának, valamint a lelkigondozott igényeinek és különféle elvárásoknak is függvénye, hogy adott esetben mi kap nagyobb hangsúlyt ebben a szolgálatban.

Ha abból indulunk ki, hogy a lelkigondozás az egyház gondoskodó cselekvése tagjai iránt, azok kapcsolataira, közösségeire, szociális rendszereire egyaránt figyelve,[416] akkor az, hogy egy adott esetben ez a gondoskodó cselekvés, vagyis az emberek közötti szolgálat misszió, diakónia

[415] Vö. Győző interjúelemzésével a dolgozat 2.6.4.6. fejezetében
[416] Stollberg: Therapeutische Seelsorge, 13. o.

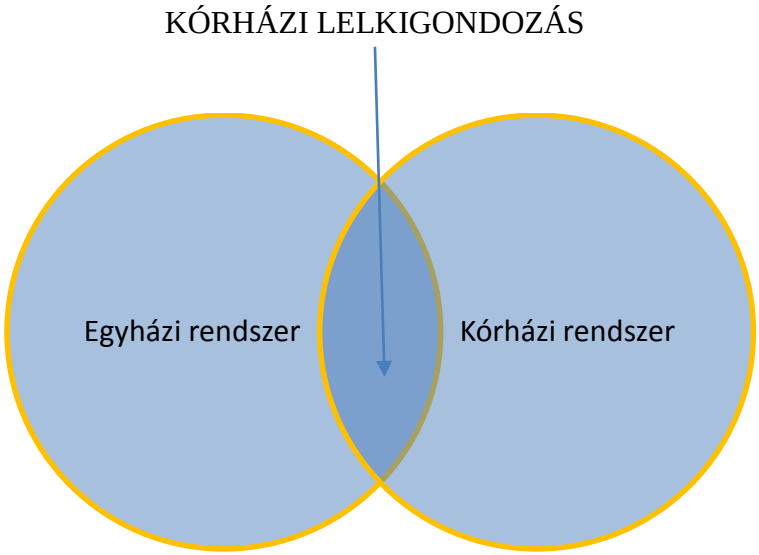
vagy lelkigondozás, attól függ, hogy egy konkrét szituációban melyik eseményen, történésen van a hangsúly.[417] A misszió olyan értelemben jelenik meg a lelkigondozásban, hogy a lelkész az egyház küldötteként érkezik a krízisben lévőhöz, hogy annak Isten igéjét, Krisztus szeretetét tolmácsolja. *Ravasz László* szerint minden pásztori szolgálat misszió, melynek lényege, hogy elmondjuk akár gyülekezeteknek, akár egyéneknek, hogy mit üzen Isten. A belmisszió feladata a gyülekezeti élet megszervezése és építése, valamint a gyülekezeti és felekezetközi missziók támogatása.[418] A misszió alapja a Szentírás, vagyis azok az üzenetek, események és igazságok, amelyeket Isten az Ő igéjében az embereknek kijelentett.[419] Egyik oldalról tehát egyetértünk azzal, hogy a lelkigondozás célja lehet az ige hirdetése, hogy a szenvedőnek Isten üzenetét tolmácsolja, másik oldalról azonban meg kell jegyeznünk, hogy a lelkigondozás célja nem lehet a térítés, az, hogy az egyház számára tagokat toborozzon. A dialektikus teológia a lelkigondozást igehirdetésnek tartotta, és igecentrikus vagy Krisztus-centrikus lelkigondozásról beszélt, míg ma sokkal inkább a lelkigondozott áll a középpontban, s teret nyert a partner-központú lelkigondozás.[420] A missziótól és az igehirdetéstől éppen az különbözteti meg, hogy bár a Szentlélek erejével és krisztusi indulattal, mégsem Krisztus felől közelít az ember felé, hanem az adott ember és szociális rendszerei felől Krisztus szeretete felé. A posztmodern világban ugyanis az ember Isten megbocsátásával és kegyelmével többnyire nem tud mit kezdeni, sokkal inkább a másokkal való kapcsolatában és önmagában szenved és nem attól, hogy Isten előtt bűnös.[421] Vagyis nem Isten megbocsátását óhajtja mindenekfelett, hanem a fogódzó nélküli, bizonytalanná lett világban félelmeivel küszködik.[422] A lelkigondozói beszélgetés középpontja éppen ezért az ember a maga élettörténetével, szabadságával, sokféle lehetőségével, ugyanakkor félelmeivel a modern, funkcionálisan differenciált társadalom strukturális változásai közepette.[423] A személyes beszélgetésben alkalom nyílik az igehirdetésre és a szeretetszolgálat gyakorlására egyaránt. Mind az igehirdetés, mind a diakónia tehát a lelkigondozáshoz tartozik, „azt is mondhatnánk, hogy a lelkigondozás az igehirdetést és a diakóniát köti össze az egyház szolgálatában."[424]

---

[417] Uo. 14. o.
[418] Ravasz László: Belmisszió, in: Korbán II. Franklin Társulat, Budapest, 1942, 534. o.
[419] Bosch, David J. : Paradigmaváltások a misszió teológiájában, Harmat Könyvkiadó, Budapest, 2004. 4. o.
[420] Németh Dávid: Isten munkája és az ember lehetőségei a lelkigondozásban, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 1993. 198. o.
[421] Karle: Seelsorge in der Moderne, 66. o.
[422] Jochheim: Die Anfänge der Seelsorgebewegung in Deutschland, 203. o.
[423] Karle: Seelsorge in der Moderne, 206-207. o.
[424] Németh: Isten munkája, 199. o.

A rendszerszemléletű lelkigondozás specifikuma, hogy a személy és a rendszer kapcsolatára fókuszálva kíséri a lelkigondozott életét és hitét.[425] Az egyéni beszélgetésben a lelkigondozott generációkon átívelő családi kapcsolataira és szociális környezetére is figyel. Vagyis egy probléma feltárásakor nem egyetlen kiváltó okot keres, hanem egy igen sokoldalú hálózati rendszer összefüggéseit, kapcsolódási pontjait és működését vizsgálja.[426] A probléma megoldását olyan módon segíti, hogy erősíti az adott rendszer önszabályozó mechanizmusait, vagyis mozgósítja annak erőforrásait.[427] „A rendszerszemléletű lelkigondozás alapvető célja tehát, hogy az egyén és az egész rendszer autopoiétikus rendszererejét erősítse."[428] Nemcsak az adott személy életét, hanem mindig a hitét is támogatja, a vallásos dimenziót és a zsidó-keresztyén hagyományt ajánlva fel segítségül.[429] A lelkigondozói kapcsolatban a lelkigondozó nem magánemberként lép a lelkigondozott elé, hanem az egyházi rendszert képviselve, az egyház megbízottjaként. Szolgálatával a keresztyén tradíciót képviseli, és a transzcendenssel való titkos kapcsolatát, sajátos szövetségét hozza be a rendszerbe.[430]

A kórházi lelkigondozás az egyház a kórházban[431] az egyház lelkigondozói szolgálatának egyedülálló munkaterülete.



11. ábra: A kórházi lelkigondozás helye az egyházi és a kórházi rendszerben

[425] Nauer: Seelsorgekonzepte im Widerstreit? 220. o.
[426] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 63. o.
[427] Emlein: Seelsorge als systemische Praxis, 176. o.
[428] Nauer: Seelsorgekonzepte im Widerstreit? 224. o.
[429] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 252. o. Vö. Ferel: „Willst du gesund werden?" 370. o.
[430] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 117. o.
[431] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 84.o.

Hézser szerint „keresztyéni és vallási hozzájárulás az élet individuális és közösségi alakításához a kórházban, a betegség és egészség, születés és halál közvetlen közelségében."[432] A krízisben lévő embert szólítja meg, [433] a gyógyító evangéliumot kínálja fel, az ember egész voltának, kommunikációs és szociális rendszereinek helyreállításában segít. Nem csupán beteg-lelkigondozás, hanem kórház-lelkigondozás, azaz nemcsak a betegekért van jelen, hanem a kórház egészéért. [434] A kórház intézményébe integrálódva a kórház rendszeréért végzi szolgálatát, mindazokért, akik a kórházi rendszerben jelen vannak: betegségben szenvedők és a szenvedők gyógyításában, ápolásában résztvevők, valamint a kórház szervezetének működését segítők és irányítók. Lelkigondozó-kórházlelkésznek azt tartjuk, aki az egyházi rendszertől kapva kiküldetését, a kórházi rendszerben a keresztyénség életrendjét és hitrendszerét autentikusan képviseli. Miközben egy-egy beszélgetés tartalmára koncentrálva a keresztyén hit perspektívájából igyekszik megérteni és megértetni, látni és láttatni a mindenkori individuális szituációt,[435] figyel a rendszeren belüli és a rendszeren kívüli kommunikációra, kapcsolatokra, koalíciókra, valamint a környezet hatásaira, a változásokra és a reakciókra is. A lelkigondozottat abban támogatja, hogy a krízisszituációban életét a keresztyén hit perspektívájából értelmezze, valamint hogy Istennel való kapcsolata erőforrás legyen abban, hogy megváltozott élethelyzetében és szociális rendszereiben új egyensúly alakuljon ki.

3.2. A kórházi lelkigondozás feladata

Az Evangelische Kirche in Deutschland 1994-ben, Bethelben összeállított és elfogadott alapirata, *„Konzeption und Standards in der Krankenhausseelsorge"*[436] alapján a lelkigondozás a kórházban egyházi megbízatással és ökumenikus felelősséggel történik. Nem a gyülekezeti lelkigondozás egy variánsa, hanem önálló egyházi munka, speciális feladatokkal. A kórházi lelkigondozás három irányba mutat: egyrészt azoknak az embereknek szól, akik betegségük miatt egészségügyi intézménybe kerülnek, és krízisbe jutnak, másrészt azoknak az embereknek, akik a kórházban direkt vagy indirekt módon a betegekért dolgoznak, harmadrészt magának az

[432] Hézser: A kórházi lelkigondozás, mint az intézményi kultúra egyik támasza, 225. o.
[433] Stollberg: Therapeutische Seelsorge, 184. o.
[434] Klessmann, Michael: Gibt es eine prophetische Dimension in der Seelsorge im Krankenhaus? 135-136. o.
[435] Schmidt-Rost, Reinhard: Seelsorge zwischen Amt und Beruf. Studien zur Entwicklung einer modernen evangelischen Seelsorgelehre seit dem 19. Jahrhundert, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1988. 118. o.
[436] Konzeption und Standards in der Krankenhausseelsorge, in: Wege zum Menschen, 1994. 430-432. o.

intézménynek, megjelenve a belső struktúrában, az igények és a valóság összhangja és a munkahelyi klíma kialakításában. Az alapirat a kórházi lelkigondozás területeit a következőkben jelöli meg: lelkigondozói beszélgetés a páciensekkel, a hozzátartozók és az érintettek kísérése és tanácsolása, az orvosi, ápolói személyzettel való kooperáció, istentiszteletek, úrvacsorák, kazuáliák tartása, ökumenikus együttműködés, beszélgető csoportok kialakítása a páciensekkel, kulturális ajánlatok, közreműködés etikai problémák megoldásában, közreműködés az ápolószemélyzet oktatásában és továbbképzésében, kapcsolattartás egyik oldalról a kórházi vezetéssel, másik oldalról a helyi gyülekezettel és a zsinattal, önkéntes munkatársak megnyerése és kísérése, valamint nyilvános propaganda (Public Relations) a társadalomban a betegség, a halál témáinak kiszorítása ellen, illetve az élet kérdéseit illetően. A dokumentum a kórházi lelkigondozásban három egymástól elhatárolt és megkülönböztetett, de szét nem választható dimenzióról beszél, ezek a következők: „Begleitung", ami jelent kísérést, vigasztalást, elfogadást, támogatást, tehermentesítést. „Begegnung", ami alatt olyan találkozást ért, melynek során az aktuális, élettörténeti vagy társadalmi konfliktusok megbeszélésére és feldolgozására kerül sor. Végül „Deutungsangebot", vagyis segítségnyújtás a jelenlegi élethelyzet jelentésének megértéséhez.[437]

A betegek lelkigondozása ma tulajdonképpen kórházi lelkigondozásssá vált, vagyis az egész kór*ház* lelkigondozásává.[438] A kórházat a lelkigondozónak komplex rendszerként kell látnia, és abban úgy szolgálnia, hogy a betegek lelkigondozása mellett, az egészségügyi intézményben folyó gyógyító munkába is bekapcsolódjon. A gyógyító tevékenységbe akkor tud bekapcsolódni, ha az orvosokkal és az ápolószemélyzettel kommunikál és kooperál.

A lelkigondozásnak az egészség fogalmát annak teljességében kell értelmeznie és képviselnie egy természettudományos-technikai orientáltságú intézményben, mely hajlamos az egészséget csupán a test funkcióinak pontos működéseként értelmezni. Az egészség azonban ennél többet jelent, az 'emberléthez való erő' – ahogy ezt K. Barth mondja – a betegség pedig az emberi élet végességének tükre.[439]

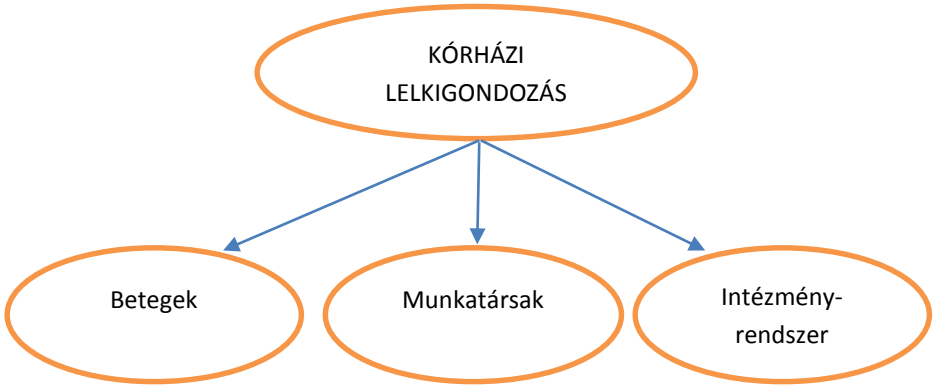
Fontos hangsúlyoznunk, hogy a kórházi lelkigondozás nem kizárólag egy felekezet feladata, hanem ökumenikus feladat.[440] Különböző felekezethez tartozó lelkészek, lelkigondozók és önkéntesek állnak meg a betegágy mellett, akiknek egymással folyamatos kommunikációban

---

[437] Konzeption und Standards, 430. o.
[438] Ziemer, Jürgen: Seelsorgelehre. Ein Einführung für Studium und Praxis. 2. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2004. 333. o.
[439] Uo. 333. o.
[440] Konzeption und Standards, 430.o.

állva, az egészségügyben együtt kell képviselni a lelkigondozás ügyét.[441] A céljuk nem az, hogy saját felekezetük számára egyháztagokat gyűjtsenek, vagy ellenkezőleg a felekezeti különbségekről teljesen megfeledkezve tanításokat összemossanak, hanem az, hogy a krízisben lévő szenvedő ember mellé álljanak, s lelki egészségéért mindent megtegyenek. Mindez ökumenikus teammunkát igényel a kórházakban, a lelkigondozóktól pedig elvárja a „team-kompetenciát".[442] „A különbségek tagadása nélkül, itt az alkalom a szenvedés, az élet és a hit tapasztalatairól beszélni a hitvallási sajátosságok hangsúlyozásával, vagy az azoktól való eltekintéssel. Az ökumené azt jelenti, hogy megnyitjuk magunkat annak, amit a Lélek az egymással találkozóknak mond."[443]

A fenti elméletek erőteljesen a kórházra koncentrálnak, és bár az egészségügyi rendszer egészében való szolgálatra felhívják a figyelmet, hiányosságuk, hogy kevéssé hangsúlyozzák a kórházi lelkigondozó intézményen kívüli feladatait, egyházára tekintését.



12. ábra: A kórházi lelkigondozás három iránya

Ezért fontos számunkra *Michael Klessmann* elmélete, aki szerint a kórházi lelkigondozás iránya háromfelé mutat, s mindhárom irányba prófétai megbízatása is van.[444]Egyrészt a krízisbe került

[441] Az ökumenikus együttműködés ma, Magyarországon egyelőre még ritka gyakorlat, de van arra példa, hogy egy kórháznak felekezetenként van egy-egy lelkigondozója (pl. Miskolc, Debrecen), vagy a lelkigondozó-kórházlelkész ökumenikus önkéntes csoporttal dolgozik. Általában azonban egy kórházban egyelőre csak egy lelkigondozó szolgál, vagy sok helyen egy sem. Az ökumenikus együttműködés tehát nálunk egyelőre többnyire csak elméleti törekvés.
[442] Nauer: Seelsorge, 271. o.
[443] Duesberg, Hans: Ökumenikus együttműködés a kórházban, in: Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 230-241. o.
[444] Klessmann: Gibt es eine prophetische Dimension in der Seelsorge im Krankenhaus? 128. o.

betegek irányába, másrészt a kórházban direkt vagy indirekt módon a betegekért dolgozó munkatársak irányába, harmadrészt az intézmény célkitűzései és struktúrája irányába.[445]

A kórházi lelkigondozás prófétai feladata a betegekkel kapcsolatban, hogy a szegények és elesettek ügyét felkarolja, szóljon azokért, akik a kórház rendszerének a peremére szorulnak. A szenvedőkhöz, a gyógyíthatatlan betegekhez, a haldoklókhoz, a pszichiátriai páciensekhez való odafordulással, a szeretettel, a szolidaritással, és azzal, hogy időt szán a betegre, megszakítja a gyógyítás és az ápolás mindennapi rutin miatt elszemélytelenedett folyamatát.[446] A munkatársakkal kapcsolatban prófétai feladata, hogy látva testi-lelki megterhelődésüket, szakmai segítséget nyújtson kiégésprevenciójukban. Végül a kórház intézményének rendszerére nézve prófétai megbízatása, hogy speciális helyzetéből adódóan – a kórházi rendszer részeként, mégis kívülállóként – megfelelő távolságból szemlélve annak hibáit, szóvá tegye azokat.[447] Ahhoz azonban, hogy a kórházi lelkigondozó kritikát gyakorolhasson, jól kell ismernie az intézményt, az egészségügyi rendszert és azt a posztmodern társadalmat, amelyben a kórházi rendszernek működnie kell. Szükséges folyamatosan kapcsolatban állnia és párbeszédet folytatnia a kórházban tevékenykedőkkel, a hierarchia valamennyi szintjén, hogy észrevételeit ennek megfelelően fogalmazza meg, s azzal a kórházi rendszer működését segítse. A kórházi lelkigondozó éppen úgy a gyógyító team tagja, mint az orvosok és a nővérek, s amint a lelkigondozónak az egészségügyi dolgozók szakmai tudására és véleményére, úgy az egészségügyi dolgozóknak a lelkigondozó szakmai tudására és véleményére is szüksége van a beteggyógyításban, interdiszciplináris együttműködésben. Klessmann felsorolása szerint a korábbiakhoz képest következő új feladatkörök tartoznak a kórházi lelkigondozáshoz: kapcsolattartás a kórház vezetőségével, valamint gyülekezeti, egyházi közösségekkel, önkéntesek bevonása a szolgálatba, végül szereplés a nyilvánosság előtt az emberi élet, a betegség, a halál témái kapcsán.[448] A betegek és a munkatársak lelkigondozása, és az intézményben és azon kívül a teológiai szemlélet közvetítése mellett tehát Klessmannál hangsúlyossá válik az egyházi közösségekkel való kapcsolattartás is. A gyülekezetekben a lelkigondozás valamennyi keresztyén embernek feladata, abban az értelemben, hogy egy közösségben észre kell venni a másik ember szenvedését, és az erősnek támogatnia kell az

[445] Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 9. o.
[446] Klessmann: Gibt es eine prophetische Dimension in der Seelsorge im Krankenhaus? 129-131. o.
[447] A lelkigondozásról Klessmann úgy beszél, mint ami nem csupán „Krankenseelsorge", hanem „Kranken*haus*seelsorge".
[448] Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 10. o.

erőtlent.[449] A posztmodern világban a társadalomra jellemző az anonimitás, az emberek elidegenednek egymástól, s sokszor azt sem tudják, hogy a szomszédjuk megbetegedett és kórházba került. A keresztyén közösségeknek kiemelt megbízatása tehát, hogy embertársaik iránt szolidárisak legyenek, a bajban a másikat észrevegyék, melléálljanak. Az ilyen spontán látogatások vagy szervezett gyülekezeti beteglátogató csoportok a professzionális kórházi lelkigondozó munkáját segíthetik, s ebből az együttműködésből nem csupán a szenvedők profitálnak, hanem az egyházi közösség és a kórházi lelkigondozói szolgálat kapcsolata is megerősödik.

Ezért tarjuk kiemleten fontosnak rendszerszemléletű vizsgálódásunk során a lelkigondozó-kórházlelkészek számára a „hálózat kialakítási kompetenciát"[450], hogy a lelkigondozó képes legyen embereket emberekkel összehozni, különféle szervezeteket különféle intézményekkel összekapcsolni, illetve fenntartani a kapcsolatot önmaga és az egyházi rendszer, önmaga és kollégái, önmaga és privát szociális hálózata között. Ezen túl *Doris Nauer* a „nyilvánossági- és társadalompolitikai kompetenciáról" is szól.[451] A lelkigondozót egyháza reprezentánsának tartja, akinek feladata, hogy az egyházon kívülieknek is tolmácsolja Isten szavát, a nyilvános médiában – televízióban, rádióban, interneten – megszólaljon, publikáljon. Ez a látásmód megköveteli a kitekintést a lelkigondozótól, feladatai tehát nem csupán az egészségügyi intézmény falain belül, hanem azon kívül is megjelennek. A lelkigondozó-kórházlelkész határszerepe kerül elénk ismét, mely szerint jelen kell lennie a társadalom rendszerében, s annak alrendszereiben, többek között a kórház és az egyház intézményében.

A lelkigondozás szociális és politikai megbízatását *Christoph Schneider-Harpprecht* is hangsúlyozza.[452] Tézise szerint a lelkigondozás mint rendszerszemléletű gyakorlat, részt vesz az egyének, csoportok, gyülekezetek és közösségek szociális kapcsolatainak formálásában, a mikro-, mezo-, és makrorendszerek fejlődésében a hétköznapokban éppen úgy, mint a krízisszituációkban. A lelkigondozói folyamat a kísérés, a tanácsadás és az együttműködés során nemcsak az egyént, hanem annak környezetét is alakítja.[453] A rendszerszemléletű lelkigondozásban a cura animarum specialis összekapcsolódik a cura animarum generalis-szal,[454] s ezzel speciális módon visszatér a szociális és politikai világ felelősségteljes

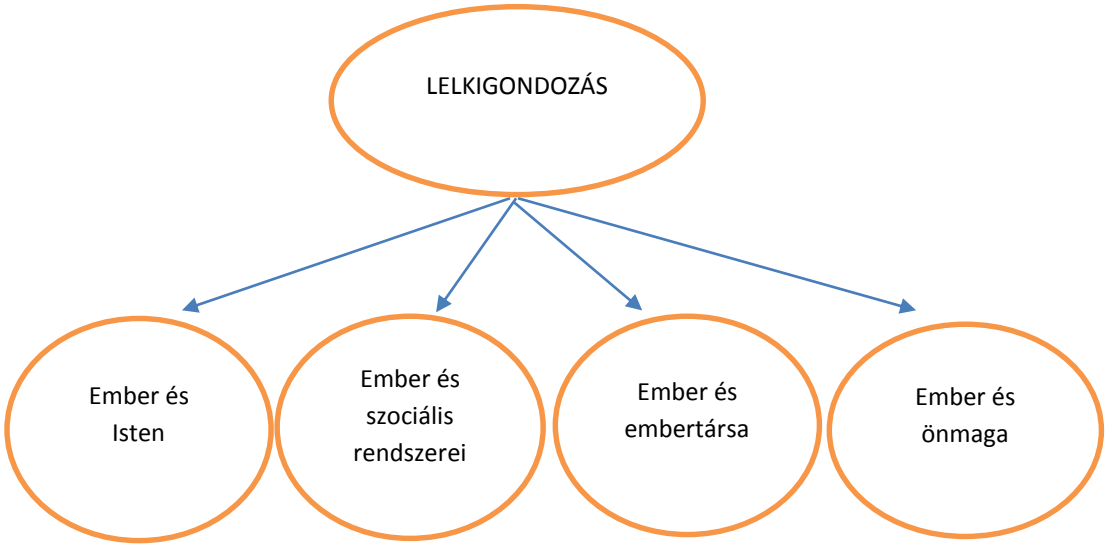
[449] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 401. o.
[450] Nauer: Seelsorge, 270. o.
[451] Uo. 273. o.
[452] Schneider-Harpprecht: Seelsorge als systemischer Praxis, 427-443. o.
[453] Uo. 429.o.
[454] Vö. Jakab Sándor: Beziehungen erleben. Aspekte menschlicher Beziehungen aus der Sicht heilender systemischer Poimenik für Gemeindeseelsorge, Spezialseelsorge und Diakonie, LIT Verlag, Berlin, 2003.

alakításához. A lelkigondozásnak szociális és politikai megbízatásában is több szempontból kell látnia az adott problémát. Nem azonosulhat kizárólag és reflektálás nélkül az adott szociális rendszer értékeivel és normáival, mert ebben az esetben megszakítaná a lelkigondozói folyamatot, elveszítené a bizalmat. De nem azonosulhat kizárólag páciensével sem, mert annak kívánságaival szolidaritásban állva elveszíti azt a lehetőséget, hogy az adott problémából egy újfajta kitekintést adhasson. Mindkét oldalt szem előtt kell tartania, cirkuláris kérdésfeltevéssel a lelkigondozott előtt is új perspektívákat nyitva. A rendszerszemléletű lelkigondozás az emberre úgy tekint, mint akit Isten megigazított, kegyelemből elfogad, és feltétel nélkül szeret, s ezzel a speciális tartalommal a páciens mellett állva a szociális kapcsolatok kiegyensúlyozottságát célozza meg, hangsúlyozva a részvételt a közösségben. Különböző szociális kapcsolati rendszerben élő embereket a szociális élet különféle talaján képessé tesz arra, hogy megfelelően alakítsák szociális kapcsolataikat a hétköznapokban és a konfliktushelyzetekben egyaránt. Így jön létre a rendszerszemléletű lelkigondozás szociális és politikai megbízatása.

A rendszerszemléletű lelkigondozás feladata, hogy a lelkigondozott szociális kapcsolati hálóját figyelembe véve segítse a kommunikációt ember és Isten, ember és szociális rendszerei, ember és embertársa, illetve ember és önmaga között.[455] *Hézser Gábor* a kórházi lelkigondozást a kórházi pasztoráció kifejezéssel helyettesíti, kiszélesítve ezzel a szolgálat feladatkörét.[456] A rendszerszemléletű kórházi lelkigondozás funkcióját az ember különféle kapcsolatainak életre hívásában és gondozásában, a megbékéltetés szolgálatában jelöli meg. Négy kapcsolati szintről beszél, az Istennel való kapcsolatról, vagyis egy transzcendentális síkról, az embernek önmagával való kapcsolatát illetően, vagyis egy intrapszichikus síkról, az emberek közti kapcsolatra tekintve egy interperszonális síkról, végül az egymásra utalt közösségek kapcsolatára gondolva, egy strukturális síkról.[457] Ezek a kapcsolati szintek azonban nemcsak a lelkigondozott, hanem a lelkigondozó életében is jelen vannak és figyelmet érdemelnek. Miközben a lelkigondozó a lelkigondozott kapcsolataira figyel, önmaga kapcsolataira is figyelnie kell. Nauer ezt nevezi „öngondoskodás-kompetenciának”,[458] hangsúlyozva, hogy az a lelkigondozó, aki önmagával nincs rendben, aki önmagát nem szereti, másokkal sem tud megfelelően foglalkozni, másokat sem tud Isten szeretetével szeretni.

---

[455] Vö. Piper: Meghívás beszélgetésre, 19. o.
[456] Hézser: Miért? 60. o.
[457] Uo. 60. o.
[458] Nauer: Seelsorge, 264-267. o.



13. ábra: A rendszerszemléletű lelkigondozás szociális kapcsolati hálója

Christoph Morgenthaler szerint a rendszerszemléletű lelkigondozásnak két súlypontja van: „az egyes ember a maga kapcsolataival és az emberi kapcsolatok hálózata a benne résztvevő egyes emberrel.”[459] A lelkigondozó tehát a lelkigondozottat mindenekelőtt családi rendszerében szemléli, majd mindazoknak a rendszereknek és alrendszereknek a hálózatában, amelyekhez kapcsolódik a társadalom rendszerén belül, mint pl. egy egyházi közösség rendszere vagy éppen maga a kórház intézményrendszere. Kórházlelkészként a lelkigondozói kapcsolatba saját személyén keresztül saját kapcsolati hálóját is beviszi: elsősorban családi rendszerét, illetve az egyházi és a kórházi rendszerben elfoglalt helyét.

Összefoglalva a korábbiakat, láttuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészeknek *egyrészt a kórház rendszerére* kell figyelemmel lennie. Megállapítottuk, hogy a 21. század elején, az egészségügyi reform folyamán Európa-szerte sokféle változáson mentek át, s igen szigorú gazdasági előírások és célok szerint működnek az egészségügyi intézmények.[460] Komplex struktúrákban kell megtalálni a lelkigondozás helyét, sokszor egészen különböző módon. A lelkigondozó-kórházlelkésznek mindehhez szüksége van a „rendszer-kompetenciára”, [461] vagyis arra, hogy komplex rendszerekben képes legyen eligazodni, felismerni az azokban

[459] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 11. o.
[460] Vö. Haart: i. m. 40-41. o.
[461] Nauer: Seelsorge, 268. o.

működő struktúrákat és hierarchiákat, különböző csoportosulásokat. Mindig szem előtt kell tartania azt is, hogy az adott kórházi rendszerben milyen koalíciók és alianszok működnek, milyen az érdeklődés a lelkigondozói szolgálatot tekintve.[462] Az eligazodásban segíthet, ha a következő kérdésekre keressük a választ: „Hogyan néz ki a kórház rendszere? Milyen a szervezeti felépítése? Mely területek a legfontosabbak az adott kórházban? Hol és ki támogatja a lelkigondozást? Hol van még szükség kapcsolat kiépítésére vagy felülvizsgálására? Milyen elvárások adódnak a várható fejlődések folyamán? Jelenleg mit vár el a vezetőség és a dolgozók a lelkigondozástól? Milyen magas a haldoklók száma összességében a kórházban és egy-egy részlegen? Az adott területen mennyire természetes a lelkigondozás jelenléte?" [463] A lelkigondozó akkor lesz strukturálisan kompetens személy, ha a rendszerben megfelelően tud egyensúlyozni az integráció és a distancia között, illetve a lojalitás és a kritikus hozzáállás között.[464] A kórház rendszerébe integrálódik, de az egyház küldötteként mégis egy bizonyos távolságból figyeli azt, lojális az adott rendszerhez, elfogadja annak kereteit és struktúráját, mégis kritikát gyakorol annak hibái felett, mindig szót emelve azokért, akik valamilyen oknál fogva a rendszertől szenvednek.

A kórházi lelkigondozás *másrészt az egyház rendszeréhez* kapcsolódik, az egyház szolgálata az emberek között. Mégis sok egyháztag számára kérdéses a szolgálat fontossága és értéke, s a lelkigondozó-kórházlelkészek számára nem egyszerű az egyház, a gyülekezet és a kórházi lelkigondozás kibékítése egymással. [465] Azon is gondolkodni kell tehát, hogy a kórházi lelkigondozás hol és hogyan kapcsolódhat a gyülekezetekhez, milyen lehetőségek adódhatnak a helyi struktúrákat figyelembe véve. A következő kérdések segíthetnek ennek átgondolásában: Milyen a kapcsolat és az összeköttetés a helyi gyülekezettel? Milyen kapcsolatokat lehetne kiépíteni? Hol és hogyan van része a kórházi lelkigondozásnak a gyülekezetek életében, bizottságokban, tagságokban, konferenciákon? Hol és milyen módon jelenik meg a kórházi lelkigondozás a gyülekezeti sajtóban, újságban, internet oldalon?[466]

A kórházi lelkigondozás funkcióit véleményünk szerint *Hézser* felosztása foglalja össze legtalálóbban. Négy funkciót nevez meg a kórházi pasztorizációban: a teológiai elméletalkotó funkciót, a pásztori funkciót, az individuális lelkigondozói funkciót, és a liturgikus-homiletikus

[462] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 29. o.
[463] Uo. 30. o.
[464] Nauer: Seelsorge, 269. o.
[465] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 30. o. Vö. A dolgozat 2.6. fejezetében lévő interjúelemzésekkel, a MRE lelkigondozó-kórházlelkészeinek vallomásaival.
[466] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 31. o.

funkciót.[467] A teológiai elméletalkotó funkció alatt az intézmény teológiai tájékoztatását érti, az egészség, betegség, gyógyítás, gyógyító intézmény és ezekkel kapcsolatos fogalmak és témák teológiai értelmezését, s a lelkigondozó megfelelő elméleti teológiai és interdiszciplináris kompetenciáját. Pásztori funkció alatt azt érti, hogy a kórházi lelkigondozó a közösségtől izolálódott beteg közösségeire, kapcsolatainak fenntartására és ápolására figyelmet fordít, a kórház mint intézményi közösség kapcsán is figyelembe veszi a gyülekezeti elvet, valamint a kórház és az egyház kapcsolatát gondozza. Individuális lelkigondozói funkciójának betöltésével a lelkigondozó a szenvedés és a krízis elhordozásában segíti és vigasztalja a szenvedőt, megfelelő önismerettel, kapcsolatteremtési és kommunikációs készséggel, valamint teológiai kompetenciával. A liturgikus-homiletikus funkcióban pedig megjelennek a kórházi rítusok mellett az egyházi rítusok, s a betegekkel folytatott szimbolikus kommunikáció, valamint áhítatok és istentiszteletek tartása.

A továbbiakban e megfontolás mentén haladunk, és részletesen tárgyaljuk a kórházi lelkigondozás, mint az egyházi és a kórházi rendszer határán működő szolgálat funkcióit és lehetőségeit elsősorban a magyarországi helyzetre tekintve. A rendszerszemléletű kórházi lelkigondozás feladatait a lelkigondozói, a liturgikus-homiletikai, a teológiai elméletalkotó és a hosszabb távú pásztori funkcióban részletezzük, különös hangsúllyal szólva az egyházi közösségbe delegálás feladatáról, az ekkléziológiai funkcióról.

3.3. Lelkigondozói funkció

A rendszerszemléletű kórházi lelkigondozás első funkciójaként az individuális lelkigondozói funkciót tárgyalom részletesebben. Kérdőíves felmérésünk szerint ma Magyarországon a református lelkigondozó-kórházlelkészek elsődleges feladatuknak a betegek lelkigondozását tartják.[468] A betegségben szenvedők lelkigondozása mellett a hozzátartozók és a munkatársak lelkigondozása is teret kaphat, de erre nincs minden intézményben igény, illetve lehetőség, vagy a kórház vezetőségének, munkatársainak hozzáállása, vagy a lelkészi szolgálat időbeli meghatározottsága, korlátozottsága miatt. A lelkigondozói funkció alapvetően az ember kapcsolataira irányul, az embernek Istennel, önmagával, embertársával és közösségeivel való viszonyára, megbékélésére.[469] Transzcendentális síkon, az ember és Isten kapcsolatát segíti, a

[467] Hézser: Miért? 60-65. o.
[468] A MRE lelkigondozó-kórházlelkészei között végzett kérdőíves felmérésről részletesen szólunk a dolgozat 2.5. fejezetében
[469] Vö. Piper: Meghívás beszélgetésre, 19. o.

személyes hitet, a szenvedésben vagy a szenvedés láttán felmerülő, Isten felé irányuló kérdések megfogalmazását és válaszok keresését, a nyomorult ember Istenre találását. Intrapszichikus síkon az embernek önmagával való kapcsolatát támogatja, a megváltozott helyzetben az önelfogadást, az új életúton az új lehetőségek felismerését, esetenként az életet továbbvivő szabályok felállítását. Interperszonális síkon az ember és embertársa kapcsolatát ápolja, megszakadt kapcsolatok újragondolásában, gyászfeldolgozásban, elfogadásban és megbékélésben segít. Végül strukturális síkon az egymásra utalt közösségi egységek kapcsolatában, úgy, mint családi, kórtermi, gyülekezeti, osztályos, nővéri vagy éppen orvosi közösségekben és adott esetben ezek kapcsolatában munkálja a békességet.[470]

A kórházi lelkigondozás az emberre mindig a maga egész voltában figyel: a testi funkciókra és diszfunkciókra, arra, hogy az ember intellektuálisan és emocionálisan hogyan fogja fel és hogyan éli meg érzelmeiben a betegséget. Figyel a spiritualitásra, a személyes hitre, az istenképre, a bűnre és az értelemre irányuló kérdésekre, végül az ember szociális kapcsolataira, izolációjára, gazdasági szituációjára.[471]

3.3.1. Betegek lelkigondozása

Közösségben lenni az ember – és különösen a beteg ember – alapvető igénye.[472] Közösségben Istennel és közösségben egymással. Az Istennel való közösség az Őstörténetekben a Teremtő és a teremtmény közössége. A teremtő Isten és a teremtett ember kapcsolata az Éden-kertben egészen addig zavartalan, míg az ember képes uralkodni az ajtaja előtt leselkedő, rávágyódó bűn felett. A vágy, hogy olyan legyek, mint Isten, jónak és rossznak meghatározója és tudója, visz az engedetlenség felé, és rontja meg Isten és ember közösségét. (1Móz 3) Bár az özönvíz után Isten szövetséget köt az emberrel, a teremtmény képtelen hosszú távon a hűségre. Az ember minduntalan vét az Istennel kötött szövetség ellen, ugyanakkor minduntalan vágyódik arra, hogy Istennel szövetségben éljen. Ahogy Barth fogalmaz: „Bűnösnek lenni azt jelenti: letérni egy útról, mely azonban azért, mert valaki letér róla, továbbra is az ember kijelölt útja marad, akinek más útja nincs.”[473] A hűséges Isten és a hűtlen ember történetében a próféták jövendölése, majd az evangéliumok leírása alapján fordulat áll be, Isten Jézus Krisztusban új szövetséget köt az emberrel. „Az Ember Jézusban megváltója és megmentője van, s ez

[470] Hézser: Miért? 60. o.
[471] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 76-77. o.
[472] Faber: Seelsorge am kranken Menschen, 28. o.
[473] Barth, Karl: Ember és embertárs, Európa Könyvkiadó, Budapest, 1990. 18. o.

bizonyság arról, hogy nem szűnt meg az ember, Jézus mellé rendelt lény lenni."[474] Az Újszövetség a *koinónia* szót használja, mely Krisztus általi közösséget jelent Istennel, és a hozzá tartozó keresztyén emberekkel. Közösségben lenni egymással azt jelenti, hogy az eukharisztiában Krisztussal és egymással részesedünk. A tanítványok és a megkeresztelkedett hívők ezt a koinóniát a gyülekezetben élték meg, ahol „kitartóan részt vettek az apostoli tanításban, a közösségben, a kenyér megtörésében, s az imádkozásban." (ApCsel 3,42) Örömmel és tiszta szívvel tartoztak ehhez a közösséghez, mely erőforrást jelentett számukra a nehéz időkben.

Amikor egy beteg ember kórházba kerül, magányosnak és elhagyatottnak érzi magát, az embertársi közösséget hiányolja. „Nem jó az embernek egyedül lenni." (Gen 2,18) A szenvedő kiszolgáltatott és védtelen a betegséggel szemben – ahogy *Piper* fogalmazza – nem ő birtokolja a betegségét, hanem a betegség birtokolja őt.[475] Rendkívül nagy a beteg ember belső lelki igénye arra, hogy valaki könyörüljön rajta abban a megváltozott és bizonytalan helyzetben, amit a betegsége okoz számára.[476] Tudata beszűkül, többnyire egyoldalúan csak a betegségére fókuszál, annak miértjeit keresi, és önmagát, embertársait és közösségeit is szenvedésén keresztül látja, szenvedéséhez méri. Az egészségügyi rendszerben idegennek érzi magát, míg testi panaszaival foglalkoznak az orvosok és a nővérek, lelki panaszaival magára marad, és vágyik arra, hogy ne legyen egyedül, valaki meghallgassa őt. Nem könnyű elfogadni, hogy a betegség az emberi élet része, az ember végességének és mulandóságának jele.[477] A betegségben eltöltött napok tehát a szenvedő ember számára különleges időt, a lelkigondozás számára pedig különleges feladatot jelentenek. Ezért fontos hangsúlyozni, hogy mást jelent a gyülekezeti lelkész látogatása egy beteg gyülekezeti tagnál, és mást a speciálisan kórházi lelkigondozással foglalkozó, professzionálisan felkészített lelkész szolgálata.[478] E megkülönböztetést azért emeljük ki, mert bár egyértelmű, számunkra a rendszerszemléletű lelkigondozás szemszögéből különösen fontos. A gyülekezeti lelkész saját gyülekezeti tagját látogatja meg, akinek életét valószínűleg hosszabb ideje nyomon követi, ismeri a családi hátterét, szociális helyzetét, élettörténetét és azon belül betegségének történetét. A lelkigondozó-kórházlelkész egy ismeretlen szenvedő emberrel találkozik, betegségének

[474] Uo.
[475] Piper, Hans-Christoph: Krankenhausseelsorge heute, Berliner Hefte 51, Konsistorium der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg, 1985. 8-11.o. pastoralklinikum.de, letöltés ideje: 2014.12.01.
[476] Uo. 14-18. o.
[477] Ziemer: Seelsorgelehre, 269. o.
[478] Korábban Heije Faber is hangsúlyozza a gyülekezeti lelkész látogatásának és a főállású kórházlelkész lelkigondozói szolgálatának különbségét, Seelsorge am kranken Menschen, Gütersloh, 1969. c. munkájában

történetét, diagnózisát ismerheti a betegdokumentációból, a családi körülményekről pedig megtudhat valamit a beteg elbeszéléséből. A beszélgetések száma azonban egy-két alkalomra korlátozódik, s ennyi idő alatt nincs alkalma bővebben megismerni a beteg más szociális rendszereit. Míg a gyülekezeti lelkésznek lehetősége van az egész családdal foglalkozni a beteg lelkigondozása kapcsán, a lelkigondozó-kórházlelkész ezzel szemben többnyire csak a pácienssel találkozik. A gyülekezeti lelkész jobban átláthatja a beteg ember körülményeit, szemlélheti egy másik családtag szemszögéből is az eseményeket és a beteget, a kapcsolati hálót esetenként mélyebben és pontosabban feltárhatja, mint a kórházlelkész. A lelkigondozó-kórházlelkész számára viszont a családi rendszerből kiemelt, krízisben lévő emberrel beszélgetve, a betegágy mellett előkerülhetnek olyan spirituális kérdések, problémák, melyekről otthonában a beteg nem beszél. Kérdés, hogy családtagok híján nem kérdőjeleződik-e meg a lelkigondozói beszélgetés rendszerszemléletű orientációja. A lelkigondozó-kórházlelkész feltérképezheti a páciens kapcsolati és szociális rendszereit, megközelítheti a problémát és folytathatja a lelkigondozói beszélgetést rendszerszemlélettel, cirkuláris kérdésfeltevésekkel, de családtagok bevonására ritkán adatik lehetősége. Lelkigondozása rendszerszemléletű abból a szempontból, hogy a kérdést nem individuális problémaként kezeli, hanem a család dinamikus mezőjében szemléli.[479]

A beteg ember külső és belső szituációjának ismerete minden lelkigondozói munka alapvető feltétele. A kórházi tartózkodás idejére a beteg szükségszerűen elhagyja addigi szociális környezetét, családi rendszerét. A kórház rendszerében el kell fogadnia egy egészen új, idegen struktúrát. Miközben megszokott közösségeiből kikerül, embertársaitól izolálódik, más kapcsolatokra kell nyitottá válnia. Különféle szociális alrendszerek szereplőivel, orvosokkal, nővérekkel és betegtársaival való kapcsolatán kell dolgoznia, melyben segítségére lehet a lelkigondozó.[480] Akik addig életének nap, mint nap meghatározói voltak, a betegség idejére csupán látogatóként jelennek meg, szerepük többnyire marginálissá válik. Az interperszonális kapcsolatokban a szenvedés mentén változás állhat be. Egyes kapcsolatok szorosabbá, más kapcsolatok lazábbá válhatnak. A beteg a krízisben sokszor újragondolja és újraértékeli közösségeit, emberi kapcsolatait, önmagát. A mindennapi kapcsolatokból kilépve, embertársi viszonyokat egy bizonyos távolságból szemlélve kibontakozhatnak új meglátások, születhetnek

[479] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 252. o.
[480] Vö. Faber: Seelsorge am kranken Menschen, 28-30. o.

új elhatározások, melyek a továbbiakra nézve a beteg szociális rendszereiben változást hozhatnak.

De megváltozhat a transzcendenssel való kapcsolat is a betegség, illetve a kórházi tartózkodás idején. A szenvedés nem csupán ember és embertársa, hanem ember és Isten közösségében is hozhat új fordulatot. A lelkigondozó feladata, hogy segítsen az Istennel való kapcsolatban fennálló problémák helyreállításában. A beteg elmesélve Istennel kapcsolatos élményeit vagy annak hiányát, szembenézhet saját vallásosságával, rendezetlen élethelyzeteivel, Istenben való csalódásával vagy haragjával. A betegség okozta krízis Isten elé állíthat, nem csupán szomatikus – amit a beteg természetszerűen kíván –, hanem pneumatikus gyógyulásért.

A lelkigondozói találkozásban *Klaus Winkler* szerint a kórházlelkésznek a következőkre kell felkészülnie: a lelkigondozott gondolatai többnyire a szenvedésre fixálódnak, a beteg az élet értelme felől kérdez, félelmei és tehetetlensége miatt alkalmanként agresszív, vagy a betegség infantilizálja őt.[481] A figyelem többnyire az individuum korlátozottságára, a kiszolgáltatottságra és a fájdalomra koncentrálódik. A kórházi tartózkodás idején továbbá sok esetben számolni kell a hospitalizáció problémájával is.[482] A kórházi rendszer annak ellenére, vagy éppen azért, mert idegen rendszerként van jelen a beteg ember életében, védelmet is jelenthet azok számára, akik gyenge szociális hálóval, vagy megromlott, zavarokkal küszködő családi rendszerben élnek. A magányos, elhagyatott, vagy krónikus betegségben szenvedő ember itt lelhet társra, közösségre, biztonságot jelenthet számára orvosa közelsége, társaságot a hasonló sorsúak jelenléte. A lelkigondozó-kórházlelkésznek ezekben a helyzetekben kell megértenie a páciens éppen megélt szituációját, és kitartania a betegágy mellett, időt adva saját magának, s időt adva lelkigondozottjának.

A beteg és a lelkigondozó beszélgetése alapvetően három egymásba fonódó téma köré csoportosul, a következő sorrendben: a betegség története, az élettörténet egy-egy szelete, és a hit, a vallás köré. A páciens általában élettörténetéből betegsége történetét veszi elő elsőként, részint azért, mert az adott rendszerben általában ezt várják tőle, és ezt már megszokta, részint pedig azért, mert a terápiák és a kezelések erre irányulnak, alapvetően nap, mint nap ez foglalkoztatja, s ez némi otthonosságot is ad neki. Élettörténete egyéb fejezeteit megosztani akkor kezdi, amikor megteremtődött a bizalom közte és a lelkigondozó között. „Valószínűleg sokszor és sokféleképpen elmesélte már, hogy mi történt vele élete során, de az elbeszélés

[481] Winkler, Klaus: Seelsorge, Walter de Gruyter, Berlin, New York, 2000. 472-489. o.
[482] Vö. Spitz, René Árpád: Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind Beziehungen im ersten Lebensjahr, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1974. 289-295. o.

menete mindig más és más, aszerint, hogy kinek, mikor és milyen szempontból meséli el azt."[483] *Siba Balázs* szerint „az élettörténet az identitás reprezentációja meghatározott szempontrendszer alapján. Benne van sok minden az egészből, de mégsem az egész, hanem annak a szelete."[484] Amikor a beteg életéről és betegségéről egy lelkigondozó-kórházlelkésszel beszélget, egészen más hangsúlyt kap mondanivalója, mint amikor egy orvossal, egy nővérrel vagy egy hozzátartozóval beszél. Mégis, az élettörténet elmesélésének minden alkalommal az a központi témája, hogy ki volt a beteg és kivé vált most, a szenvedésben, hogyan definiálja saját magát ebben az új helyzetben. Természetesen az élettörténet elmesélésének is van egy felszínes és egy mélyebbről fakadó formája. Befolyásolja a beszélgetés mélységét a beteg állapota, a beteg–lelkigondozó kapcsolat minősége, a beszélgetés körülményei.[485] Ha a beteg kész önmagáról beszélni, és érzi a lelkigondozó teljes odafordulását, akkor talán olyasmit fogalmaz meg, amit lelke legmélyén őrzött, de még soha nem mondott ki, sem önmaga, sem mások előtt. Előkerülhetnek ilyenkor identitás kérdések, a családon belül megromlott kapcsolatok, rosszul működő szabályok, kihasznált családtagok, megbetegítő rendszerek. A lelkigondozó – családtagok hiányában – annyiban vezetheti a beszélgetést rendszerszemléletű megközelítéssel, amennyiben a lelkigondozott kapcsolataira, rendszereire figyel és kérdez rá. A beszélgetés során a rendszerszemléletű lelkigondozói kapcsolatban a beteg és a lelkigondozó személyén keresztül találkoznak mindkettőjüknek családi rendszerei; a jelenlegi és a származási család kapcsán.[486] Találkozik az egyházi és a kórházi rendszer világa, a betegnek és a lelkigondozónak ezekben a rendszerekben elfoglalt aktuális helye. Végül megjelennek a társadalmi normák, az adott kultúra betegség- és egészségértelmezése, valamint a kórházi osztályok és az egészségügyi intézmény felett álló elméleti orvostudomány, a betegség, a kezelés és az ápolás szakmai ideálja és normái.[487] Különböző mértékben ugyan, de valamennyi tényező befolyásolhatja a lelkigondozói kapcsolatot, a beteg és a lelkigondozó viszonyát.

Az Istennel való kapcsolat, a személyes vallásosság, vagy a hitre jutás története a legmélyebb krízisben – saját szenvedés, egy szobatárs vagy hozzátartozó halála – vagy egy-egy istentiszteleti alkalom után kerül előtérbe. A szenvedés új dimenziókat nyithat meg, annak értelmét keresve, az emberi lélek olyan megtapasztalásokra, gondolatokra és változtatásokra

[483] Siba: i. m. 79. o.
[484] Uo.
[485] Kórtermi beszélgetés a szobatársak jelenlétében vagy lelkigondozói szobában négyszemközt, napközben az osztályos munka forgatagában vagy az esti elcsendesedésben, látogatókra várva, vagy azok elmenetele után, esetleg teljes magányban.
[486] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 61. o.
[487] Hézser: Miért? 57. o. 12. ábra

válhat nyitottá, amelyeket szenvedés nélkül nem fogalmazna meg sem Istennek, sem önmagának, sem embertársainak. „Ha tehát a szenvedés az emberi lét legfontosabb vonatkozásának, az Isten és az ember kapcsolatának a kiteljesedéséhez járulhat hozzá, akkor értelme van. De már akkor is, ha felveti az Isten-kérdést. Ennél némileg több, ha nyilvánvalóvá válik általa az ember Istenre-szorultsága, a legtöbb pedig, ha kipróbálttá, s így soha többé meg nem kérdőjelezhetővé teszi ezt a kapcsolatot. Nem kétséges, hogy a szenvedés értelmének kérdése az Isten-kérdésbe torkollik."[488] A szenvedésnek mindenkire érvényes, általánosan elfogadható értelmezése nincs. Mindenkinek saját élettörténete tükrében lehet értelmet találnia arra nézve, ami éppen vele történik. Az Isten-kérdés viszont előbb-utóbb előkerül a betegágy mellett, és az Isten-ember kapcsolatára nézve válaszok születhetnek. A lelkigondozói beszélgetés után vagy közben az igeolvasás, az imádság és az áldás egyértelmű kapaszkodója és erőforrása lehet az arra nyitott betegnek.[489] A rítusok és „a hit szimbólumai segítenek elmozdulni a soha nem látott teljesség irányába, hordozzák a teljesség előlegét, ezért mindig többletjelentést kölcsönöznek a már megélt létnek."[490]

A lelkigondozás célja a beteg ember megváltozott helyzetében az élettörténet rekonstrukciója lehet, Isten és ember közös történetének horizontján.[491] A lelkigondozó a beteg mellé állhat, de minden gyógyulás Istentől jön. A lelkigondozó a szenvedő elé állítja Krisztust,[492] és Krisztus elé állítja a szenvedőt. „Aki titeket hallgat, engem hallgat." (Lk 10,16) – mondja Jézus. Az evangélium felől nézve az ember másként tekinthet saját szenvedésére, vagyis Krisztussal megváltozik a vonatkoztatási rendszer, és más szemszögből látva a betegséget, születhetnek új értelmezések. Amikor Isten dinamikus valóságként megjelenik a beszélgetésekben, akkor nemcsak bekerül a rendszerbe, hanem ki is vezet abból.[493]

Érdemes azzal is foglalkoznunk, hogy a beteg hogyan fogadja a lelkigondozót. A MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel készített felmérés szerint, bár akad olyan beteg, aki elutasító, mégis többnyire igénylik és várják a lelkészeket.[494] A német gyakorlat azt mutatja, hogy a

---

[488] Németh Dávid: Pasztorálantropológia, Károli Gáspár Református Egyetem L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2012. 475. o.

[489] A beszélgetésben felmerülő témákhoz kapcsolódva egy-egy igéslap, szimbólum vagy elmondott történet, meghatározó útmutatás és lelki vezetés lehet a továbbiakra nézve, amit a szenvedő a nehezebb pillanatokban újra és újra elővehet, átgondolhat.

[490] Németh: Pasztorálantropológia, 463. o.

[491] Grözinger, Albrecht: Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte, in: Wege zum Menschen, 1986. 178kk

[492] Gestrich, Reinhold: Am Krankenbett. Seelsorge in der Klinik. Quell Verlag, Stuttgart, 1987. 23. o.

[493] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 269. o.

[494] Lásd a dolgozat 2.5.4. fejezetében a 11. kérdés elemzésénél.

betegek többnyire tudatában vannak annak, hogy a lelkigondozó is a gyógyító team tagja és a gyógyítási folyamat, a terápia része. Tudják, hogy az orvos a szomatikus problémákra fókuszál, a lelkigondozó pedig a lelki, spirituális kérdésekre.[495]

A beteg számára a lelkigondozó lehet egy olyan vallásos szimbólumfigura, aki az ember mulandóságában megtestesítheti Isten szeretetét, mely barátsággal fordul hozzá, és Jézus kísérését, aki együtt megy vele ezen az úton.[496]Nagy operációk előtt, kedvezőtlen prognózissal a betegen a nyugtalanság és a halálfélelem vesz erőt, s ebben a határhelyzetben a lelkigondozó a transzcendenssel való kapcsolat, az Isten megszólíthatóságának lehetőségét hozza elé. Az is lehet, hogy a beteg csalódott, megkeseredett, és elutasítja a lelkigondozót, érdemes azonban tudatosítani, hogy lelke legmélyén akkor is vágyik a megértésre. A betegség megzavarta addig megszokott életrendjét, lázad, s csak időre van szüksége ahhoz, hogy megpróbálja elhelyezni életének egészében mindazt, ami vele történt. Sokszor éppen ezekből a kapcsolatokból bontakozik ki a legmélyebb Isten-ember kapcsolat. Előfordulhat, hogy a beteg mély együttérzését mutat a lelkigondozó iránt, akinek a szenvedőkkel kell foglalkoznia. Ezekben az esetekben érdemes tisztában lenni azzal, hogy a beteg projektál, valójában saját szomorúságát vetíti ki a lelkigondozóra, depresszióra hajlamos, esetenként szuicid késztetései lehetnek, s érzi, hogy a lelkigondozó az a személy, akire rápakolhatja szomorúságát. A lelkigondozói kapcsolat megkönnyebbülést és vigasztalást hozhat, a beteg életének megzavart rendje a beszélgetések alatt rendeződhet, s visszanyerheti belső egyensúlyát.

Rendszerszemléletű vizsgálódásunkban ismételten hangsúlyoznunk kell, hogy a lelkigondozó figyelme nem korlátozódhat csupán a beteg emberre önmagában, hanem rendszerben, rendszerek találkozásában kell szemlélnie őt. Mindig tudatosítania kell magában, hogy amikor egy beteggel beszélget, újra és újra egy komplex családi szituációval találja szemben magát.[497]

A beteg gondolatait és érzéseit akkor fogja megérteni, ha ismeri ennek a családi rendszernek a mozgatórugóit, a megszokott szerepeket, kommunikációs formákat, hagyományokat, esetleg tabukat. *Morgenthaler* a családi rendszerben megjelenő diádokra; alianszokra, koalíciókra valamint triádokra hívja fel a figyelmet.[498] Az aliansz két családtag szoros kapcsolata, amely a rendszerben mindenki számára egyértelmű, és nem irányul senki más ellen. A koalíció többnyire egy titkos kapcsolat két családtag között, amelyben a tagok egy harmadik személy

[495] Gestrich: Am Krankenbett, 11. o.
[496] Uo. 12. o.
[497] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 57. o.
[498] Uo. 58-62. o.

ellen szövetkeznek. A triád három családtag szoros kapcsolata egy rendszerben, különböző hangsúlyokkal.[499] Egy családban tehát generációkon átívelő módon igen sokféle kapcsolat jelenhet meg, amely hatással van az egyes ember életére, kommunikációjára, konfliktuskezelésére, krízisfeldolgozására. A lelkigondozónak ebbe a rendszerbe kell belelátnia, hogy adott helyzetben, megfelelő módon segíthesse tovább páciensét.

A beteg saját családi rendszere mellett azonban más rendszerek is találkoznak a lelkigondozói kapcsolatban, melyekkel a beszélgetés folyamán számolni kell. A kórházi tartózkodás alatt a beteg a lelkésszel lelkigondozói kapcsolatba kerülve további rendszerekkel találkozik, többek között a kórház és az egyház rendszerével, és ezek alrendszereivel. Naponta kapcsolata van különféle szociális alrendszerek szereplőivel, az orvosokkal, ápolókkal, terapeutákkal, a kórházigazgatás alkalmazottaival, a lelkigondozóval, látogatókkal. A betegágy tehát nem csupán egyes emberek, hanem különféle rendszerek találkozásának helye.

Ezek a találkozások még nagyobb hangsúlyt kapnak, ha a beteg gyógyíthatatlan és haldoklik. Minél jobb az együttműködés a különböző szereplők és az alrendszerek között, annál megfelelőbb a haldokló beteg kísérése.[500] Haldokló betegek mellett új nyelvi rendszerrel találkozik a lelkigondozó. A halál közeledtével az élettől búcsúzók esetenként alig képesek már a kommunikációra vagy szimbolikus nyelvet használnak, képeik üzenetek. Némelyek arról beszélnek, hogy összepakolták már a bőröndöt, kezdődhet az utazás, vagy egy láthatatlan könyvet látnak az éjjeli szekrényen, amelynek az utolsó oldalához érkeztek.[501] Búcsúznak mindattól, ami életükhöz tartozott, mindazoktól, akiket szerettek. Van, aki azt kérdezi, hogy valóban meg kell-e halnia, van, aki pedig azt, hogy miért nem engedik elmenni, miért nem szabad meghalnia. Nem tudják pontosan, hogy mi vár rájuk, le kell győzniük félelmeiket. A haldokló készülődik, s mikor az elmenetelre elkészült, akkor a másik világba való átkísérésre vágyik, csendes jelenlétre, áldásra.

---

[499] A merev triádban az egyik elem mozgása a másik elem ellenmozgása miatt minden esetben blokkolódik. A triangulációban az apa, anya és a gyerek háromszögében az egyik szülő a másik szülő ellen a gyermeknél keres védelmet. A szülő-gyermek koalícióban a gyermek és az egyik szülő közötti konfliktusban a másik szülő a gyermek pártját fogja, s ezzel kettőjük koalíciója igen szorossá válik. A konfliktust elterelő kapcsolatban a gyermeket a szülők gonoszként definiálják, ami őket viszont arra kényszeríti, hogy összetartsanak. Ebben az esetben a gyermekkori magatartászavaroknak gyakran van házasságstabilizáló hatása. Végül az utolsó triád, amit Morgenthaler megemlít, a kerülőút védelme, melyben a szülők gyermeküket betegként definiálják, ezzel elkendőzve saját problémáikat. A közös gond összekapcsolja a szülőket. Uo. 58-59. o.

[500] Morgenthaler, Christoph: Sterben im Krankenhaus – systemische Aspekte, in: Wege zum Menschen, 2000. 413. o.

[501] Gesrtich, Reinhold: Gespräche mit Schwerkranken. Krisebewältigung durch das Pflegepersonal, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2006. 127. o.

A haldoklás folyamata tehát maga is egy problémarendszer, melyen belül nemcsak az ápolás, hanem a kommunikáció minősége is fontos. Míg az 1960-as években nem volt szokás elmondani a betegeknek a halálos diagnózist, a 21. század elején az orvosok nagy része közli ezt a beteggel és a hozzátartozókkal. Nyíltan beszélni és az igazságot elmondani a gyógyíthatatlan beteg állapotáról, több szempontból lényeges. A haldoklónak ugyanis joga van ahhoz, hogy ne csak az élete felől, hanem halála felől is gondolkodjék, kérdéseit ezzel kapcsolatban megfogalmazza, érzéseit kinyilvánítsa, s a halál folyamatát megértse. Így eldöntheti, hogy egyedül szeretne lenni vagy vágyik arra, hogy valaki mellette álljon, elbúcsúzhat szeretteitől, a számára fontos emberektől, felkészülhet arra, ami rá vár. A rendszerszemléletű lelkigondozás számára kiemelten fontos a beteg valamennyi családi dimenziójára odafigyelni. Családtagok, ex-családtagok, kívülállók, elfeledett barátok, ismerősök jelenhetnek meg ilyenkor, akiknek a búcsúzása, olykor a kapcsolatok rendezése a haldokló számára is nagy jelentőséggel bír. A haldokló számára ugyanis a legnehezebb szenvedés nem a fizikai fájdalom – hiszen ezt ma már a megfelelő eszközökkel lehet csillapítani – , hanem sokkal inkább lelki fájdalmaival kell megküzdenie. Morgenthaler a gyász és a fájdalom szisztémikus dimenziói kapcsán beszél az individuális, a diádokban érzett, a családi, a nyilvános és a kórházspecifikus fájdalomról.[502] A haldokló individuális fájdalma, hogy elveszíti vitalitását, mobilitását, fenyegetetté válik kreativitása, integritása éppen úgy, mint identitása. Ezek pedig hatással vannak önmeghatározására, és kapcsolatainak fenntartására. A diádokban érzett fájdalom a haldoklóhoz legközelebb álló családtag elvesztése miatti félelem, hiszen le kell mondaniuk a mindennapok biztonságot adó rutinjairól, szokásos kommunikációs lehetőségekről, intimitásról, szexualitásról. Az a világ, amit testben és lélekben együtt felépítettek, s amelyben egymás számára támaszt jelentettek, összedőlni látszik. A családi fájdalom a család egész rendszerére vonatkozik, melyben a haldokló primér kapcsolatait veszíti el, megtörnek a szövetségek és a koalíciók, fel kell adni bizonyos pozíciókat, szerepeket. A nyilvános fájdalom azokra a közösségekre vonatkozik, amelyeknek a haldokló tagja volt, pl. gyülekezeti közösségek, egyesületi tagságok, melyekben szerepe megszűnik, többé nem vehet részt. Végül a kórházspecifikus fájdalom mindaz, ami abból adódik, hogy a haldokló a kórházban van, mások ápolják, más rendszerhez kell alkalmazkodnia és ebben elveszti intimitását, integritását, nem tud önmaga felől szabadon dönteni. A haldokló számára tehát nem a halállal a legnehezebb megküzdeni, hanem a hozzá közel álló személyektől és a megszokott

[502] Morgenthaler: Sterben im Krankenhaus, 419-421. o.

élettől nehéz megválnia. Fájdalma mindenekelőtt egy kapcsolati fájdalom, amelyet hozzátartozói hozzá hasonlóan éreznek.[503] A lelkigondozónak abban lehet szerepe, hogy azokra a fájdalmakra és szükségletekre figyeljen, ami a haldoklók és hozzátartozóik kapcsolatában keletkeznek. Ebben az esetben ugyanis „a lelkigondozás egyedülálló szolgáltatás a kórház rendszerében, amely segíteni tud abban, hogy értelmezze és interpretálja azokat az eseményeket, amik megmagyarázhatatlanok és kezelhetetlenek, amely segíthet a történeteket tovább mesélni ott, ahol a betegek története megszakad.”[504] A lelkigondozás lehet az egyetlen kompetens elem a kórház rendszerében, amely ezt megteheti, hiszen önmaga is éppen úgy a határon áll – egyszerre a rendszeren kívül és belül, – mint a haldoklás maga, amivel az egészségorientált 21. századi medicina nem tud mit kezdeni. Ezért egyértelmű a haldoklás problémakörét a lelkigondozásnak delegálni, s a haldokló emberek mellé, akik maguk is a rendszer határán állnak, kompetens lelkigondozót hívni. A palliatív medicina része a kórház rendszerének, s talán az egyetlen terület, amelyben a magas színvonalú technikán és természettudományos kutatásokon orientálódó orvoslás saját határaihoz érve egyértelműen igényli a lelkigondozó-kórházlelkész jelenlétét, segítségét.[505]

Saját hazánkra vonatkoztatva a fentieket, meg kell jegyeznünk, hogy Magyarország történelmének elmúlt hatvan éve, s különösen a kommunista diktatúra ideje alatt felnőtt nemzedékekben sokszor társul ezekhez a magatartásmódokhoz egy meggyökeresedett és az emberi életekbe belenevelt hitetlenség, ateizmus, istentagadás, mely eleve elutasítja a lelkigondozót, a lelkészt, a papot és mindenfajta spiritualitást.[506] A hazánkban szolgálatot vállaló lelkigondozó-kórházlelkészeknek – annak ellenére, hogy jelenlétük egyre elfogadottabb a kórház rendszerében – erre is fel kell készülniük nemcsak a betegek, hanem az orvosok és az ápolók részéről is. Magyarországon még mindig számos olyan egészségügyi intézményről tudunk, amely a betegek vallásgyakorlási jogát ugyan kénytelen szem előtt tartani, de alapvetően nem enged a kórházba lelkigondozót.

A hazai gyakorlatban tehát a lelkigondozó-kórházlelkésznek mindenekelőtt meg kell küzdenie az elfogadottságért, mind az intézmény, mind a betegek körében. A beteg számára a lelkész akkor válik valóban lelkigondozóvá, amikor a lélek gondozásának hasznáról akár a kórházban,

---

[503] Uo. 421. o.
[504] Uo. 422. o.
[505] Vö. Charbonnier, Ralp: Seelsorge in der Palliativversorgung. Konzepzionelle, kommunikative und organisatorische Aspekte einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit, in: Wege zum Menschen, 2008. 512-528. o.
[506] Vö. Vandenhoeck: i. m. 492. o.

akár a gyülekezetben tapasztalatot szerzett. Ebben az esetben a beteg is azt élheti át, hogy szenvedésében a lelkigondozó valóban Isten szeretetét és Jézus kegyelmét hozza a Szentlélek közösségében. Így lehet a betegágy a kórházi és az egyházi rendszer találkozásának helye, mely rendszerekbe a lelkigondozói beszélgetés során bekapcsolódik a vallás rendszere, s erőforrásként jelenik meg a krízisben lévő számára a gondviselő Isten.

3.3.1.1. A beteg és a lelkigondozó-kórházlelkész kapcsolatának sajátosságai

A beteg és a lelkigondozó-kórházlelkész kontaktusa olyan sajátosságokat hordoz, amely lényegesen megkülönbözteti azt az egészségügyben szokásos minden egyéb kommunikációtól. A beteg ember az egészségügyi intézményben alapvetően kiszolgáltatott, vizsgálatról vizsgálatra küldik, s bár van joga megtagadni ezeket, figyelmeztetik rá, hogy saját érdekében azonban jobb, ha ezt nem teszi. Saját környezetéből kikerülve a beteg frusztrációt él meg ebben a kiszolgáltatottságban, és sok esetben infantilizálódik.[507] Az orvosnak, nővérnek számos adminisztratív feladata és a teljesítményfinanszírozás elvárásai miatt alig jut a betegre ideje, a páciens szomatikus problémáit sorolhatja, de spirituális kérdéseire nincs sem idő, sem tér. Az időhiány és a orvos és a beteg közötti kommunikációs problémák miatt sem az gyógyító, sem az ápoló személyzetnek nincs ideje hosszabb beszélgetésekre, a beteg lelki problémáinak, kérdéseinek meghallgatására.[508] Más fontos az orvosnak, és más fontos a betegnek, s általában azok a témák élveznek prioritást, amelyeket az orvos vet fel. Ezzel szemben az egészségügyi rendszerben megjelenő lelkigondozó mintha mindennek gyökeresen az ellenkezőjét kínálná a beteg számára, mely miatt egyrészt megütközést okoz, másrészt azonban olyan teret kínál, amit szívesen vesznek igénybe a szenvedők. A lelkigondozóval való kapcsolatban a beteg soha nem válhat kiszolgáltatottá, a beszélgetés ideje az igényektől és a lelkigondozó és a lelkigondozott közötti megállapodástól függ, a lelkigondozó teret enged a spiritualitásnak, beszélgetésében rendszerszemlélettel közelít, és egy transzcendentális dimenziót hoz a gyógyításba.

A lelkigondozói kapcsolatban tehát a beteg nem lehet kiszolgáltatott, mondhat nemet. Míg minden egyéb orvosi vizsgálatot ajánlatos elhordoznia annak minden kellemetlenségével és fájdalmával együtt, addig a lelkigondozóval való beszélgetésről dönthet szabadon, minden további következmény nélkül. Ez a szabadság legtöbbször azt eredményezi, hogy a beteg szívesen lép ebbe a kapcsolatba, mert eleve más, mint a többi, s így kínál valami olyat, amit a

---

[507] Faber: Seelsorge am kranken Menschen, 34-35. o.

[508] Piper, Hans-Christoph: Kranksein-Erleiden und Erleben, Erfahrungen von Krankenhausseelsorgern im Umgang mit Patienten, in: Joseph Mayer-Scheu / Rudolf Kautzky (Hg.): Vom Behandeln zum Heilen. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1980. 23-24. o.

többi nem. Ha a beteg igent mond a lehetőségre, a kapcsolat sajátossága a kórház rendszerében, hogy a lelkigondozó-kórházlelkésznek annyi ideje van a páciens számára, amennyi valóban szükséges. Nem kell sietni a mondanivalóval, nincs semmi súlyos következménye annak, ha a beteg valamit elfelejt. Bizonyosan van lehetőség arra, hogy a beteg több alkalommal találkozzon a lelkigondozóval kórházi tartózkodása alatt. Míg az orvossal való beszélgetésben a szomatikus problémákon van a hangsúly, addig a lelkigondozóval való kapcsolatban előjöhetnek az érzések, lelki fájdalmak, spirituális kérdések, emberi kapcsolatok. A lelkigondozó igyekszik rendszerben látni és láttatni a betegséget, nem egy valamire fixálódik, hanem nyit, és a nyitásban segít.

Mivel a lelkigondozó-kórházlelkész a kórház rendszerében egy olyan dimenziót képvisel, amit más nem, a gyógyulásban más módon, más oldalról nyújthat segítséget. A lelkigondozói kapcsolat alakulása a lelkigondozói beszélgetésben fontos szerepet játszik. Kezdetben a lelkigondozói kapcsolat kiépítésére, a bizalmi légkör megteremtésére kell figyelni, ennek megfelelően alakul a beszélgetés. „Ezt a lelkigondozó mindenekelőtt azzal érheti el, hogy teljes figyelmével megajándékozza a hozzá fordulót […] érzékelteti, hogy elfogadásra, szeretetre méltó embernek tartja őt, ezért nem kell szégyenkeznie hibái miatt. Mindezt a lelkigondozó nem megjátssza előtte, hanem az Isten szeretetével kapcsolatban szerzett személyes tapasztalatai alapján, őszintén így is gondolja.”[509] Már a kapcsolat elején, de a továbbiakban is nélkülözhetetlen a lelkigondozói beszélgetésben a másik ember feltétel nélküli elfogadása, az empátia, mely segít belépni a másik ember világába és megérteni őt, valamint a kongruencia, mely mögött személyes meggyőződés és őszinteség áll. Második, harmadik beszélgetés alkalmával, vagy hosszabb kísérés esetén, a kapcsolat fenntartása jelent feladatot, vagy jelentkezhetnek olyan zavarok a kommunikációban, melyek miatt a kapcsolat módosítására van szükség. Ezek a zavarok lehetnek felekezeti, vallási problémák, lehet a lelkigondozó érintettsége, feldolgozatlan problémáinak felszínre kerülése, valamilyen oknál fogva a lelkigondozott bizalomvesztése, vagy egyéb külső okok. Ilyenkor a kapcsolat módosítását, esetleg lezárását kell szem előtt tartani. Egy lelkigondozói folyamat befejezéséhez közeledve a kapcsolat fokozatos leépítésére van szükség, visszavonulásra, elbúcsúzásra.

A vallás szerepe az egészségben, a betegségek hordozásában és a betegségekből való felgyógyulásban számos vizsgálat tárgya az 1980-as évektől kezdődően, először az Amerikai Egyesült Államokban. A kutatások és felmérések pro- és kontra hoznak eredményeket,

[509] Németh: Pasztorálantropológia, 464. o.

természetesen szerepet játszik mindebben az is, hogy ki, hol és kikkel készíti a vizsgálatot, és a felmérést végzőnek valójában mi a célja ezzel. Nyilvánvalóak azonban olyan objektív felmérések, reprezentatív minták, melyeknek eredményeit nem lehet figyelmen kívül hagyni. Ezzel kapcsolatosan az egyik legátfogóbb munka *Harold G. Koenig* és munkatársainak hosszú éveken át tartó kutatása és annak eredményei a vallás és az egészség kapcsolatáról, a vallásnak a lelki egészségre gyakorolt hatásáról.[510] Az Amerikai Egyesült Államokban megkérdeztek 3851 65 évnél idősebb beteget, és azt az eredményt kapták, hogy az egyéni hitéleti tevékenységet folytatók tovább élnek, mint azok, akik nem gyakorolják ilyen módon a vallásukat.[511] A rendszeres lelki életet élők között, – akik hitüket nap, mint nap megélik, közösségben gyakorolják – 40%-kal kisebb arányban fordul elő a magas vérnyomás, mint a nem vallásgyakorlók körében.[512] A vallás immunrendszerre való hatását vizsgálták egy következő felmérésben, 1700 65 évnél idősebb beteget kérdeztek meg.[513] Azt találták, hogy az immunrendszer működésére jelentősen pozitív hatással van a hit gyakorlása és közösségi megélése. Azt is megkérdezték a betegektől, hogy mi segít nekik abban, hogy elviseljék a betegséget, milyen erőforrással rendelkeznek. A kórházban fekvő betegek 40%-a a vallásgyakorlatot, az Istenbe vetett hitet jelölte meg.

A felmérések értékelése kapcsán sok mindent el lehet mondani, nyilván ahányan értékelik, annyiféle hozzászólás, kritika érheti ezeket. Az azonban tagadhatatlan, hogy az Istenbe vetett hit, a belső meggyőződés és ennek külső formában, közösségekben, gyülekezetekben megélt formája jelentős segítség az embernek betegsége elhordozásában, a gyógyulásban és az egészség megőrzésében. Ezt nem hagyhatja figyelmen kívül egyetlen társadalmi rendszer vagy egészségügyi alrendszer sem. A betegek gyógyulása és a gyógyítás hatékonysága miatt, ha másért nem, akkor már csak gazdasági megfontolásból is foglalkozni kell ezzel a kérdéssel valamennyi egészségügyi intézménynek, nemcsak az Amerikai Egyesült Államokban és Nyugat-Európában, hanem Magyarországon is.

Hasonló módon, mégis egy másik oldalról közelítik meg a vallás lelki egészségre gyakorolt hatását azok, akik az imádságot és a vallásgyakorlást, mint vallásos coping-ot, azaz a

---

[510] Koenig, Harold G. / King, Dana E. / Benner Carson, Verna (Ed.) : Handbook of Religion and Health, Oxford University Press, Oxford, New York 2012.

[511] Helm, Hughes M. / Hays, Judith C. / Flint, Elizabeth P. / Koenig, Harold G. / Blazer, Dan G. : Meghosszabbítja-e az egyéni hitéleti tevékenység a túlélést, in: Midling Andrea / Szombathy Mária (szerk.): Tanulmányok Fókuszban III. Mozaik III. Válogatott tanulmányok a kórházi betegek segítő szolgálatát végzők számára, Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány kiadványa, Budapest, 2005. 270. o.

[512] Koenig et al.: Handbook of Religion and Health, 340 - 361. o.

[513] Uo. 394 - 419. o.

krízishelyzetben segítséget nyújtó megoldási stratégiát elemzik.[514] A vallásos coping működése akkor hat pozitívan a szomatikus és lelki egészségre, ha beteg Istennel való kapcsolata nem csupán forma, hanem az élet minden helyzetében megélt valóság, kapaszkodó, erőforrás és útmutatás.

Az imádság hatása a betegségekből való felgyógyulásra szintén kutatások, felmérések tárgya. A beteg ember imádsága lehet mély és őszinte beszélgetés Istennel, lehet alkudozás, vagy egy utolsó esély az Istennek, ha van, és lehet vád, harag kifejezése. Az imádság ereje az őszinte, hitből fakadó szavakban van, a belső szobából felfakadó fohászokban, a megbocsátó lélek és az Istenre bízott élet békességében. Az imádság valójában a teremtett ember világából a Teremtő Isten világát hívja segítségül, s az ember ebben a párbeszédben mintegy az isteni rendszer részévé válik, miközben még e földi világhoz is tartozik. Az imádság a mennyekben lévő Atyához szól a földön lévő ember szívéből. Az imádságban Isten határtalan országának eljöveteléért imádkozik a saját határokkal küszködő világának jelenvalóságában szenvedő ember. Az imádság Isten túlvilágra irányuló akaratának elfogadására mutat készséget, az ember evilágra irányuló akaratával szemben. Az imádságban az ember a test eledeléért, a mindennapi kenyérért könyörög, és a lélek eledelét, a megbocsátást áhítja. Az imádság szabadulásért kiáltás a gonosz uralma alól az isteni hatalom uralmába. Az imádság annak bizonyossága, hogy bár e világon emberi hatalmasságok uralkodnak, végső soron Istené az ország, a hatalom és a dicsőség mindörökké. (Mt 6,9-13) A belső szobából, a lélek legmélyéről őszintén felfakadó imádság, mint Istennel való különös párbeszéd, Jézus Krisztus által Istennel való közösségbe emel a Szentlélek jelenlétében, s ilyen módon az emberi erőtlenség helyett isteni erő lép működésbe, mely újrarendezi az ember kapcsolatait önmagával, Istenével, felebarátjával, megélt szenvedéseivel, és a beteg rendszerben változást munkál.

3.3.2. Hozzátartozók lelkigondozása

A rendszerszemléletű kórházi lelkigondozás figyel a lelkigondozott páciens közösségeire, származási és jelenlegi családjára, hozzátartozóira is. Ezért a betegek lelkigondozását követően a hozzátartozók lelkigondozásáról is kell néhány szót szólni. A hozzátartozók jelentik a beteg ember környezetét, a családi hátteret, amelyből kiemelődött a kórházi tartózkodás idejére, s amelybe visszatér majd azután. A család betegségfelfogását és krízissel való megküzdési

[514] Cseri Péter: A vallásosság és az egészség kapcsolata. Az imádság szerepe az életminőség- és coping-kutatások tükrében, in: Embertárs. Ökumenikus Lelkigondozói és Mentálhigiénés Folyóirat, II. évf. 1. szám, 2004. 4-11. o. Lásd még: Horváth Szabó Katalin (Szerk.) : Valláspszichológiai tanulmányok, Akadémiai Kiadó Zrt. , Budapest, 2003.

stratégiáit hordozza maga a beteg is.[515] A hozzátartozók, ha más-más módon is, de a beteg emberrel együtt érintettek a betegség okozta krízisben, és a rendszerszemléletű lelkigondozásban valamilyen módon jelen kell lenniük.

Mint azt korábban bővebben kifejtettük, a családterápia csupán az 1950-es évek körül kezdett tért hódítani a pszichiátriai intézményekben. Addig a betegek a családtól izoláltan, egyéni terápiákon vettek részt. A betegekkel foglalkozó orvosok azonban rájöttek, hogy a beteg ember családja, környezete, kapcsolatai, és azoknak változása mind-mind befolyásolják a beteg állapotát, és ezért a terápiába be kell emelni mindezeket. „Az érintettek legtöbbször individualisztikusan határozzák meg a problémáikat: egy, a rendszert szem előtt tartó, empátiával és kommunikációs kompetenciával érvényesített kifejezési lehetőség már önmagában dinamikus átalakulást hozhat magával."[516] A rendszerszemléletű lelkigondozás a családra, mint rendszerre tekint, melyben különféle kapcsolatok, kommunikációs formák, krízisfeldolgozási stratégiák és szabályok működnek, s amennyiben a család egy tagjánál változás áll be, az kihat az egész rendszerre.

Morgenthaler felhívja a figyelmet arra, hogy a rendszerszemléletű lelkigondozásban meg kell tanulni az embereket kapcsolati rendszereikben látni.[517] Választ kell keresni arra, hogy vajon mit jelent a lelkigondozott számára – legyen az akár a beteg, akár a hozzátartozó – saját kapcsolati rendszerében élni, illetve mit jelent neki mint egyénnek különböző közösségek tagjaként jelen lenni. A hozzátartozó lelkigondozásánál kiderülhet, hogy milyen kapcsolatban van a beteg és a lelkigondozott családtag, és ez a kapcsolat hogyan hat a hozzátartozóra. A családi rendszeren belül kik között állnak fel diádok vagy triádok, hol figyelhető meg szoros kapcsolat, aliansz két családtag között, mely koalíciók állnak fenn és ezek melyik családtag ellen irányulnak.[518] Felfedezhetők-e a rendszerben hármas kapcsolatok, triádok, ha igen, ezeknek melyik formája, s hol áll ebben a hozzátartozó és hol foglal helyet a rendszerben a beteg? Hogyan definiálnak a családtagok egy-egy problémát a rendszerben, hogyan mesélnek el egy-egy szituációt? Milyen határvonalai vannak a rendszernek, ezeket ki állította fel, milyen a családi hierarchia? „Egy családi házban mely ajtók vannak nyitva és mely ajtókat kell zárva tartani? […] Milyen a rendszerben a verbális, nonverbális és paraverbális kommunikációs stílus, mi az, amiről lehet beszélni és mi az, amiről nem? Hogyan működik a kooperáció és

---

[515] Hézser Gábor: A hozzátartozók és az érintettek lelkigondozása, in: Michael Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, Debrecen, 2002. 164. o.
[516] Uo. 170. o.
[517] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 56-75. o.
[518] Uo. 58. o.

hogyan alakulnak a kapcsolatok? Hogyan viselkedik a rendszer krízisszituációban, hogyan kezelik a családtagok a konfliktusokat, milyen megküzdési stratégiák állnak rendelkezésre? Létezik-e a rendszerben bűnbakképzés, a különbözőségeket elbagatellizálják, vagy komolyan veszik? A család tagjai milyen mértékben ragadnak le a hiányoknál, illetve hogyan képesek használni erőforrásaikat? A családi élet mélyen a múltban gyökerezik, ahhoz mindenekfelett ragaszkodva, vagy képes a jövő felé is nyitni? A beszélgetések kimerülnek abban, hogy a családtagok felhozzák problémáikat, vagy a megoldásokon is gondolkodnak? Milyen lehetőségei vannak egy-egy családtagnak, illetve magának a rendszernek az alkalmazkodásra vagy a változtatásra?"[519] Ezekre a kérdésekre választ kapva érthetőbbek lesznek a beteg és a hozzátartozó közötti viselkedési és kommunikációs formák, a krízis feldolgozása és az abban való helytállás, az erőforrások mozgósítása vagy lebénulása. Ilyen módon a betegágy közelében napvilágra kerülhetnek különféle elméletek vagy generációkon átívelő tabutémák, a betegség és a halál értelmezése és megélése.

Hézser a hozzátartozókkal folytatott lelkigondozói munka következő megjelenési formáit említi: 1. Több családtaggal való beszélgetés. 2. A hozzátartozó jelenléte hiányában cirkuláris kérdésfeltevésekkel a családtag beemelése a beszélgetésbe. 3. Hozzátartozó beszélgetése orvossal és lelkigondozóval, diagnózisok közlésekor, pre- és posztoperatív időszakokban, hosszú kezelések alkalmával. 4. Hozzátartozókkal folytatott csoportos foglalkozás. 5. Önsegítő csoportok munkájának kísérése. 6. Hozzátartozók számára tartott liturgikus alkalmak.[520] Valamennyi forma a rendszerszemléletű lelkigondozás keretei közé tartozik, nem tévesztve szem elől azt a fontos tényt, hogy a beteg betegségének megélésében és gyógyulásában is családi rendszerébe tartozik és azáltal meghatározott.

Meglátásunk szerint a hozzátartozókkal folytatott beszélgetés a rendszerszemléletű lelkigondozás fontos építőköve, azonban jelen helyzetben a magyarországi kórházi osztályokon – a pszichiátriát és gyermekkórházakat kivéve – erre ritkán adatik lehetőség. A hozzátartozók látogatásai általában rövidek és kizárólag a betegre és kezelőorvosára koncentráltak. Ezekben a helyzetekben kevés esetben jelentkezik igény a lelkigondozásra, vagyis megállapíthatjuk, hogy a magyarországi lelkigondozó-kórházlelkésznek – a nyugat-európai vagy még inkább általában a gyülekezeti lelkigondozóval szemben – ritkán van alkalma a hozzátartozókkal való

[519] Uo. 64. o.
[520] Hézser: A hozzátartozók és az érintettek lelkigondozása, 171-173. o.

beszélgetésre.[521] Ahol mégis lehetősége van arra, hogy a hozzátartozóknak segítséget nyújthasson, az a haldokló beteg ágya, hiszen szerettük mellett esetenként hosszan virrasztanak a rokonok. A búcsúzás idején lehet szerepe a hozzátartozók lelkigondozásának, különösen akkor, ha a kórház intézményrendszere is igyekszik megteremteni a megfelelő körülményeket ehhez az intim eseményhez. A betegért és a családtagokért való imádságot, a feloldozást és az áldást megelőzheti vagy követheti lelkigondozói beszélgetés.

Ha a lelkigondozó-kórházlelkésznek alkalma nyílik arra, hogy a gyászfeldolgozásban részt vegyen, akkor rendszerszemlélettel közelítve a gyászhoz, a hozzátartozóját elveszített ember gyászának folyamatában nem csupán maga a gyász áll a középpontban, hanem az is, hogy a családban milyen normák és kommunikációs formák élnek a gyász kifejezésére. A gyász folyamatát a rendszerszemléletű lelkigondozás nem ok-okozati összefüggésben látja, hanem a kommunikációstruktúra részeként értelmezi. Rendszereiben kell megérteni a gyászoló embert, hogy megfelelő segítséget nyújthasson a lelkigondozó, s megértve a család kapcsolati rendszereinek struktúráit, változás jöhessen létre a feldolgozási stratégiákban. Jobban megérthető és precízebben látható, hogy hogyan fog viselkedni valaki a gyászban, ha rendszerben gondolkodunk az adott ember pozíciójáról.[522]

A gyermekosztályokon, a beteg gyermekek lelkigondozása adhat még alkalmat a rendszerszemléletű megközelítésre, ahol sok esetben a szülők mindketten, vagy legalább az egyikük jelen van, és segítségre is szorul. Ebben a helyzetben lehetőség nyílik a betegség lelki hátterének, különféle kapcsolatoknak és kommunikációs hibáknak a feltárására, és a rendszerben a változás elősegítésére, ami gyermekek esetében még hangsúlyosabb háttere lehet a gyógyításnak, mint felnőtt betegek kezelésénél. Beteg gyermek esetében gyakran kell gondolnia a rendszerszemléletű lelkigondozónak a családi rendszerben fennálló diád vagy triád egyik formájára, a szülő-gyermek koalícióra. Lehetséges, hogy az egyik szülő a beteg gyermekkel koalícióban állva szövetkezik a másik szülő ellen. A házaspár közötti konfliktus így elterelődik a koalíció és a másik szülő közötti konfliktusra. A probléma a beteg gyermek gondozása körül jelentkezik, ugyanakkor eredetileg a két szülő konfliktusa. Egy másik esetben lehet a beteg gyermek a házasságot stabilizáló erő. A szenvedő gyermek a szülők közös gondja, közös feladata, s ez összetartja őket, miközben egymás közötti problémáik nem kerülnek

[521]Németországi gyakorlatom során, Bad Fallingbostel rehabilitációs klinikáján tapasztaltam, hogy a kórházlelkész rendszeresen tart szemináriumot hozzátartozók számára. A betegeket kísérő és ápoló hozzátartozók 12-15 fős csoportjai részére előadást tart, majd rövid beszélgetésre kínál lehetőséget.

[522] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 63. o.

felszínre, azokról nem beszélnek.[523] Ezek a kapcsolatok hosszú távon igen károsak lehetnek a családi rendszer működésére nézve és az egyén rendszerben elfoglalt helyére, szerepére nézve is. Ezért nagyon fontos a hozzátartozókkal is beszélgetést folytatni, látni és láttatni a rendszerben lévő kapcsolatok hibás működését, hiszen ez minden esetben hatással van – többek között – a beteg ember testi és lelki állapotára egyaránt.

A MRE lelkigondozó-kórházlelkészei a hozzátartozók lelkigondozását a kérdőíves felmérésben a második helyre sorolták, vagyis kiemelkedően fontosnak tartják.[524] Minden alkalmat megragadnak arra, hogy a krízishelyzetben rokonok számára is felkínáljk a lelkigondozás lehetőségét. Mégis azt kell mondanunk, hogy Magyarországon komoly feladataink, tennivalóink vannak még a hozzátartozók kísérése terén a kórházi lelkigondozásban. Amennyiben tere nyílik a lelkigondozónak arra, hogy hozzátartozókkal is folytasson beszélgetéseket, a rendszerszemléletű lelkigondozás a gyógyító folyamat részévé válhat.

3.3.3. Munkatársak lelkigondozása

A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálata során az orvosi, nővéri team, valamint a beteg emberek között áll, hol a gyógyító közösség, hol pedig a betegek problémáival azonosul.[525] Mint a kórház munkatársa, átérzi a mellette dolgozók gondjait, ugyanakkor empátiával áll a szenvedők mellett is, és igény szerint igyekszik időt szánni lelkigondozásukra. A többi dolgozóval ellentétben a lelkigondozó-kórházlelkész az egészségügyi intézmény stábjában kívülálló, a kórházi hierarchiában nincs benne, és gyakran nem is számolnak vele úgy, mint aki különleges funkciójával része a munkafolyamatnak.[526] Nem orvos, nem nővér, nem terapeuta, nem szociális munkás és nem is konziliárius. Sokszor előfordul, hogy éppen a felsorolt munkatársakat a lelkigondozó szolgálata zavarja, ignorálják, elutasítják, akár küzdenek is jelenlétével, ha azt érzik, hogy zavarja a gyógyítói és ápolói munka folyamatát. A lelkigondozó-kórházlelkész rendszerek határán működő szolgálata Magyarországon még sok esetben bizonytalanságot okoz a kórházi rendszerben, megzavarja annak homeosztázisát. A munkatársak lelkigondozásának tárgyalásakor tehát igen fontos annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy hogyan integrálja a rendszer a lelkigondozót és hogyan integrálja a lelkigondozó a rendszert. A munkatársak lelkigondozása akkor jöhet létre, ha az időhiánnyal és

---

[523] Uo. 59. o.
[524] Lásd a dolgozat 2.5.4. fejezetében a 9. kérdés elemzésénél.
[525] Faber: Seelsorge am kranken Menschen, 17. o.
[526] Friedrich, Hannes: Die Klinikseelsorgerin und der Klinikseelsorger im Dickicht von Zweckrationalität und Krankenhaussubkultur, in: Wege zum Menschen, 1996. 169. o.

túlterheltséggel küszködő orvosok, nővérek, egyéb munkatársak a lelkigondozót nem tekintik zavaró elemnek, riválisnak, konkurenciának, hanem elfogadva őt az egyház kiküldötteként, ugyanakkor a gyógyító team különleges tagjaként, bizalommal fordulnak felé. Ebben a kapcsolati rendszerben – megtalálva a megfelelő kommunikációs csatornát – lehet szó csupán a munkatársak lelkigondozásáról az egészségügyi intézményekben.

Munkatársak alatt elsősorban az ápoló személyzetet és az orvosokat, másodsorban az egészségügy egyéb területein a kórházban dolgozókat, illetve az önkénteseket és a lelkigondozó kollégákat értjük. A lelkigondozás területei elsősorban a gyászfeldolgozás, a szenvedés miértjei, a belső és a külső elvárások közti meghasonlás, identitászavar, különféle közösségi kérdések, konfliktuskezelés, túlterheltség, illetve kiégés, esetenként egzisztenciális és családi problémák lehetnek.

Klessmann felhívja a figyelmet arra, hogy a lelkigondozónak a kórházi dolgozókkal rendszeres kapcsolatot kell fenntartania, egyes osztályok ápoló szolgálatától elkezdve különféle kísérő szolgálatokig. Lehetőség szerint beszélgetni kell az orvosokkal és a nővérekkel, s lelkigondozói titoktartás mellett megjeleníteni a lelkigondozói látásmódot, a betegről alkotott orvosi kép kiegészítéseként. [527] Az ápoló személyzet nap, mint nap találkozik a halállal, sokkal koncentráltabban, mint maga az orvos. A nővér kíséri figyelemmel a haldokló jelzéseit, adott esetben szól az orvosnak, ellátja, eteti és fürdeti a beteget, ő találkozik először a halottal, vetkőzteti, összecsomagolja, letakarja és elszállíttatja, sőt sokszor a hozzátartozóval is ő beszél először. Az ápolás során eleve közelebbi kapcsolatba kerül a beteggel, mint az orvos, s ez a szenvedő élete utolsó pillanatáig így van. Az a lelki megterhelés, amit ezek a hosszabb-rövidebb időszakok alatt kialakult kapcsolatok, és az állandó búcsúzás jelentenek, önmagában megviseli a nővéreket. Különféle védekező mechanizmusaik között leggyakrabban a tagadással találkozunk, a halálos beteget folyamatosan azzal biztatják, hogy nincs olyan nagy baj, meg fog gyógyulni, s közben pontosan tudják, hogy ez nem igaz, s ilyen módon meghasonlanak önmagukkal. Ez a szüntelen színjáték sokak erejét felemészti. Másik nehéz terület a munkájukban a szenvedéssel való szembesülés, különösen, ha gyermekeket vagy fiatal betegeket ér el. Alapvetően empatikus hozzáállásuk, együttérzésük segít az ápolásban, ugyanakkor meg is nehezíti azt. Sok esetben együtt szenvednek a beteggel, és nincsenek meg a megfelelő erőforrásaik a szenvedés feldolgozására és a töltekezésre.

[527] Klessmann, Michael: Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus, in: Wege zum Menschen, 1997. 425. o.

A belső és külső elvárások közti meghasonlás a nővér önmagával szemben állított elvárásai, és az egészségügy vele szemben felállított követelései között történik. A segítő foglalkozás, az ápolói hivatás választásával együtt jár az a belső vágy, hogy a nővér a szenvedő embereken segítsen, velük együtt érezzen, fájdalmak közti küszködésükben mellettük álljon. Ugyanakkor a kórházi rendszer vele szemben támasztott elvárásai, az adott gazdasági és strukturális körülmények között a megfelelő ellátás biztosítása, a pontos adminisztráció, a szakmai fejlődés és továbbtanulás, a közösségbe és a hierarchiába való beilleszkedés mind-mind megnehezítik a belső elvárásoknak való megfelelést és megterhelik a nővért. Néhány év vagy hónap alatt elhomályosul az embereken való segítés vágya, és marad a minőségbiztosítás által előírt külső szabályok betartása. A segítő hivatást választó munkatársaknak azonban ez belső konfliktust okoz, és a lelkigondozói segítség, tréning, szupervízió híján kiégéshez vezet.[528]

Az orvosi hivatást választók a beteg ember betegségét kutatva annak gyógyulásáért igyekeznek megtenni mindent. Belső és külső elvárások között vergődnek ők is. Belső elvárás a páciens meggyógyítása, ezen belül a beteg részletes kikérdezése, a megfelelő szaktudás, az idő és a türelem a kezelés és a terápiák gondos megválasztásához és elvégzéséhez, a teammunka, a konzultációk. Külső elvárás az adott gazdasági és strukturális körülmények között a megfelelő kezelés biztosítása, különféle szakterületeken megfelelés a szakmai protokolloknak, éjszakai ügyeletek, adminisztratív munkák, szakmai fejlődés, kongresszusi részvétel, a legújabb tudományos kutatások, kezelések és technikák ismerete, részvétel különféle gyógyszervizsgálatokban. A szenvedéssel és a halállal való szembesülés az orvos számára nem csupán az emberi élet végességét, hanem sokszor munkája sikertelenségének üzenetét hordozza, s hiába esküdött a gyógyíthatatlan betegek esetében csupán a fájdalomcsillapításra és a vigasztalásra, alapvetően mindig gyógyítani vágyik. A lelkigondozó-kórházlelkésznek mindezeket ismerve kell jelen lennie, és alkalmas időben, egyéni vagy csoportos formában a lelkigondozásra készen állnia, szakmai kongresszusokon a lelkigondozás lehetőségéről és hasznáról beszámolnia, liturgikus és egyéb alkalmakat a megfelelő időben felkínálnia. *Walter Strohal* a munkatársak lelkigondozásának széles spektrumát adja elénk, amikor a következőket ajánlja: „belső továbbképzési munka érdekében szervezett előadások, esetmegbeszélések és hozzászólások, valamint a halál témájával kapcsolatos szemináriumok, vagy tematikusan, az egyes kórképeket kórházon belül sorra vevő, különböző referátumok tartásának egyre

[528] Vö. Klessmann, Michael: Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch, 2. Auflage, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluny, 2004. 524-526. o.

kötetlenebb lehetőségeire gondolunk."[529] A kísérő lelkigondozás vagy szupervízió, bibliaórák, személyes életkérdések és családi problémák egyéni vagy csoportos megvitatása sok helyen részei az egészségügyben dolgozó munkatársak életének. A fenti alkalmak azonban mint lelkigondozói lehetőségek Magyarországon még gyermekcipőben járnak, s bár sok helyen az orvosok és az ápolók minderre nyitottak, a lelkigondozás kapcsán még nem váltak hétköznapi gyakorlattá.[530]

A munkatársak kiégésének megelőzése érdekében kiemelt szerepe van a szociális támasznyújtásnak.[531] A kórház intézményrendszerének adott részlegén együtt munkálkodó nővérek és orvosok egymás mellett dolgoznak, de sok esetben arra nincs idejük és energiájuk, hogy munkatársi kapcsolataikban valódi közösségre leljenek, ezt tudatosan építsék és formálják. Hogy környezetük mennyiben jelent számukra szociális támogatást, azt a következő kérdések megválaszolásával lehet felmérni: Ha gondjai, nehézségei vannak, ki az, akihez bármikor fordulhat segítségért? Kiben bízhat meg fenntartás nélkül? Szabadidejét kivel tölti legszívesebben, kinek a társaságában érzi magát a legjobban? Ki az, aki bátorítja, és elismeri, ha kétségei támadnak? Ki az, aki leginkább zavarja mindennapi tevékenységében? Kivel kapcsolatban vannak ellenérzései? Ki az, aki félelmet és rossz lelkiismeretet ébreszt benne? Ki az, aki rendszeresen kihasználja? Végül, ezeket a kérdéseket az adott személy saját magának is felteheti, ki számíthat rám, kinek jelentek én segítséget, kit bátorítok, kit zavarok.[532] Megválaszolva mindezt, kiderül, hogy az ember milyen szociális támogatást kap, és mennyiben tudja ezt hasonlóképpen nyújtani. A családi, baráti, kollegiális kapcsolatokon kívül a kórházi munkatársak számára is támaszt nyújthat az istentiszteleti közösség, a lelkigondozó-kórházlelkésszel való kapcsolat és lehetőség szerint a későbbiekben egy-egy gyülekezeti csoport, ahol személyük fontossá válik, ahol egyéni adottságaikat értékelik, munkájukról való beszámolójukat, élményeiket figyelemmel hallgatják, tevékenységüket megbecsülik. A kórházi lelkigondozás gyülekezeti lelkigondozással való kontinuitásának hasznára több alkalommal utaltunk, egy következő fejezetben kerül sor ennek bővebb kifejtésre.

Összefoglalva – a kórházlelkészi szolgálat lelkigondozói funkciójára tekintve – elmondhatjuk, hogy a betegek, hozzátartozóik és a kórházban dolgozó munkatársak lelkigondozói kísérését a

[529] Srtohal, Walter: A munkatársak lelkigondozása, in: Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 180. o.
[530] A Magyarországi Református Egyház Bethesda Kórházában rendszeres alkalmai és lehetőségei vannak az orvosok és az ápolók lelkigondozásának. Állami kórházakban is látunk hasonló törekvéseket.
[531] Hézser: Miért? 153-155. o.
[532] Uo. 155. o.

magyarországi református lelkigondozó-kórházlelkészek elsődleges feladatuknak tekintik.[533] Szükséges azonban szembenézniük azzal, hogy az egészségügyi rendszer 21. századi változásai a lelkigondozást is paradigmaváltásra késztetik. A rendszerszemlélet arra hívja fel a figyelmet, hogy a kórházi rendszer változásainak hatással kell lennie a lelkigondozói szolgálat identitásának alakulására is. Ennek értelmében ma Európa-szerte azt tapasztaljuk, hogy a kórházi lelkigondozás a sürgősségi lelkigondozás (Notfallseelsorge) felé indult el, vagyis a kórházi rendszer elsősorban a krízis szituációkban, a súlyos betegek és a haldoklók mellett igényli jelenlétét.[534] A betegek ápolási idejének megrövidülése miatt az aktív osztályokon nincs lehetőség hosszú lelkigondozói kapcsolat kiépítésére, a kórházlelkésznek sokkal inkább arra kell felkészülnie, hogy csupán egy-egy alkalom nyílik a pácienssel való lelkigondozói beszélgetésre. Ezért lehet egyre fontosabb a továbbkísérő lelkigondozás (nachgehende Seelsorge),[535] amely arra koncentrál, hogy a páciens lelkigondozása a kórház rendszeréből kikerülve is folytatódjék. Ez feltételezi egy optimális kapcsolati háló kiépítését és ápolását, vagyis a kórházi lelkigondozói szolgálat és a gyülekezetek, öregotthonok és ápolási otthonok teammunkáját. A kórházlelkész lelkigondozói funkciójának szükséges azzal gazdagodnia a 21. században, hogy a beteget egy lelkigondozói teamben kíséri. Rendszerszemlélettel megközelítve a kérdést tehát arról van szó, hogy az egyházi és kórházi rendszerben jelenlévő kórházi lelkigondozás alrendszeréhez további alrendszereknek szükséges kapcsolódnia, melyeknek komplexitásában megvalósulhat a páciens hosszú távú lelkigondozói kísérése a kórház rendszerén kívül is.

3.4. Liturgikus – homiletikus funkció

A lelkigondozói funkció után, a kórházlelkészi szolgálat következő feladatkörét a liturgikus-homiletikus funkcióval írjuk le. Ebbe a körbe tartoznak az istentiszteletek, áhítatok, liturgikus ünnepek a kórházi lelkigondozás keretein belül, különleges spirituális alkalmak a betegek, a hozzátartozók és a munkatársak részére. A kórházi istentiszteletek különböző aspektusokat egyesítenek magukban: a közös hit kifejezése és bizonyossága, lelkigondozói kísérés és vigasztalás, bátorítás a változtatásra és a megtérésre, rituális és áldásos kíséret.[536] A kórházi

[533] Lásd a dolgozat 2.5. fejezetében.
[534] Feuersträter, Reinhard / Hamdorf-Ruddies, Hildegard: Zwischen System und Auftrag. Das moderne Krankenhaus als Herausförderung an die Krankenhausseelsorge, in: Wege zum Menschen, 2009. 536-542. o.
[535] Uo. 539. o.
[536] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 80. o.

istentiszteletek formái és keretei különböznek a gyülekezeti istentiszteletek megszokott formáitól és kereteitől, a lényeget tekintve azonban hasonlóak azokhoz.[537]

A kórházi istentisztelet helyét, idejét, és liturgiáját tekintve eltérhet a gyülekezeti életben megszokottaktól, mégis az egészségügyi intézményen belül is Krisztus testében, az anyaszentegyházban zajlik a sákramentumokat kiszolgáltatva, és a Szentírás alapján a revelatio generalist és a revelatio specialist hirdetve. Az ecclesia, a kihívottak gyülekezete, a Krisztusban hívők közössége lehet az egészségügyi intézményben is. A visibilis és invisibilis egyház kérdése éppen úgy előkerül a kórházon belül is, mint a gyülekezetben. Az egyház két arca, a látható és láthatatlan, az emberek által nyilvántartott és az Isten által nyilvántartott közösség, ill. az igazi hívők emberi szemmel nem látható lelki élete a kórházi alkalmakon is megjelenik.

Amikor a lelkigondozás és az istentisztelet kapcsolatát szeretnénk leírni, közelíthetünk egyrészt az istentisztelet, másrészt a lelkigondozás meghatározása felől. *Dietrich Stollberg* az istentisztelet felől nézve azt mondja, hogy az „elsősorban kultusz és nem lelkigondozás."[538] Vannak funkcionális átfedések a lelkigondozás és az istentisztelet között, különösen a kórházban, mégsem ugyanaz a kettő. Az istentisztelet tanítás, a hit ritualizált ábrázolása, kultusz és teológia. A kórházlelkész feladata pedig „nem csupán az irgalmas felebaráti odafordulás, hanem a betegek klinikán töltött napjai vallási minőségének és rendkívüli helyzetének ápolása."[539] *Kurt Hennig* a lelkigondozás felől nézve azon a véleményen van, hogy „a keresztyén lelkigondozás az igehirdetés, a Jézus Krisztus evangéliuma prédikálásának egy módja."[540] Vagyis a lelkigondozás önmagában igehirdetés, az evangélium hirdetésének egy különös módja, mely egészen mélyről és egészen személyesen érintheti meg a beteg embert. Istentiszteleti Rendtartásunk az istentiszteleti alkalmat és a lelkigondozást összekapcsolja, s ebben a kérdésben egyértelműen arról beszél, hogy a betegágy melletti istentiszteletet lelkigondozói beszélgetésnek kell megelőznie, illetve magának az igehirdetésnek is ehhez mérten, személyre szólóan kell hangoznia.[541]

---

[537] Vö. Seiler, Klaus: Wie eine Brücke, Gottesdienst im Krankenhaus. Ein Praxisbericht aus dem Elbe Klinikum Stade, in: Wege zum Menschen, 2009. 543-560. o.

[538] Stollberg, Dietrich: Lelkigondozás és istentisztelet, 211. o. in: Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 209-216. o.

[539] Uo. 216. o.

[540] Hennig, Kurt: Isten igéje elkísér. A súlyos betegek közötti szolgálatról, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 1996. 6. o.

[541] Istentiszteleti Rendtartás a Magyarországi Református Egyház számára, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 2004. 49 kk.

A magunk részéről *Hézser Gáborral* értünk egyet, aki szerint a kórházi istentisztelet pasztorálpszichológiai specifikuma: a lelkigondozás és az istentisztelet intenzív kapcsolata.[542] Nem állítja, hogy az istentisztelet lelkigondozás, de kiemeli az istentiszteleten való részvételből fakadó lelkigondozói beszélgetést, és a lelkigondozói találkozásból fakadó istentiszteleti jelenlétet. A kórházi istentiszteleti közösséget homogénebb közösségnek tartja, mint a gyülekezeti istentiszteleti közösséget, lévén, hogy a kórházban a résztvevők valamennyien betegek, és közös egzisztenciális helyzetük szolidáris közösséget alakít ki. A kórházi szolgálatban nagy hangsúlyt fektet a szimbolikus kommunikációra és a rítusok használatára, mint amely a kórház ritualizált mindennapjaiban a krízisben lévő ember lelkéhez közelebb álló kifejezési eszköz.[543] Az áldás is rítus, melynek gyakorlása a haldokló betegek ágyánál különösen nagy jelentőséggel bír. Megnyugvást és lelki békességet hoz a szenvedő ember életébe. „A rítusok jelentősége abban áll, hogy tehermentesítik az egyént és a közösséget olyan élethelyzetekben és olyan élettémák esetében, amelyek kommunikatív és kognitív feldolgozása – a pillanatnyi érzelmi túlterheltség miatt – nem lehetséges."[544] A református beteg sokszor rítustalanságban szenved, míg a római katolikus beteg talán éppen a rítusok kiüresedett voltában. A betegágy mellett a rítusok és a szimbólumok a megfelelő üzenetet hordozva erőforrássá lehetnek a krízisben lévő számára.

3.4.1. Istentiszteletek a kórházban

A Magyarországi Református Egyház Istentiszteleti Rendtartása a betegágy melletti istentisztelet témájával az úrvacsora sákramentumának kiosztásán belül csupán két rövid bekezdésben foglalkozik.[545] Felhívja a figyelmet a lelkigondozói aspektusra, a négyszemközti beszélgetésre, a személyes igehirdetésre és a közös imádságra. Az igehirdetés tartamát maximum 5-8 percben jelöli meg, s a beteg állapotától függően elengedi az úrvacsorai kérdéseket. A szent jegyek kiosztását családi körben javasolja, ha a beteg otthonában kéri ezt. A kórházi szolgálatról még rövidebben tanít, felhívva a figyelmet az alkalmas időre, az osztályos orvossal való egyeztetésre, a palást mellőzésére és a személyes beszélgetésre, lelkigondozói igehirdetésre. Erről a kérdésről azonban bővebben kell szólnunk.

---

[542] Hézser Gábor: Pasztorálpszichológiai szempontok az istentisztelet útkereséséhez, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 2005, 210. o.
[543] Hézser: Miért? 62. o.
[544] Hézser: Pasztorálpszichológiai szempontok, 75. o.
[545] Istentiszteleti Rendtartás, 49 kk.

A betegágy melletti istentisztelet az istentiszteleti formák speciális alkalma. Az egyházban, (a kórházban is az egyházban!), de a megszokott gyülekezeti körön kívül, idegen közegben, idegen emberek között kell megszólalnia Isten igéjének a szenvedők közelében. Minden időben új helyzet ez mind a gyülekezeti lelkészek, mind az egészségügyi dolgozók, mind a betegek ökumenikus „ad hoc" és „hic et nunc" összesereglett gyülekezete számára. Jó esetben a kórházi kápolna mint spirituális tér nyújt némi biztonságot valamennyi résztvevőnek, nehezebb esetben azonban a betegosztály ebédlőjében vagy éppen a kórteremben kell megteremteni annak lehetőségét, hogy Isten igéje felett elcsendesedhessenek az arra vágyók. Amikor az istentiszteleti alkalmak megtartásának lehetőségét, majd megfelelő formáját és tartalmát keressük a magyarországi kórházakban, mindenekelőtt szembe kell néznünk azzal a különös kontextussal, ami ezen a helyen egy lelkigondozó-kórházlelkész számára kínálkozik. Ez az a feladatkör, amelynek gyakorlását még azokban a magyarországi kórházakban is engedélyezik, ahol egyébként a lelkigondozást elutasítják. Ennek oka az, hogy az egészségügyi intézmény a szabad vallásgyakorlatot a betegek számára igyekszik biztosítani.[546] Mindig szem előtt kell azonban tartani, hogy az istentiszteleti alkalom kórházban zajlik, ahol első a szomatikus orvoslás, a vizsgálatok, kezelések, vizitek ideje sérthetetlen, ehhez alkalmazkodni kell. A kórházi rendszer a maga szabályai szerint működik, s bár az egyházi rendszer jelenlétét engedélyezi, de csak azzal a feltétellel, hogy alkalmazkodik a rendszer előírásaihoz. A kórházi rendszerben a lelkigondozói szolgálat egy kis szelet csupán, amely ma már Magyarországon is egyre kevésbé elhanyagolható, de mégsem elsődleges szempont. Az egyházi közegből, gyülekezetek közösségéből, s a vasárnapi istentiszteletek – ha nem is védett, de hagyományos ideje – mellől érkező lelkész számára a kórházi kontextus az alkalmazkodás terén szelídséget, alázatot, a szolgálat fontossága terén pedig határozottságot, nyitottságot és hűséget követel. A lelkigondozó-kórházlelkész viselkedése, jelenléte a kórházban bizonyságtétellé kell, hogy legyen. Az élet istentisztelete mindig hangosabban és több ember számára szólal meg egy kórházban, mint a valóságos istentiszteleti liturgia.

3.4.2. A kórházi istentiszteletek résztvevői

A kórházi istentiszteletek látogatói alapvetően a betegek, akiket a közös egzisztenciális krízis köt össze. Megjelenhetnek továbbá orvosok, nővérek, s a kiszolgáló egységek munkatársai is,

[546] A kórházi rendszer a maga hierarchiájával megköveteli a szolgálati utak betartását, vagyis a főigazgatói engedély után az ápolási igazgatóval, az osztályvezető főorvossal és a főnővérrel való egyeztetést az istentiszteleti alkalmak, s majd a lelkigondozás szolgálatának helyét és idejét illetően.

valamint az éppen látogatásra érkező, vagy gyászoló hozzátartozók, ökumenikus közösségben. A kórházi istentiszteleti alkalmakra más-más hit- és élettörténettel rendelkező emberek gyülekeznek össze, különböző vallásos hátérrel, gyülekezeti tagsággal, de azzal a közös vággyal, hogy ezen a helyen és alkalmon szívesen fogadják őket.[547] Ennek megfelelően egy igen sajátos atmoszférája van az istentiszteletnek, hiszen nagy hangsúlyt kell kapnia annak, hogy Isten az embert elfogadja, törődik vele. A kórházi istentiszteleten lehetőséget kell teremteni az embereknek arra, hogy a résztvevők egyéni spiritualitása, gondolatai, érzései, félelmei, kétségei, kérdései és reménységei valamilyen módon teret kapjanak.[548]

Hézser szerint „a kórházlelkésznek a kórház a gyülekezete."[549] Kérdés persze az, hogy ez a tagjaiban szinte állandóan változó közösség nevezhető-e gyülekezetnek. Ha gyülekezet, akkor református gyülekezet ökumenikus nyitottsággal vagy ökumenikus gyülekezet református lelkész vezetésével? Kiket nevezhetünk ebben az esetben gyülekezeti tagoknak? Az orvosokat, nővéreket, az egészségügyi intézmény kiszolgáló osztályainak munkatársait, az önkénteseket, a lelkigondozói munkacsoport tagjait, valamint az éppen akkor a kórházban tartózkodó betegeket?

A keretek és a formák mindenképpen mások, mint a megszokott gyülekezeti formák. A résztvevők felekezeti hovatartozása különböző, anyagilag nem járulnak hozzá a kórházi gyülekezeti szolgálathoz, nem fizetnek egyházfenntartói járulékot, vagy legalábbis nem a kórházban, s nem a kórházi gyülekezethez tartozás alapján van szavazati joguk az egyházban. Esetenként lakóhelyük vagy választásuk szerint saját gyülekezeteik vannak, s ebben az esetben beszélhetünk arról, hogy egy elsődleges és egy másodlagos gyülekezethez is tartoznak. Kérdés azonban, hogy lehet-e két gyülekezethez tartozni, illetve az egyik gyülekezet nem gyengíti-e a másik gyülekezethez tartozást? Meg kell jegyeznünk azonban, hogy ezek a kérdések egyelőre még Magyarországon ritkán merülnek fel.

Egyetértünk azzal, hogy a kórházi gyülekezetnek minden esetben *ökumenikus közösségként* kell funkcionálnia.[550] Az EKD kórház-lelkigondozói alapokmánya kimondja, hogy „a kórházi lelkigondozás egyházi megbízatás alapján ökumenikus felelősségvállalással történik."[551] A Magyarországi Református Egyház Zsinatának 2003 novemberi határozata alapján „a lelkigondozás és istentiszteleti alkalmak során a lelkipásztor a református hitvallásoknak

[547] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 80. o.
[548] Uo. 80-81. o.
[549] Hézser: Miért? 61. o.
[550] Hézser: Pasztorálpszichológiai szempontok, 211-212. o.
[551] Konzeption und Standards, 430. o.

megfelelően köteles végezni szolgálatát, azonban mindenki számára, aki ezt igényli – felekezeti hovatartozás nélkül."[552] A lelkigondozónak felekezeti megkülönböztetés nélkül kell megállnia a betegágy mellett, irgalmas samaritánusként lehajolva a szenvedőhöz, bármely népből, bármely kultúrából, bármely vallási közösségből való is legyen az. Speciális gyülekezeti közösségben lévén a megszólított páciensekkel, rendkívüli érzékenységgel kell figyelnie arra, hogy igehirdetése egyedül a Szentírásból fakadjon, s krisztusi módon, mindenféle ember felé nyitottan, mégis a református írásmagyarázás ismérvei szerint beszélje el azt, hogy mit tett Isten Fia a világért.

A kórházi gyülekezet nem egyháztagság alapján, hanem spirituális igény alapján működik, azaz mindenki részt vehet benne, aki a Szentháromság Isten keresésében és követésében, valamint az Isten útmutatását igénylők közösségében kíván erőforrásra lelni és jelen lenni. Általában csupán a liturgikus alkalmak idejére gyűlnek egybe a jelenlévők, ezért a magunk részéről szívesebben nevezzük ezt a formációt kórházi istentiszteleti közösségnek, mint kórházi gyülekezetnek. S ennek megfelelően a kórházlelkész feladatának tartjuk, hogy kórházi istentiszteleti közösségének résztvevőit – azok igényei szerint – gyülekezetbe delegálja, és egyháztagságra ösztönözze a kórházon kívül.

A kórházi istentiszteleti közösség és a lelkigondozó-kórházlelkésszel való kapcsolat ideiglenesen hordozhatja a résztvevők számára a *szociális támasznyújtás* szerepét.[553] A modern kórházakban, ahol elsődleges szempont az intézmény fenntarthatósága, gazdaságos működése és minőségjelző a legmodernebb technikák alkalmazása, a betegek sokszor küszködnek azzal a tapasztalattal, hogy az orvosok és a nővérek csupán a betegséggel foglalkoznak, és az ember lelki, szellemi jóltartására nem jut idő.[554] Mivel a betegfelvétel és a kórházi tartózkodás idején a pácienssel kapcsolatban nem az a kérdés, hogy milyen egyéni értékeket hordoz, mihez ért és mit tud, hanem az, hogy mire nem képes, szervezetében mi az, ami hibásan működik, hiányt szenved az egyénben személye fontosságának érzése, sérülhet identitása. Ebben a kiszolgáltatott helyzetben a szenvedő számára még fontosabbá válik az, hogy valakitől osztatlan figyelmet kapjon, érezze nyomorult voltában is a megbecsülést, hogy személye Isten és ember előtt egyaránt értékes.[555] Az istentiszteleti közösségben a betegekkel és a munkatársakkal Isten előtt együtt megállva, majd a lelkigondozó-kórházlelkésszel való

[552] Református Egyház, Lelkipásztori folyóirat, LVI. Évf. 6. sz. 2004/6 133. o.
[553] Vö. Cobb, Sidney: Social Support as a Moderator of Life Stress, in: Psychosomatic Medicine 5. nr. 38:300-14, 1976. www.campus.fsu.edu, letöltés ideje: 2014.12.12.
[554] Vö. Piper: Krankenhausseelsorge heute, 8. o.
[555] Uo. 8-11. o.

kapcsolatban megnyilatkozva támogatást, elfogadást, megbecsülést érezhet mindaz, aki ennek a közösségnek ideiglenesen tagjává válik. Speciális formája az istentiszteletnek a gyermekeknek szóló alkalom. Hézser a következő szempontokat tartja fontosnak a gyermekkórházi istentisztelet kapcsán: gyermekszerűség, ünneplés, bátorítás, kreativitás, szolidáris közösség, reménység üzenete a félelmek közepette, áldás.[556]

A kórházi istentiszteleteken minden bizonnyal a *betegek* jelennek meg a legnagyobb számban. Ami különbözőségük ellenére mégis homogén közösséggé teszi őket az éppen a beteg voltuk. Kórházi tartózkodásuk alatt valamennyien kiszakadtak a megszokott életritmusukból, idegen emberek közé zárva egy idegen rendszer szabályait kell betartaniuk.[557] Szomatikus síkon fájdalmakkal küszködnek, beavatkozások nyomait viselik, kezelések mellékhatásai miatt szenvednek. Pszichés síkon sokszor depresszívvé válnak, infantilizálódnak és hospitalizálódnak. Spirituális síkon az emberi élet határával néznek szembe, miértekre keresik a választ, szeretnék érteni a betegség és az élet értelmét. A betegséget a legkülönfélébb módon élik meg. „A krízis megélése, és a feldolgozásra irányuló kísérlet, messzemenően függ az egyes ember, és a hozzátartozók családi hagyományaiból táplálkozó megértésétől, és a családi tapasztalatoktól."[558] Ebben a krízisfeldolgozásban hathatós segítséget nyújthat a lelkigondozó mind a betegeknek, mind a *hozzátartozóknak*, a tapasztalat szerint azonban ez többnyire négyszemközti beszélgetésben történik, alkalmanként az istentiszteleti alkalom után. Ha az istentisztelet látogatási időben van, megjelenhetnek azon a hozzátartozók is. Ha a családtag kivizsgálás, hosszantartó kezelés alatt áll, szorongásaikat, félelmeiket és kéréseiket hozzák magukkal a csendes áhítatra. Ha a hozzátartozó a beteggel együtt érkezik az istentiszteletre, a közös igére figyelés és imádság erő lehet mindkettőjük számára, az egyiknek a maradáshoz, a másiknak az elmenetelhez.

A *munkatársak* lelki stabilitása a betegek számára az ápolás kiegyensúlyozottságát jelenti, tehát elengedhetetlen. *Walter Strohal* szerint lelkigondozásuk minden esetben egy konfliktustérben történik.[559] A betegeket az adott strukturális és gazdasági feltételek mellett megfelelően kell ellátniuk, jól kell kezelniük a konfliktusokat, kooperációra késznek és alkalmasnak kell lenniük, tisztázva és betartva a kompetenciahatárokat, s újra és újra fel kell töltődniük erővel egy-egy nehéz nap, nehéz beteg vagy tragikus haláleset után. „E célok eléréséhez Isten tette, és a Biblia

[556] Hézser: Pasztorálpszichológiai szempontok, 232-235. o.
[557] Faber: Seelsorge am kranken Menschen, 18. o.
[558] Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, Debrecen, 2002. 164. o.
[559] Strohal, Walter: A munkatársak lelkigondozása, 176. o. in: Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 176-180. o.

üzenete akar és tud erőforrást biztosítani, amint ezt Jézus Krisztus evangéliuma, de az Ószövetség iratai is tanúsítják számunkra."[560] Mégsem az istentisztelet látogatása az első lépés ebben a folyamatban, hanem a munkatársak megismerése, elfogadása, tisztelete és annak idején meghallgatása. Ebből születhet vágy az elcsendesedésre, Isten igéjének megismerésére, közös imádságra. Az istentiszteleti közösség lehet az az alkalom, ahol ideiglenesen megszűnik a kórházi rendszer hierarchiája, Isten előtt mindenki egyenlő, egymás mellé rendelt a rendszer valamennyi tagja, betegek, ápolók, terapeuták, orvosok, a kórház vezetősége, önkéntesek, lelkigondozók és valamennyi munkatárs.

Az Egyesült Államokban a lelkigondozó-kórházlelkész a gyógyító team része, így istentiszteleti alkalmai, reggeli vagy esti áhítatai, imaórái a munkatársak körében is kedveltek. Németországban, Svájcban, Hollandiában az egyház küldötteként mint kívülállót, mégis befogadottat hallgatják a lelkészt, s válik napjuk részévé a liturgikus alkalom. Magyarországon a kórházlelkész istentiszteleteit a munkatársak leginkább ott látogatják, ahol egyházi kórházban szólal meg Isten igéje.[561] A többi kórházban, egyrészt a túlterheltség miatt, másrészt mivel a ma aktívan dolgozó emberek többsége számára elsikkadt a vallásos nevelés, maguk is idegenül fogadják az istentiszteleti alkalmakat, és igen ritkán látogatják. Ha nyitnak a vallás felé, az sokszor inkább a keleti tanítások iránti érdeklődést mutatja, hiszen liberális, multikulturális világunkban ezek egyre nagyobb teret kapnak és hódítanak. Éppen ezen okokból nagy felelősség a kórházban a munkatársakat is megszólító igehirdetés, az új istentiszteleti forma, hiszen vannak, akik a plurális társadalomban mégis csak a keresztyén tradícióban bíznak, s lelki éhségüket leginkább ebben a közegben kívánják csillapítani.

Az istentiszteleteken elsősorban a spirituális igénnyel bírók, az élet értelme és értelmetlensége felől gondolkodók, a gyászolók vagy a bűn, büntetés kérdése miatt gyötrődők jelennek meg, válaszokat keresve, vigasztalásra és feloldozásra vágyva. Az alapvetően idegen kórházi rendszerben az egyház jelenléte, az igehirdetés, a megszokott énekek, imádságok, szimbólumok és rítusok egyfajta otthonosságot adnak a betegségben lévőknek. Az istentiszteleti alkalommal a kórházi rendszer résztvevői mintegy bekapcsolódnak az egyház rendszerébe, a hívők közösségébe, mely a krízisben lévő ember számára kapaszkodó és erőforrás. *Hézser* szerint „az ökumenitás egyik laboratóriuma a kórház lehet. Itt mutatkozhat meg, hogy mennyivel

---

[560] Uo. 177. o.

[561] Az Egyházi Kórházak Szövetsége 2012. január 27-én alakult meg Budapesten, tagjai: Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza, Budai Irgalmasrendi Kórház, Szent Ferenc Kórház és a Mazsihisz Szeretetkórház. Bővebben lásd: www.korhazszovetseg.hu, letöltés ideje: 2015.03.20.

hasznosabb a szenvedő ember számára az, ami egymással és Istennel összekapcsol, mint az, ami szétválaszt. A szenvedő ember krízise nem terhelhető a felekezeti különbségek elmélyítésével, konfesszionális hitvitákkal […] A perspektivikus cél a protestáns és a katolikus kórházlelkész által közösen tartott ökumenikus istentiszteleti alkalom kell, hogy legyen"[562] Az ökumenikus alkalmak azonban ma Magyarországon ritkán valósulnak meg a kórházban, lévén, hogy a legtöbb főállású lelkigondozó-kórházlelkész református, illetve ha erre készséget is mutatnak a római katolikus papok, túlterheltségük miatt nehéz közös időpontot találni.[563] Szolgálatuk inkább a betegek kenetének kiszolgáltatására és a betegágy melletti gyóntatásra és áldoztatásra korlátozódik. A lelkigondozó-kórházlelkészek tapasztalatai szerint azonban a betegek szívesen fogadják a közös alkalmakat, hisz amint a betegség összeköti őket, úgy vágynak mindenféle dogmatikai viták nélkül egy egységesebb, mélyebb közösségre.

Itt szeretnénk röviden kitérni az *úrvacsora kérdésére*. A MRE gyülekezeteiben szokás szerint úrvacsorában az részesülhet, aki megkeresztelkedett és konfirmált. Egy kórházi istentiszteleti közösségben azonban nem tudhatja a lelkész, hogy a megterített asztalhoz ki érkezik, s talán maguk a résztvevők is bizonytalanok abban, hogy az Úr asztalához járulhatnak-e.[564] Felmerülhet a kérdés, hogy mit kezdjünk azokkal, akik nem konfirmáltak, mégis a betegágy melletti lelkigondozás alkalmával bűnvallást tettek, és szívből vágynak arra, hogy az úrvacsora jegyeivel éljenek. Erre a kérdésre felelnünk kell, hiszen hol lehet fontosabb a bűnvallás és a feloldozás, mint éppen a beteg, szenvedő ember krízisében. „Manapság különös probléma, hogy éppen a betegségekkel összefüggésben nagy igény van a személyes bűn nyílt kimondására és legyőzésére, de a sérelmekre is, amelyek egykor a gyónás intézményében formálisan kifejezésre juthattak, azonban ma csak individuálisan és lelkigondozói segítséggel tudunk megfogalmazni."[565] – mondja *Stollberg*. A betegágy melletti lelkigondozói beszélgetésben elhangzott őszinte bűnvallás és rövid tanítás után akkor is ki lehet szolgáltatni az úrvacsorát, ha a beteg nem konfirmált, de hisz megváltó Urában. Ezek ismeretében ugyanis nem méltatlanul él azzal, hanem szívből és igazán, mint akinek testi gyógyulásában lelki gyógyulásra és megtisztulásra is szüksége van. Isten „nem gyönyörködik a bűnös halálában, hanem hogy

---

[562] Hézser: Pasztorálpszichológiai szempontok, 212. o.

[563] Magyarországon az evangélikus egyház kirendelésében 9 aktív kórházlelkész szolgál, Budapesten, Békéscsabán, Kiskunhalason, Miskolcon, Nyíregyházán és Ózdon. A római katolikus kórházlelkészek nagyrészt gyülekezettel rendelkező papok, akik többnyire a szentségek kiszolgáltatása céljából keresik fel a betegeket. Kiemelkedik közülük a Budapesti Kórházlelkészség, a Budai Irgalmasrendi Kórház lelkigondozói és a Váci egyházmegye kórházlelkészi szolgálata. Görög katolikus kórházlelkészek Debrecenben és Miskolcon szolgálnak.

[564] Érdemes jelezni, hogy az úrvacsora sákramentumával élhet mindenki, akit Isten Lelke erre indít.

[565] Stollberg: Lelkigondozás és istentisztelet, 216. o.

megtérjen és éljen." (Ez 18,23; 33,11) Bibliai példát említve, „a megfeszített gonosztevőről nem olvassuk, hogy szabályos bűnbánatot tartott volna, hogy megkeresztelkedett és megkonfirmált volna. De amit – társát korholva – mondott, azzal bűneit elismerte, bizonyságot tett az igaz Jézusról, majd hozzá fordult, rábízta magát és a halál utáni állapotát, és Jézus elfogadta őt."[566] Téves elgondolás az, hogy úrvacsorára a halálos ágyon van szükség. Az úrvacsora sokkal inkább egy jel, amely által a beteg arról nyer bizonyosságot, hogy nem izolálódott, hanem még mindig az élők világába és közösségébe tartozik.[567]

3.4.3. Az istentisztelet tartalma a páciensek között

Amint a betegágy mellett felmerül a kérdés a hozzátartozóban, hogy miről beszélhet és miről nem, ugyanúgy a lelkész is elgondolkodik azon, hogy vannak-e ún. „kórházi igék" és „nem kórházi igék", amelyekről szólhat, illetve témák, amelyeket érdemes felhozni, és témák, amelyekről nem kell beszélni. Egyszóval kérdés, hogy mit prédikáljon a lelkész a kórházban. Nemes egyszerűséggel azt válaszolhatnánk, hogy semmi mást, csak az evangéliumot. Az evangélium üzenete azonban csak akkor szólal meg hiteles módon a betegágy mellett, ha a lelkész empatikus, elfogadó, kongruens lelkigondozóként fordul a másik felé. Ha megérti a másikat, ha belép annak világába, ha jelen van szenvedései között. Ennek híján a lelkész beszélgetése autoriter szónoklat marad, olyan távolságban állva a betegtől, melyben nem érhet el hozzá az evangélium.[568] Ezért a következő gondolatok előtt feltétlenül fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a betegágy mellett előbb meg kell ismerni páciens fájdalmát, terheit, meg kell nyerni a bizalmát. Megfelelő empátiával érzékelni kell azt, hogy hol tart betegsége elhordozásában, Istennel való kapcsolatában, és ezekhez mérten kell rászabni az üzenetet, sem többet, sem kevesebbet nem mondva, mint amit éppen az adott körülmények között elbír. A kórházi, nagyobb közösség számára tartott istentiszteletek alkalmával ezeket nem lehet egyénenként figyelembe venni, ezért ezek az alkalmak a betegségben szenvedőket és ápolóikat, gyógyítóikat egyaránt el kell, hogy érjék. Mégis alapelv, hogy a kórházlelkész ne ítéletet, hanem irgalmat hirdessen a reményvesztett emberek számára és Isten szeretetében, Jézus Krisztus kegyelmében és a Szentlélek közösségében, alkalmas időben felkínálja a bűnbánat, a bűnvallás és a feloldozás lehetőségét.

---

[566] Tegez Lajos: „Eljövök és magam mellé veszlek" (Jn 14,3) MRE Kálvin János Kiadó, Budapest, 1996. 17. o.
[567] Winkler: Seelsorge, 484-485. o.
[568] Uo. 483. o.

Piper hangsúlyozza, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész azokról a bibliai szakaszokról beszéljen, amelyek őt is megszólították, amelyeknek mondanivalója saját élete történetévé váltak.[569] Olyan bibliai szakaszokat, történeteket érdemes behozni a beszélgetésbe, amelyekben a lelkigondozó is megtalálta önmagát, mely számára is elevenné lett, s ezen a módon másokat is megeleveníthet. Mindig figyelni kell azonban arra, hogy ne konfrontálódjon a beteg túl korán a Biblia szavaival, mert akkor inkább zavaró számára, mint hogy segítséget jelentene. „A betegen akkor segít, ha belekapcsolódunk az ő kiáltásába, ahelyett, hogy átsiklanánk felette, vagy egyenesen megtiltanánk neki […] Egy istentiszteleten az igehirdetésnek megvan a maga határozott helye. Egy beszélgetésben nem lehet betervezni, – de mégis megtörténhet […] Egy beszélgetésben csak akkor lehet megtalálni az utat felebarátunkhoz, ha az Igét saját, személyes bizonyságunkként, saját érintettségünk miatt mondjuk ki."[570]

Amikor egy gyermeknek fájdalma van, és sírva odaszalad édesanyjához, arra vágyik, hogy kisírhassa magát anyja vállán, és anyja addig ölelje őt, míg meg nem nyugszik. Ebben a szimbiózisban vigasztalódik, sokszor szavak nélkül, édesanyja szeretetében.[571] Amikor egy beteg istentiszteletre érkezik, mintha Istenhez igyekezne, hogy fájdalmát kisírja, és Isten szeretetében megnyugvást találjon. Jézus maga is erre hív: „Jöjjetek énhozzám mindnyájan, akik megfáradtatok és meg vagytok terhelve, és én megnyugvást adok nektek." (Mt 11,28) A spirituális krízisben, egzisztenciális válságban, szomatikus fájdalmak között kínlódó páciens számára aktuális kérdés a betegség oka, a szenvedés értelme és célja. A lelkigondozó nap, mint nap találkozik nemcsak a beteg ember, hanem önmaga lelkében is az értelmetlenség érzésével, a kiszolgáltatottsággal és a tehetetlenséggel. „Ami a szenvedésben a legelviselhetetlenebb, az annak értelmetlensége."[572] A teodíceakérdés a betegben és a lelkigondozó-kórházlelkész lelkében is megfogalmazódik: Miért engedi ezt Isten? Hol van Isten a szenvedés idején? A betegágy mellett a lelkigondozó a beteg „Miért?" kérdéseire nem adhat feleletet, mint ahogy maga a keresztyén hit sem kínál erre egyszerű magyarázatot. Lázadások vagy éppen Istent kereső kiáltások ezek a szavak, amelyek felszakadnak a szenvedő ember lelkéből. A lelkigondozó feladata nem a választ megadni, hanem jelen lenni, együtt érezni, meghallgatni,

[569] Piper: Meghívás beszélgetésre, 66. o.
[570] Uo. 72. o.
[571] Gestrich, Reinhold: Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal, 3. vollständig überarbeitete und neu gastaltete Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2006. 85. o.
[572] Piper: Meghívás beszélgetésre, 87. o.

szabad utat engedni a keserűség, a fájdalom, a csalódottság, a kételkedés és a harag hangjainak.[573]

Ha adatik válasz ezekre a kérdésekre azt a lelkigondozói beszélgetés folytán mind a beteg, mind a lelkigondozó maga kaphatja meg Istentől. *Tegez Lajos* szerint „ha egyáltalán valami szükség lehet ránk, akkor csak annyi, hogy Isten vigasztaló, bátorító, megszólító üzenetét tolmácsoljuk, szinte csak magában, mert Isten az, aki felkészít minket, Igéje és Szentlelke által."[574] Vagyis Isten készít fel mindarra, ami következik, ebben a lelkész tolmács csupán, olykor mindenféle magyarázat nélkül a tiszta ige szószólója. Miután meghallgatta páciensét, egyrészt vigasztalnia kell a megfáradt, megkeseredett, reményvesztett beteget, másrészt bátorítania, reményt önteni belé, továbbsegíteni. Alkalmas időben el kell mondania Isten megszólító üzenetét, melyet az ember a szenvedésben olykor mélyebben megérthet, mint egészséges mivoltában.

A vigasztaló üzenet szólhat a Zsoltárok könyvéből, melynek imádságai, mélységei és magasságai a beteg ember érzésvilágát is bemutatják. „A zsoltárok az emberi lélek tükrei a halál sötétségének mélyére vezetnek ugyanakkor az életre vezető utat mutatják meg."[575] Ezekben a 3000 éves imádságokban az ember panasza, siralma fogalmazódik meg, aki Istenhez kiált, s mikor kisírta lelkének összes fájdalmát, akkor talál a Mindenható oltalmában vigasztalást.[576] Először panaszkodik, aztán megvigasztalódik. Ha lelkigondozottainknak volt alkalma panaszkodni, kibeszélni fájdalmukat, vagy az istentisztelet során a zsoltárossal együtt tudnak fohászkodni, akkor jelenthetnek számukra vigasztalást ezek az őszinte fohászkodások. De szólhat a próféták könyveiből, különösen Ézsaiás próféciáiból, ahol a vigasztalás, a szabadítás és az Istenhez tartozás reménysége szólal meg. Jézus tanításai és a gyógyítási történetek bátorítólag hangozhatnak, különösen a János 9,3 üzenete lehet megszólító a betegséget büntetésként megélő szenvedőknek. A szenvedés értelme felől sok beteg érdeklődik, s számtalanszor égbe kiált a hang: Miért ért el engem mindez? Miért pont én? Mit vétettem? Miért ver engem az Isten? Meddig tart még a szenvedésem? S ha választ nem is tud adni ezekre a kérdésekre a lelkigondozó, meghallgathatja a beteget, s mikor az már kiöntötte minden panaszát és kész meghallani más szavát, akkor felhozhat bibliai példákat szenvedő emberekről. Jóbról, akinek a barátai próbáltak magyarázatokat adni a szenvedésére, de igazán akkor nyugodott meg, amikor visszatalált Istenhez, amikor „átéli, hogy az az Isten, akit ő akart

---

[573] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 405. o.
[574] Tegez: „Eljövök, és magam mellé veszlek" 12. o.
[575] Janowski, Bernd: „Heile mich, denn ich habe an dir gesündigt" (Ps 41,5), in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009. 306. o.
[576] Gestrich: Gespräche mit Schwerkranken, 83. o.

kezében tartani – mert ha ezzel barátait vádolta is, maga is ezzel a kísértéssel küszködött – , ez az Isten tartja kezében őt."[577] Vagy szólhat az üzenet Pálról, aki testi szenvedéseit Krisztussal való találkozásának mindent megváltoztató élménye mögé sorolja, s képes benne áldást és kegyelmet találni.[578] De lehet szó névtelen betegekről, betegeket hordozó gyülekezeti közösségekről, s mindezt megkoronázva magáról Jézusról, aki isteni erővel gyógyította és hordozta a bűnösöket és a szenvedőket, s aki mindent feláldozva szenvedett az emberért. „Benne, keresztjében és feltámadásában, mivel elszenvedte a szenvedést, megtörtént hát a nagy irányváltás: a szenvedés értelmet nyert. Szava és tette pedig mindig döntésre hív, aki mellette dönt, annak életében – mint Pál esetében láttuk – a szenvedésélményt felváltja a Krisztus-élmény. A magam szenvedésének az ügye ebben a döntésben oldódik meg."[579] A miért kérdéseket felválthatják a mivégre kérdések, melyek az értelmet keresik, s a betegség megítélésében egy új dimenziót nyithatnak.[580] Ez a megváltozott látásmód új erőket mozgósíthat a betegség elhordozásában. Meglátásunk szerint a kórházi lelkigondozás legnagyobb csodája, amikor a szenvedésélményt felváltja a Krisztus-élmény, melynek tükrében a rendszerszemléletű lelkigondozói folyamat során, az aktuális vonatkoztatási rendszerben a beteg meg tudja fogalmazni, hogy Krisztussal hogyan élhetne másként.

Eljöhet azonban az az idő is, amikor már kevésbé használható a tanítás, a beteg már nem képes kommunikálni, csak csendben vár. Hennig szavai szerint „a súlyos betegségben szenvedők, a halál kapujában állók várják, és éppen tőlünk várják, hogy biztató szavakat, és a szavakon keresztül erőt kapjanak erőn felüli helyzetük elhordozásához."[581] A halál kapujában arról szólhat a lelkész, amit a halálon túli életről számunkra elmond a Biblia. A János 14,1kk „Ne nyugtalankodjék a ti szívetek, higgyetek Istenben és higgyetek énbennem. Az én Atyám házában sok lakóhely van, ha pedig nem volna, megmondtam volna nektek. Elmegyek, hogy helyet készítsek néktek." Vagy megszólalhat a Jelenések könyve 21,3kk: „Íme, az Isten sátora az emberekkel van, és velük lakozik, és azok az ő népei lesznek, és maga az Isten lesz velük, az ő Istenük. És az Isten letöröl szemükről minden könnyet, és halál sem lesz többé, sem gyász, sem jajkiáltás, sem fájdalom nem lesz többé, mert az elsők elmúltak […] íme, mindent újjá teszek […] én vagyok az Alfa és az Omega, a kezdet és a vég. Én a szomjazónak adok az élet

[577] Szabó Csaba: Hit és szenvedés, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 1998. 39. o.
[578] Uo. 49. o.
[579] Uo. 78. o.
[580] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 405. o.
[581] Hennig: Isten igéje elkísér, 5. o.

vizének forrásából ingyen. Aki győz, örökségül nyer mindent, és annak Istene leszek, és az fiam lesz nékem."

A haldoklók mellett sokszor nem is kell egyebet mondani, mint pár személyes szót, és Isten igéjét, mint ahogy Hennig vallja: „A betegágynál és a haldoklók mellett mondott igehirdetés Isten igéjéből él, és – még inkább, mint a prédikáció más formái – az Úr igéjében él."[582] Gestrich felhívja a figyelmet arra, hogy a vigasztalás nem „általat, hanem hordoz", „nicht trügt, sondern trägt".[583] A görög vigasztalni ige, παρακαλεω, szó szerint azt jelenti, hogy „mellé hívni", mint ahogy egy gyermek hívja az édesanyját vagy a testvérét, mert az a vigasztalás számára, ha közösségben van azokkal, akik szeretik. A magányos betegeknek és a haldoklóknak éppen erre a melléállásra van szükségük. Sokkal inkább a jelenlét fontos, mint a szavak, ezzel közvetíti a lelkigondozó Isten szerető jelenlétét. A feloldozás és az áldás szintén e különös istentisztelet részévé válhat, különösen akkor, ha a lelkigondozó ismeri a beteget, és korábban volt alkalma beszélgetni vele az életéről. „Szükséges Isten színe előtt, kezünket a megfáradt fejre téve ünnepélyesen biztosítani a haldoklót bűnei bocsánatáról."[584] Az áldás erő, isteni jelenlét, gyógyító szavak kimondása a beteg ember felett. Rítus, melyre a szenvedő embernek szüksége van.

3.4.4. Gyászistentiszteletek a kórházban

A 21. században amikor a beteg többnyire nem otthonában hal meg, hanem valamilyen intézményben, kórházban vagy idősek otthonában, érdemes szólni a *gyászistentiszteletekről* is. „A modern társadalom hospitalizálta a halált." [585] A hozzátartozó tehát nem a család rendszerében kíséri és gondozza a beteget a haldoklás folyamatában, hanem átadja őt egy idegen rendszernek. A kórház rendszerében szembesül azzal, hogy rokona már nincs az élők sorában. A vallás sok esetben mellőzött a mai társadalomban, de amikor a halálról van szó, egyértelmű az igény arra, hogy az egyház megjelenjen, s a haldoklóval foglalkozzék. A haldoklás és a halál idején igen hangsúlyossá vált az egyház jelenléte egyrészt az érintettek szempontjából, másrészt a társadalom rendszerére és saját küldetésére tekintve.[586] A betegágy

[582] Uo. 26. o.
[583] Gesrtich: Gespräche mit Schwerkranken. 83. o.
[584] Hennig: i. m. 58. o.
[585] Lemmer, Kerstin: Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchener Vertrag, Neukirchen-Vluny, 2004. 42. o.
[586] Uo. 47. o.

mellett és a kórházi istentiszteleten egyaránt fontos a lelkigondozó-kórházlelkész jelenléte, aki figyel a gyászolóra és megfelelő módon szólhat vigasztaló szavakat.

Morgenthaler kiemelten foglalkozik az egyén és a család gyászával és a gyászistentiszteletekkel.[587] Mivel rendszerszemléletű vizsgálódásunk szempontjából ez a téma különösen fontos, röviden kitérünk ezzel kapcsolatos meglátásaira.

Egy családtag elvesztése mindig traumát okoz egy családi rendszerben. Különösen nehéz a helyzet, amikor egy gyermeket kell elveszíteni és a szülők keresik saját hibáikat, vergődnek abban, hogy mit lehetett volna másként tenni, vétkesnek és felelősnek érzik magukat és másokat is. „A gyermekkel a szülők elveszítik a jövő egy részét."[588] A gyászolók a családban sokszor egymáshoz fordulnak vigasztalásért, férj és feleség, nagyszülők vagy az eltávozott gyermek testvérei is, de gyakran saját gyászuk miatt képtelenek megadni a másiknak azt a védettséget, amit keres. Ebből a helyzetből újabb konfliktusok keletkeznek a házasságban és a családi rendszerben. Ezért fontos egy család gyásza esetén rendszerben látni az individuális gyászt. Bárkit veszít is el a család, az első sokk után törvényszerűen felborul a családi rendszerben a megszokott egyensúly, zavar keletkezik. A gyász kontrollálásának fázisában a tagok megpróbálnak megbirkózni az elvesztés tényével, a családban megszokott módon, a rendszer számára hagyományos eszközökkel. Az individuum regressziójának fázisával párhuzamosan a családi rendszerben autopoiétikus módon megindul az újraszerveződés, jó esetben aktivizálódnak az erőforrások. Végül az adaptációs fázisban, amikor az egyénnek sikerül elfogadnia az új helyzetet, helyreáll a rendszerben egy új egyensúly. Ebben a folyamatban az individuális gyászreakció és a rendszerfolyamatok kölcsönösen befolyásolják egymást.[589] A lelkigondozónak észlelnie kell, hogy a haláleset miatt összeomlott családi rendszer és benne az egyén éppen hol tart, s az adott fázisban mire van szüksége.

Gyászszertartást, temetési istentiszteletet többnyire a gyülekezeti lelkészek tartanak, de előfordul, hogy a család ragaszkodik a kórházlelkészhez, és őt kéri fel erre a szolgálatra. Ez feltételezi, hogy a lelkigondozó korábban már ismerte a családot, vagy annak egy részét, beszélgetett nemcsak a beteggel, hanem hozzátartozóival is. Ebben az esetben van rálátása a családi rendszerre – feltételezhetően elsősorban az eltávozott családtag vagy egy-egy hozzátartozó szemszögéből – s a temetést megelőző beszélgetés nem az első alkalom, amikor a családdal találkozik. A lelkigondozónak fontos figyelnie arra, hogy milyen a család

[587] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 229-252. o.
[588] Uo. 232. o.
[589] Uo. 235. o.

struktúrája, milyen életszakaszban éri a családot a gyász, s milyen erőforrásokat tud mozgósítani a család a gyász feldolgozására. Vagyis, milyen alrendszerek csatlakoznak a család rendszeréhez, hol húzódnak határok családtagok vagy generációk között? Ki milyen kapcsolatban van a másikkal, milyen a családi hierarchia, milyen függőségi kapcsolatok állnak fenn, respektálják-e egymást a családtagok, milyen családi szabályok mentén rendeződik a közösség élete? Milyen alianszok, koalíciók vagy triangulációk bukkannak fel a rendszerben, hogyan fejezik ki a családtagok a gyászukat és hogyan reagálnak a családtagok egymás gyászára?[590] A beszélgetésbe szükséges beemelni a hit rendszerét is, ezt azonban sokszor a hozzátartozó teszi meg, anélkül hogy erre a lelkigondozónak kéne törekedni. A családtagokat foglalkoztatja a kérdés, hogy miért éppen most és miért éppen így kellett meghalnia a betegnek, mivel szolgált rá arra, hogy így végezze. A lelkigondozó továbbsegítheti a gondolkodást azzal, ha arról kérdezi a családtagokat, milyen reménységük van a halál utáni élet felől, vajon mit gondolhat Isten az elveszített családtagról, hogyan segíthet Isten ebben a helyzetben, hogyan érezték Isten jelenlétét az elmúlt időszakban? A cirkuláris kérdések kiemelhetik a lelkigondozottat saját, esetleg beszűkült látásmódjából, s új irányba mutathatnak. Megkérdezheti a lelkigondozó a beszélgetés közben, hogy hogyan vélekedik az egyik családtag arról, amit a másik családtag mondott. Ha most itt lenne az elhunyt, vajon mit mondana saját haláláról, mit hallana szívesen, minek örülne? Mások nézőpontját is behozhatja a beszélgetésbe a rendszerszemléletű lelkigondozó, s megkérdezheti, hogy vajon mit gondolnak a beteg haláláról azok a hozzátartozók, akik most nincsenek itt és vajon mit gondol a lelkigondozó erről a családról, a halálesetről, a beszélgetésükről? Ezek a kérdések kimozdíthatják, és előrébb vihetik a gyászolókat a családi rendszer újraépítéséhez, mert saját gyászuk mellett mások gyászát, halállal kapcsolatos gondolatait és véleményét is átgondolhatják, értelmezhetik.

A kórházlelkésznek szembe kell néznie azzal, hogy a búcsúzás alkalma a családot általában még a sokk fázisában éri, ekkor realizálódik véglegesen a halál ténye, s kerül sor a tényleges elszakadásra. A rendszerszemléletű folyamatban a család lelkigondozása mellett a haláleset teológiai értelmezése ugyanolyan hangsúllyal bír. A búcsú-istentiszteleten elhangzott igehirdetés fontos szerepet játszhat a család gyászfeldolgozásában. Egy családtag elvesztése arra kényszeríti a család rendszerét, hogy az új helyzetben újra felépítse önmagát. Ebben az átalakulási folyamatban nagy segítség lehet egy-egy metafora az igehirdetés során, mely a család számára korábban is fontos volt, s valamiképpen szimbolizálja a gyászt, illetve a

[590] Uo. 238. o.

továbblépés lehetőségét. Morgenthaler úgy véli, hogy az igehirdetés háromféle pozícióból szólhat: az egyik, amikor úgy beszél a lelkész, mintha maga is családtag lenne, a másik, amikor kívülálló családtagként szólal meg, a harmadik pedig, amikor viszonylagos kívülállóként[591] hirdeti az igét.[592] Aki az igehirdetés kérügmatikus jelentőségét domborítja ki, az többnyire a kívülálló családtag pozíciójából beszél, aki pedig az igehirdetésben is a lelkigondozásra teszi a hangsúlyt, egészen szoros kapcsolatban állva a családdal, az inkább egy befogadott családtag szemszögéből szól. A rendszerszemlélettel közelítő igehirdetőnek azonban legjobb esetben a viszonylagos kívülálló pozícióját kell választania, ugyanis egyedül ez a szerep engedi meg számára, hogy a családdinamikával emocionális kapcsolatban maradjon, de ne is oldódjék fel abban és ne is rekesztődjék ki abból teljesen. Ebből a pozícióból megfelelő rálátása van az adott helyzetre, tud visszajelzéseket adni, képes a szituációt körüljárni és újraértelmezni. A családi rendszert ismerve, ahhoz kapcsolódva jelenítheti meg az evangéliumot, mellyel a gyászoló család számára új megvilágításba helyezheti a történteket.[593]

Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész sokszor maga is érintett, maga is gyászol egy-egy beteg elveszítésekor, hiszen többnyire lelkigondozói kapcsolatban állt azzal, akinek a családja temetési istentiszteletre kéri fel. Sok esetben szinte családtagnak érzi magát, annak előnyeivel és hátrányaival egyaránt. Az istentisztelet tartásakor azonban figyelnie kell arra, hogy érintettsége ne mélyítse a család gyászát, hanem vigasztalást és megfelelő segítséget nyújtson a családi rendszer újraépítéséhez. Ezért a lelkigondozó-kórházlelkészek esetén különösen fontosnak tartjuk a viszonylagos kívülálló pozícióját – aki a családtól független, ugyanakkor mégis közel áll a családhoz – mert ebből a nézőpontból tud megfelelően segíteni a családi rendszer újraépítésében.

3.4.5. Az istentiszteleti alkalom szolgálattevője

Korábban szóltunk arról, hogy a lelkigondozó-képzésben fontos helyet foglal el a tanulmányok között az önismereti stúdium. A lelkésznek tisztában kell lennie azzal, hogy miért választotta szolgálatát, és miért választotta ki őt Isten, vagyis milyen képe van önmagáról, és milyen felső, belső és külső elvárásokkal néz szembe. A felső elvárás Isten küldése, elhívása és az ember keresztyén életszemlélete alapján alakul. A belső elvárás az embernek önmagáról és segítő

[591] Stierlin fogalma a „bezogene Individuation", lásd a 129. lábjegyzetet, vö. Stierlin, Helm: Gerechtigkeit in nahen Beziehungen. Systemisch-therapeutische Perspektiven, 2. Auflage, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2007. 52-56. o.
[592] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 245. o.
[593] Uo. 239. o.

foglalkozásáról kialakított képe, a külső elvárás pedig az archetípusok által meghatározott őskép, amely genetikai örökségként a kollektív tudattalanban él *Carl Gustav Jung* szerint.[594] Ezek az elvárások és ősképek meghatározzák a lelkigondozó szolgálatát, s a körülötte élőkkel való kapcsolatát. A kórházi istentisztelet szolgálattevőjéről gondolkodva tehát abból a tételből indulunk ki, hogy a lelkész személye és személyiségtípusa befolyásolja az istentisztelet kimenetelét, még akkor is, ha hisszük, hogy aki mindent elvégez, az Isten maga.

Hans Joachim Thilo három ősvágyat és archetípus variánst emleget, melyek ismerete segít minket abban, hogy az istentisztelettel és lelkésszel kapcsolatos ösztönös elvárásokat megértsük, és szem előtt tartsuk.[595]

Az első a sámán típus, mely látnok, próféta, sorsmagyarázó és mágus. A sámánnak hatalma van arra, hogy a meghalt lelket átvezesse a túlvilágba, hogy szertartásokat celebráljon, hogy gyógyítson és mindeközben politikai befolyással is bírjon. A kórházi ágyon fekvő beteg vagy hozzátartozója elvárja a lelkésztől, hogy kieszközölje a transzcendens világtól a gyógyulást, ezért imádkozzék, vagy ha erre már nincs mód, átvezesse a lelket a túlvilágba.

A második az áldozópap vagy mágus típusa. A mágusok feladata a transzcendenssel való kapcsolattartás, a túlvilági hatalmasságok megnyerése és az áldozás gyakorlása. A beteglátogatás alkalmával ez az igény akkor jelenik meg, amikor a szenvedéssel való küzdelemben és halálfélelemben a betegnek nem elég a gyülekezeti tag vagy a diakónus, hanem mindenáron a lelkész imádságára vágyik. A pap feladata, hogy a numen, az isteni erő és hatalmasság akaratát közvetítse, és szükség esetén azt befolyásolja. Mit akar velem Isten? Miért engedi meg ezt az életemben? Mi a terve velem? Meggyógyulok-e még? Meg lehet-e változtatni ezt a folyamatot? Állandó kérdések ezek a betegágy mellett, melyekre a páciens választ várna a lelkésztől.

A harmadik a protestáns-rabbinusi típus, mely a reformáció szülötteként a vallástörténet legfiatalabb formája az eddig tárgyalt sorban. Ez a típus a prófétai, a rabbinusi és a papi funkciót egyaránt magában foglalja. Prófétai, tehát nem csupán a templomban, hanem a világ legkülönbözőbb helyein is megjelenik, hogy Isten üzenetét elmondja. Rabbinusi, vagyis írásmagyarázó, tanító, aki Isten igéjét magyarázza, érthetővé teszi a hallgatók számára. Végül papi, a legkisebb mértékben, letisztult, puritán rítussal és liturgiával.

---

[594] Hézser Jungot idézi: Uo. 33. o.

[595] Thilo, Hans-Joachim: Die therapeutische Funktion des Gottesdienstes, Johannes Stauda Verlag, Kassel, 1985. 147kk. Vö. Scharfenberg, Joachim: Einführung in die Pastorapsychologie, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1994. 46. o. 57-60. o. 86. o.

A kórházlelkész mint próféta, legjobb esetben a kórházi kápolnában, azonban leginkább a templomon kívül, a betegágy mellett, a betegosztály folyosóján, a műtéti előkészítőben vagy éppen egy infúziós szerelék mellett hirdeti az igét. A kórházlelkész mint rabbi, tanítást ad a szenvedésről, a bűnről és büntetésről, Jézus irgalmáról, Isten megbocsátásáról, az újjászületésről, a feltámadásról és Isten akarata elfogadásáról. Teszi ezt rendkívüli érzékenységgel, tapintattal és irgalommal a betegágy mellett vagy még inkább a kórházi istentisztelet alkalmával. Végül a kórházlelkész mint pap istentiszteleti liturgiát vezet, szimbólumokkal, rítusokkal szolgál.

A kórházi istentiszteletekkel kapcsolatban azonban mindezek mellett különös hangsúlyt kell kapnia a személyességnek, ha azt akarjuk, hogy az istentiszteleten résztvevők szíve megnyíljék és lelkigondozói beszélgetésben folytatódhassék az, ami az Istennek szentelt ünnepen elkezdődött. Az igehirdetés személyességét *Axel Denecke* hangsúlyozza.[596] Tapasztalata szerint a prédikáció akkor jut el igazán a hallgatókig, ha az ember a maga egész személyiségével benne van, és saját érzéseit és meglátásait közölni tudja. Annak ellenére, hogy az istentiszteletre érkezők talán egészen más emberek, mint a lelkész, mégis a személyes igehirdetés érinti meg a lelküket. Lehet, hogy az igehirdető más személyiség, mint a hallgatói, más problémákkal küzd, mint azok, akik vele szemben ülnek, mégis vannak hasonló élményei, vágyai, örömei, bánatai, vagy éppen kérdései. Az istentisztelet szolgálattevője és az ige hallgatói között különbségek és hasonlóságok egyaránt felfedezhetőek. Az igehirdetés során folyamatosan figyelni kell arra, hogy mikor engedi a lelkész egészen közel magához a hallgatókat, s mikor hagy meg egy bizonyos távolságot. Az igét úgy kell hirdetni, hogy a beszéd tükrözze a személyes érintettséget, mégis maradjon nyitott a másik ember történetére, hogy ne zárja le idő előtt a kérdést, hanem teret adjon a hallgatónak arra, hogy saját élete felől elgondolkodjék, s kérdéseire választ keressen. A személyes prédikáció titka abban rejlik, ha a prédikátor nem rejtőzik el a textusa vagy egy hangsúlyos dogmatikai tétel mögé, hanem az igehirdetés során láthatóvá, és érinthetővé teszi önmagát, mint aki maga is a hit tanúja.[597] „Bár én, én vagyok és nem te. De én nemcsak én vagyok, hanem én, te is vagyok a hitemben és az életemben."[598]

A személyes prédikáció jellemzője, hogy a lelkész tud a saját csalódásairól és örömeiről, bukásairól és győzelmeiről egyaránt beszélni. Arról, a hitről, amit ő maga is Istentől kapott,

[596] Denecke, Axel: Persönlich predigen. Zweite erweiterte und aktualisierte Neuauflage, Hamburger Theologische Studien Bd. 24, LIT Verlag Münster-Hamburg-London, 2001.
[597] Uo. 20. o.
[598] Uo. 21. o.

azért, hogy másokat tovább gazdagíthasson azzal. Szolgálatából eltűnik a félelem attól, hogy ki mit szól a mondanivalóhoz, ki hogyan ítéli meg az elhangzott beszédet. Szabadon, nyitottan és elfogulatlanul beszél arról, hogy mit élt meg, tudván, hogyha megnyitja saját lelkét, akkor könnyebben megnyílik hallgatóinak lelke is. A személyes prédikáció sajátja, hogy a lelkész egyértelműen és kézzelfoghatóan szól, de mégis úgy, hogy hallgatóinak legyen lehetősége egyetértést és ellenvéleményt egyaránt megfogalmazni. A prédikátor tehát nem a hallgatók felett, hanem közöttük áll, velük egy szinten, s elfogadja mások hozzászólását, ellenkező véleményét, hittapasztalatát. Személyesen beszél, szabaddá teszi a jelenlévőket arra, hogy az igehirdetést személyesen hallgassák, válaszokat fogalmazzanak meg és azt saját életükre nézve továbbmeséljék. A prédikáció individualizálása azt jelenti, hogy továbbadom, amit kaptam, konkrét kapcsolatba kerülök a hallgatókkal, rendelkezésre bocsátom magamat, anélkül, hogy közben bármit veszítenék, és arra hívom a hallgatókat, hogy ők is adjanak magukból, anélkül, hogy önmagukat feladnák. A személyes prédikációban a lelkész tudatában van annak, hogy hite nem kész, sokkal inkább alakulóban van, éppen úgy, mint a jelenlévőknek, vagyis szerényen prédikál, ami azt jelenti, hogy emberi módon beszél, és krisztusi módon hirdeti az igét. „Személyesen prédikálni azt jelenti: lelkigondozói módon prédikálni, és fordítva, lelkigondozói módon prédikálni azt jelenti: személyesen prédikálni.”[599] Ez a fajta személyes, lelkigondozói igehirdetés a kórházi istentiszteletek alkalmával különösen sokat segíthet abban, hogy a szenvedő embert megszólítsa, és abban támogassa, hogy szíve megnyíljék Isten és ember előtt, lelkigondozói beszélgetésre igényt tartva azután.

Mindeközben azonban nem szabad elfelejteni, hogy a kórházi istentiszteletnek és a betegágy melletti igehirdetésnek a Szentírás üzenetéről, az evangéliumról, Isten és ember kapcsolatáról, számos élethelyzetről, a szenvedésben megkapott krisztusi irgalomról és erőről kell szólnia, hiszen „a Biblia azokról a felismerésekről számol be, amelyeket a hívő emberek elengedhetetlennek tartottak életük számára, és amelyek életfontossága évszázadokon át beigazolódott.”[600] A kórházlelkész liturgikus-homiletikus funkciója a betegek mellett abban áll, hogy az istentiszteleti liturgiával, a Szentírás üzenetével, a személyes igehirdetéssel, a sákramentumok kiszolgáltatásával, szimbólumokkal és rítusokkal a szenvedők előtt ajtót nyisson. Hogy a lelkigondozói beszélgetésre igényt és alkalmat teremtsen, majd olyan felismerésekhez segítse pácienseit, melyek krízisben lévő életük és megerősítésre vágyó hitük

[599] Uo. 180. o.
[600] Hézser: Pasztorálpszichológiai szempontok, 90. o.

számára reménységet adnak, új dimenziót nyújtanak, s ennél fogva a betegséggel való megbirkózásban, a betegség elhordozásában és értelmezésében elengedhetetlenek.

Megállapíthatjuk, hogy a kórházi lelkigondozás liturgikus-homiletikus funkciójában ölt testet mindenki számára látható módon az egyházi és a kórházi intézményrendszernek az a közös tere, melyben a szenvedő és a szenvedés mellett létező ember Istennek szentelt ünnepe, és az Isten szenvedő és szenvedés mellett létező embernek adott kijelentése nyilvánvalóvá lesz. Az istentisztelet mint az egyházi rendszer megszokott eleme a kórházi rendszerben is használható, sőt feltétlenül használandó forma. A lelkigondozó-kórházlelkésznek sok esetben szükséges új utakat, új formákat, új kereteket keresnie a kórház rendszerében való megnyilatkozásra, s a lelkigondozás különféle lehetőségeinek gyakorlására. Az istentiszteleti forma azonban hasonlóképpen jelenik meg a kórház intézményében, mint az egyház intézményében, a rendszer valamennyi eleme és szereplője számára nyilvánvaló módon. A kórházi istentisztelet a kórház rendszerében kap helyet, ugyanakkor az egyház rendszerének vitathatatlan eleme. Hivatalos rá mindenki, aki a kórház intézményében betegként, hozzátartozóként vagy munkatársként jelen van. Az egyházi és a kórházi rendszer tehát a liturgikus-homiletikus funkcióban találhat egy olyan közös teret, melyben egyértelműen, valamennyi érdeklődő számára hangzik Isten igéje. Az istentisztelet kiemeli az embert magányából, s beemeli a hit és a hívő emberek történetébe.[601] A szenvedő és a szenvedés mellett létező ember, vagyis egyik oldalról a beteg és a munkatárs, másik oldalról az egyháztag és a kórházlelkész mint az egyház reprezentánsa egy közösségben lehet jelen. A kórházlelkész egyértelműen gyakorolhatja az egyházi rendszerben elsajátított, számára megszokott, hagyományos formát, ugyanakkor a kórház rendszeréhez alkalmazkodva választja meg annak helyét és idejét. Az istentiszteleti alkalmon résztvevők a kórház rendszerében látják egészen nyilvánvaló módon megjelenni az egyházi rendszerben elfogadott tradicionális alkalmat. Az egyházi és a kórházi intézményrendszernek ez a közös tere nyújt lehetőséget arra, hogy a kijelentés az adott egészségügyi intézményben a kórházi lelkigondozás liturgikus-homiletikus funkciójában igehirdetés formájában megszólaljon, Isten szeretetébe, Jézus Krisztus kegyelmébe és a Szentlélek közösségébe ölelve valamennyi jelenlévőt.

[601] Seiler: Wie eine Brücke, 551. o.

3.5. Teológiai elméletalkotó funkció

A lelkigondozó-kórházlelkész teológiai elméletalkotó feladatkörébe tartozik az egészségügyi intézmény teológiai tájékoztatása, a gyógyítás és ápolás, az egészség és betegség, az élet és halál, a közösség és a kórház, esetenként egyházi kórház mint intézmény teológiai értelmezése. Mindehhez a lelkigondozónak szüksége van a bibliai betegségfogalom pontos ismeretére, a beteggondozással kapcsolatos egyháztörténeti ismeretekre, és az évszázadok során formálódott teológiai koncepciók átlátására ebben a témában. Fontos figyelemmel kísérnie az aktuális egészséggel és betegséggel kapcsolatos kérdésekre adott teológiai válaszokat, publikációkat, folyamatosan interdiszciplináris együttműködésben állva munkatársaival. Tájékoztató feladata azonban kétirányú, nem csupán az egészségügyi intézmény felé kell működnie a teológiai, egyházi témákban, hanem fordítva is, az egyház felé egészségügyi, illetve kórházi lelkigondozói témákban, hiszen szolgálata mindkét rendszert érinti, illetve rendszerek határán állva, mindkettőnek része.

3.5.1. A lelkigondozó teológiája

A lelkigondozó-kórházlelkész teológiája kapcsán szólunk az értelemre irányuló kérdésekről, a betegségről mint büntetésről, az új lehetőségről az élet határán, valamint az eredeti rendszer helyreállításáról.

3.5.1.1. Az értelemre irányuló kérdésekről

„Én Istenem, én Istenem, miért hagytál el engem?” (Ps 22,2) Jézus a szenvedésben Isten után kiált, Őt szólítja, de Isten hallgat, nem reagál, minden sötétbe borul.[602] Csak három nappal később jelenik meg Isten fénye, amikor az asszonyok a sírt üresen találják, és angyalt látnak a szenvedés nyomai felett. A lelkigondozó-kórházlelkész nap, mint nap a betegséggel és a szenvedéssel kapcsolatos miértekkel találkozik mind a kórteremben, mind a nővér, mind az orvosi szobában. „Miért? Miért én? Miért ez a betegség? Miért most? Miért van egyáltalán betegség?”[603] A kórház intézményében a teodíceakérdés mindennapos, a páciens nem érti miért

[602] Janowski, Bernd: Konfliktgespräche mit Gott. Eine Antropologie der Psalmen, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn, 2009, 363. o.
[603] Bullard-Werner, Nancy: Sechs Schemata der Krankheitsdeutung, in: Karle, Isolde / Thomas, Günther (Hg.) : Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, 557. o.

éri ez a szenvedés, miért kell kórházban feküdnie, miért nem gyógyul meg, és miért engedi meg mindezt Isten. A nővér és az orvos a gyógyíthatatlan betegségekkel szemben állva harcol, és az orvostudomány lehetőségei és határai között vergődve befelé fordulva hallgat, vagy kifelé kiáltva megfogalmazza miértjeit. Amikor az ember ezeket a kérdéseket felteszi, mindig saját egzisztenciája felől közelít, önmagát, létezését érzi veszélyben.[604]

Karl Barth szerint a betegség pusztulást hoz Isten jó teremtésével szemben, s ilyen módon Istennel harcban áll, mint ahogy ezt Jézus gyógyításaiban számtalanszor megfigyelhetjük.[605] A betegség jele és kísérője az emberi bűnnel együtt járó romlásnak, Isten ítéletének és haragjának, tulajdonképpen a halál előhírnöke. Az emberi élet Krisztus keresztjének árnyékában megy végbe, aki elhordozta a pusztulást mint Isten ítéletét, majd elszenvedte, de egyben le is győzte a halált. Ezért az ember szenvedése Krisztus szenvedésének árnyékában zajlik, mely ugyanakkor erőt és türelmet adhat a betegség türelmes elhordozásához. Barth vallja, hogy a betegség önmagában értelmetlen esemény, mely a hit horizontján – nem szükségszerűen, de – más értelmet nyerhet.[606] A betegség alapvetően pusztító és romboló erőkkel rendelkezik, semmiképpen sem út az élethez. Új életet csak Isten adhat a megváltásban és a feltámadásban Jézus Krisztus által.

Rendszerszemlélettel megközelítve a kérdést, azt mondhatjuk, hogyha nincs megfigyelőtől független valóság, akkor nem feladata a lelkigondozó-kórházlelkésznek, hogy ezeket a kérdéseket maradéktalanul megválaszolja, hiszen a miértekre nincsenek általános érvényű válaszok. A kétségbeesett kiáltás többnyire Istennek szól, Istent provokálja a bizonytalanságban.[607] A betegségbe jutott embernek magának, saját élete kontextusában kell megtalálnia a választ arra a kérdésre, hogy életútja miért vezetett a szenvedéshez. „Szellemi nagykorúság az, ha valaki elutasítja, hogy az élet értelmére vonatkozó kérdésre adott feleletet egyszerűen a tradícióból vezesse le, inkább arra törekszik, hogy önmaga önállóan keresse élete értelmét."[608] *Viktor E. Frankl* megfogalmazására reflektálva azt kell mondanunk, hogy a keresztyén tradíció kontextusában, de többféle magyarázatra nyitottan, Isten és ember párbeszédében születhet meg a Krisztus-követő ember válasza arra a kérdésre, hogy miért

---

[604] Gollwitzer, Helmut: Krummes Holz – aufrechter Gang, Zur Frage nach dem Sinn des Lebens, Chr. Kaiser Verlag, München, 1970, 23. o.
[605] Barth, Karl: Die kirchliche Dogmatik, Die Lehre von der Schöpfung, III/4, Evangelischer Verlag, Zollikon-Zürich, 1957, 417. o.
[606] Uo. 425-426. o.
[607] Piper: Meghívás beszélgetésre, 79. o.
[608] Frankl, Viktor E. : Az ember az értelemre irányuló kérdéseivel szemben, Kötet Kiadó, Nyíregyháza, 1996, 45. o.

engedi meg életében a szenvedést Isten. „Sokan úgy értelmezik a betegséget, mint egy jelet Istentől, mely arra hívja fel a figyelmet, hogy valamit meg kell változtatni az életükben, meg kell térniük, mások pedig Isten büntetéséről beszélnek, és úgy érzik, hogy a gyógyulás Isten különleges áldása."[609] A mélyen vallásos emberek szenvedésük útját sokszor úgy értelmezik, mint a hazafelé vezető utat Jézus Krisztushoz. Vannak olyanok is, akik számára a betegség menekülés egy elhordozhatatlan élethelyzetből, kiszállás abból, ami körülvette őket, de maguktól nem tudtak belőle megszabadulni, képtelenek voltak életükön változtatni. Megint mások úgy látják, hogy a betegség egyszerűen egy üzemzavar, amit lehetőség szerint el kell hárítani.[610] A kórházi lelkigondozás alapkérdése, hogy a lelkigondozó hogyan reagál, mi módon felel a páciens betegséggel kapcsolatos kérdéseire. A lelkigondozó-kórházlelkész támogatója és segítője lehet a szenvedő, élete és betegsége értelmét kereső embernek, s ezért feladata, hogy a betegségről és a gyógyulásról megfelelő teológiai koncepciója legyen, ismerje a bibliai betegség- és gyógyítástörténeteket, és ezek üzenetét tolmácsolni tudja.[611]

3.5.1.2. A betegségről, mint büntetésről

A fájdalom és a szenvedés az ember Éden-kerten kívüli állapotában jelenik meg először az Ószövetségben. Engedetlenségben, Istentől távol, a jó és rossz tudásának emberi kézbevétele után az asszony fájdalommal szüli gyermekét, a férfi fáradsággal él a megátkozott föld terméseiből. Ami Isten közvetlen közelében elképzelhetetlen volt, az Istentől távol keserű valósággá válik. Az ember Istennel való kapcsolatában és engedelmességében egész, Istentől távol, engedetlenségben egész volta hiányt szenved, teljessége elvész. „Ha nem hallgattok rám, és nem hajtjátok végre mindezeket a parancsolatokat, és ha megvetitek rendelkezéseimet, és megutáljátok döntéseimet, ha nem hajtjátok végre minden parancsolatomat, hanem megszegitek szövetségemet, akkor én így bánok veletek: Meglátogatlak benneteket szörnyűségekkel: szemet elhomályosító és lelket gyötrő sorvadással és lázzal." (3Móz 14-16) Szemet homályosít és lelket gyötör a betegség, az ember teste-lelke szenved. A betegség az ószövetségi iratokban sok helyen Isten csapásaként éri azt, aki nem hallgat Teremtőjére. Lineáris gondolkodást figyelhetünk meg tehát, ok-okozati összefüggéseket, „mindennek, ami

[609] Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Eine Einführung in das Problemfeld, in: Karle, Isolde / Thomas, Günther (Hg.) : Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, 18. o.

[610] Bullard-Werner: Sechs Schemata der Krankheitsdeutung, 559-561. o.

[611] Jelen dolgozatnak nem célkitűzése, hogy a betegséggel és gyógyulással kapcsolatosan felfedje a Szentírás valamennyi üzenetét. Ez a téma meghaladja e tanulmány kereteit. Szükségesnek láttuk azonban a téma bibliai értelmezésének rövid áttekintését és felvázolását.

történik, oka van, és ezt az okot meg kell érteni."[612] Az ok általában az ember vagy a nép engedetlensége, a betegség konzekvensen a történtek következménye. A beteg bizonyára bűnös, minek következtében a környezete ellenségesen reagál rá és szociálisan izolálja.[613] Mivel a bűn vallásos bűn, a megoldás útja Isten felé vezet.[614] A rabbinikus irodalom szerint a beteg nem kelhet fel addig betegségéből, amíg minden bűne meg nem bocsáttatott.[615] Sorvadás, láz, gyulladás (5Móz 28,22), rosszindulatú és tartós betegség (5Móz 28,59), súlyos gyermekbetegség (2Sám 12,15), pusztító angyal (2Krón 21,15-18), veszedelem, Isten verése (Mik 1,12; 6,13) mind-mind a bűn, az engedetlenség következménye, az Isten-ember kapcsolat megromlása. „Az ószövetségi kegyesek betegségből való testi felgyógyulásának vágya mindig együtt jár azzal a kívánsággal, hogy Isten megbocsásson és az Isten-ember kapcsolat helyreálljon. Az tehát, hogy valaki egészséges vagy beteg nem csupán az ember belső világához tartozik, hanem minősíti az egyén Istennel való kapcsolatát."[616]

A betegség az antik ember számára a halál előfutára, félelmek forrása (2Kir 4,18-20; Jób 33,19-22),[617] a démonok jelenléte.[618] A betegséggel szembeni tehetetlenségében az ember közvetve vagy közvetlenül transzcendens segítséget vár, Istenhez vagy különféle istenekhez fordul segítségért (2Kir 1,2kk; 2Kir 8,8). Választ keres arra a kérdésre, hogy miért érte a baj és meddig tart a szenvedése. Istent tartja egyedül gyógyítójának és vigasztalójának (2Móz 15,26; Zsolt 103,3), aki enyhülést hozhat betegágyán (Zsolt 41,4-5). A panaszzsoltárokban a betegség, szegénység, fájdalom sokszor együtt jár az ellenség jelenlétével, s a betegség ilyen értelemben nemcsak testi, hanem szociális szenvedést, magányosságot és elszigetelődést is jelent.[619] Aki beteg, az szenved, mert az elvesztette a békességet[620] és azért fordul Istenhez, hogy benne nyugalmát újra meglelje (Zsolt 38,4). A gyógyulásban Isten békességét fedezi fel újra az ember.[621] Ebben az értelemben a gyógyulás és az egészség az egyensúly visszaállását és a

---

[612] Eckart, Otto: Magie – Dämonen – göttliche Kräfte. Krankheit und Heilung im Alten Orient und im Alten Testament, in: Ritter, Werner H. / Wolf, Bernhard (Hg.): Heilung – Energie – Geist, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2005, 208. o.
[613] Uo. 222. o.
[614] Uo. 223. o.
[615] Seybold, Klaus / Müller, Ulrich B. : Krankheit und Heilung, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart / Berlin / Köln / Mainz, 1978. 94. o.
[616] Hänle, Joachim: Heliende Verkündigung. Kerygmatische Herausförderungen im Dialog mit Ansätzen der Humanistischen Psychologie, Schwabenverlag, Ostfildern, 1997. 32. o.
[617] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 394. o.
[618] Seybold / Müller : Krankheit und Heilung, 93. o.
[619]Janowski, Bernd: „Heile mich, denn ich habe an dir gesündigt" (Ps 41,5), in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, 53-54. o.
[620] Salom: békesség, a harci helyzet ellentéte.
[621] Hänle: Heilende Verkündigung, 29. o.

közösségbe való visszakerülést is jelenti. Még ha a sötétség völgyében is jár az ember, nem fél, ha Isten vele van (Zsolt 23,4). Az ember a boldogságát nem találhatja meg Istentől távol, csak akkor, ha Isten közelében, Istennel közösségben él (Zsolt 16,2).[622]

A betegség mint az engedetlenség következménye Jób könyvében csupán a három barát véleményét tükrözi, Jób maga azonban vitázik ezzel. A tanítás lényege éppen az, hogy a betegség nem Isten bűnre való válasza, nem egy transzcendens átok, hanem e földi élet velejárója, próbatétel, melyben az embernek egyedül Isten ad választ. „A világban jelen van a szenvedés, Isten nem garantálja, hogy a világ egészséges marad, de azt igen, hogy nem hagy elsüllyedni a káoszban."[623] Jób számára éppen az a legfontosabb, hogy Isten nem némul el a bajban, hanem megszólítható. Kitart a végsőkig, bízik Isten jelenlétében, tudja, hogy Isten ott van az események mögött, csak nem tudja, és nem érti pontosan, hogy milyen módon van jelen. [624] Istenre vár, aki életét és igazságát helyreállítja. A barátok beszédükkel és okoskodásaikkal fárasztják és gyötrik Jóbot, Isten azonban meggyógyítja és megajándékozza őt. „Minden betegségnek és minden gyógyulásnak Isten a végső oka, vagyis a betegségben az ember nem eshet mélyebbe, mint Isten kezébe."[625] A Zsoltárok könyvének imádságai és Jób könyve egészen közvetlen módon beszélnek a betegségben átélt szenvedésről és a gyógyítás megtapasztalásáról. A prófétai tradícióban ezzel szemben a szenvedést az éppen aktuális események konkrét negatívumaiban fedezhetjük fel és az eszkatológikus reménységgel találkozunk, a jobb jövő, az új világ ígéretével.[626]

Új értelmezést hoz Ézsaiás prófétánál a szenvedő szolga alakja, aki sebeket hordoz a nép vétkei miatt, bűnhődése az Úr akarata, helyettes szenvedés (Ézs 53, 5-10). Sokak vétkét vállalja magára és közbenjár a bűnösökért. Az ítélet tehát nem a vétkezőt éri, hanem a helyettes szenvedőt, megjelenik az irgalom és a könyörület a bűnös iránt. Ezékiel is egy jó pásztorról beszél, aki nem hagyja a maguk útján halálba menni bárányait, hanem megkeresi az elveszetteket, a sérültet bekötözi, a gyengét erősíti. (Ez 34, 11-16). Újszövetségi képek ezek, előremutató gondolatok, Jézus Krisztus irgalmát és áldozatát elénk hozó ószövetségi megfogalmazások.

---

[622] Janowski: Konfliktgespräche, 306. o.
[623] Ebach, Jürgen: Woran leidet Hiob? in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, 125. o.
[624] Gollwitzer: Krummes Holz, 234. o.
[625] Eckart: Magie, 225. o.
[626] Hänle: Heilende Verkündigung, 33. o.

3.5.1.3. Az új lehetőségről az élet határán

Az evangéliumok tanúsága szerint Jézus Krisztus mint orvos minden alkalommal odafordul a betegekhez, Isten erejével gyógyít, kiűzi az ördögöket és megbocsátja a bűnöket,[627] irgalma, gyógyítása, feloldozása egyértelmű. (Mt 4,23; 8,16; 9.35; 14,14; Mk 1,34; Lk 7,10; 7,21; 8,2; 13,12; Jn 4,46kk; 5,8; 9,6kk) Számtalan alkalommal viszik elé a betegeket, bíznak emberfeletti erejében, belekapaszkodnak korával ellenkező segítségnyújtásába. (Mt 4,24; 8,16; 14,35; Mk 1,32; 6,55; Lk 4,40; 5,15; 6,17) „Az evangéliumokra tekintve az ember azt látja, hogy Jézus egyértelműen konfrontálódik a betegség jelenségével."[628] A betegség és az erőtlenség Jézus értelmezésében összefügg a tisztátalan lélek, a Sátán hatalmával. A démonok létezését nem tagadja, de győzelmet arat felettük és ezzel a betegség fenyegető hatalmát megsemmisíti, a megszállottat pedig megszabadítja, hogy új életerővel gazdagodva mehessen tovább.[629] A megszállott ember disszociatív zavarban szenved, elveszíti önkontrollját, mert a démon az én-centrumát szállja meg.[630] A gyógyítás véget vet a Sátán hatalmának és elhozza Isten országának valóságát (Lk 11,20), megújítva és aktivizálva az ember énjét.[631] „Jézus gyógyításai Isten országa kezdetének előjelei, amelyek legyőzik a betegek kultikus és szociális izolációját."[632]

A hit ezekben az esetekben a gyógyulás következménye, vagyis a beteggyógyítás csodája után ébred fel a démonoktól megszabadult ember lelkében. Más esetekben viszont a hit éppen a betegségből való gyógyulás előfeltétele, ahogy Jézus mondja: „A te hited megtartott téged." (Mk 5, 34; 10,52).[633] „A bibliai látásmód szerint a betegség éppen azt jelenti, hogy az ember egy időre (és a halálban végérvényesen) elveszíti a kontrollt önmaga felett és ártó betegségek és démonok zsákmányává válik."[634] *Klaus Berger* szerint, amikor Jézussal és benne Istennel találkozik a szenvedő, megtalálja újra azt, aki lelkének centrumát irányítja. A betegség tehát éppen úgy, mint a bűn, a rendetlenség és a vezetésnélküliség kóválygó állapota, a gyógyulás és a szabadság pedig az, amikor a természetes rend Jézusban mint Úrban újra visszaáll.[635] A

---

[627] Berger, Klaus: Biblisches Christentum als Heilungsreligion, in: Ritter, Werner H. / Wolf, Bernhard (Hg.): Heilung – Energie – Geist, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2005. 227. o.
[628] Seybold / Müller: Krankheit und Heilung, 95. o.
[629] Uo. 109. o.
[630] Theissen, Gerd: Die Wunder Jesu, 38. o. in: Ritter, Werner H. / Albrecht, Michaela (Hg.): Zeichen und Wunder. Interdisziplinäre Zugänge, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2007. 30-52. o.
[631] Uo. 43. o.
[632] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 395. o.
[633] Seybold / Müller: i. m. 136. o.
[634] Berger: i. m. 231. o.
[635] Uo.

betegek rábízzák magukat az isteni hatalomra, s gyógyulásuk feltétele egyedül az Isten Fiába vetett hit. A hit visz Jézushoz, a hit tart meg, a hit hoz gyógyulást, a hit eredményez változást az életben. „A csodatörténetek új lehetőséget adnak az életnek az élet határán.”[636] A hit azért gyógyít, mert az ember Istenre tekintve élete rendjét újra megtalálja.[637]

Jézus Krisztus nemcsak maga gyógyít, hanem tanítványait, a választottakat is kiküldi és megbízza ezzel a feladattal, arra buzdítva őket, hogy betegeket látogassanak és gyógyítsanak mindenféle erőtlenséget, leprát, kiűzve az emberből a tisztátalan lelkeket. (Mt 10,1; 10,8; Mk 3,15; 6,13; 16,18; Lk 9,1-2; 10,9) Az utolsó ítéletről szólva arról beszél, hogy az Emberfia eljövetelekor jobb és balkeze felől állítja majd a népeket, attól függően, hogy az éhezőnek adtak-e enni, a szomjazónak adtak-e inni, a jövevényt befogadták-e, a mezítelent felruházták-e, a beteget meglátogatták-e, a börtönben lévőhöz elmentek-e. (Mt 25,31-46) Mert vele tette meg, aki megtette ezeket, és vele nem tette meg, aki elmulasztotta mindezt. Tiszta és egyértelmű beszéd ez, felszólítás a betegek felkarolására, a szükséget szenvedők gondozására, a hontalanok befogadására. Jézus egész élete erről szólt, tanítványainak is ezt kell gyakorolniuk, s életprogramként, Krisztus követésében megvalósítaniuk. „Az ősgyülekezet a beteglátogatást az imádság, az olajjal való megkenés, a bűnök megvallására való felhívás és a bűnbocsánat ígéretével nyíltan és magától értetődően gyakorolta (Jak 5,14k).” [638] A betegekről való gondoskodás a betegség jelenségével való bánásmódnak keresztyén formája, Jézus szeretetparancsának közvetlen megvalósulása.[639]

3.5.1.4. Az eredeti rendszer helyreállításáról

Jézus gyógyításai korának botrányai, hiszen egy megszokott teológiai rendszerbe szól bele, változást munkálva, új értelmet adva a szombat törvényének, vitázva a farizeusokkal és az írástudókkal a betegség okát illetően. Betegségértelmezése kilép az ok-okozati összefüggés egyszerűségéből és az ember kapcsolatrendszerét kívánja megújítani Istennel, embertárssal és az embernek önmagával egyaránt. Gyógyításainak része a feloldozás, a bűnöktől való megszabadítás, a radikális életváltoztatásra és Krisztus-követésre való felszólítás. A beteg és bűnös emberhez fordulással Jézus gyakorlatilag az eredeti rendszert állítja helyre Isten és ember között, kiemelve a szenvedőt kora felfogásrendszeréből, s beemelve őt Isten kegyelmébe.

---

[636] Theissen: i. m. 51. o.
[637] Berger: i. m. 231. o.
[638] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 395. o.
[639] Popkes, Enno Edzard: Die Heilungen Jesu und die Anfänge der Jesusbewegung, in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, 202. o.

A betegség többé nem a bűnök büntetése, az újszövetségi tanítás a szerető, irgalmas Isten képét ajándékozza a kórházi lelkigondozásnak. A lelkész szívesen viszi a gyógyító Jézust lelkigondozottja közelébe. A reménység és a várakozás azonnal megszületik a betegben és sokszor meglepően gyorsan el kezd mélyen hinni, és bízni abban, hogy ezért a szorosabbra fűzött kapcsolatért Isten majd gyógyulással fizet neki. Éppen ezért fontos továbblépni, és szembenézni egyrészt azzal, hogy a gyógyulás sokszor a lélek gyógyulását, a bűnbocsánatot jelenti előbb, másrészt azzal, hogy Isten gyermekei is vállalhatják a szenvedést, hordozhatnak betegségeket, harmadrészt pedig, hogy Jézus gyógyításai az elkövetkezendő mennyek országa fájdalomtól és nyomorúságtól mentes világának előjelei.

Kálvin azt vallja, hogy a mennyei Atya különféle próbákkal neveli gyermekeit.[640] Az ember ugyanis többre tartja önmagát, mint amennyit egyébként saját erőből elbír, azt hiszi, hogy legyőzhetetlen és elbizakodik. „Ezért büntet Isten bennünket megszégyenítéssel vagy szegénységgel, szeretteinktől való megfosztással vagy betegséggel, vagy másféle nyomorúsággal.” [641] A betegségben az ember szembesül töredékességével, erejének és hatalmának végességével. A szenvedés terhei alatt az ember összeroskad, mert kiderül, hogy a maga erejéből képtelen hordozni keresztjét, gyenge és tehetetlen. Ezekben a helyzetekben az ember Istent hívja segítségül, tőle vár megoldást, nála keres oltalmat. Isten pedig védelmet nyújt mindazoknak, akik őt segítségül hívják, a nyomorúságot is képes az ember javára fordítani. A megpróbáltatásokkal Isten engedelmességre nevel. Lelki békességre, lelki örömre az jut, aki el tudja fogadni, hogy a szenvedések a javát szolgálják. „Szükséges az, hogy a kereszt keserűségét a lelki öröm (gaudium spirituale) enyhítse.”[642] A szív boldogságából fakadhat azután hálaadás, az Úr dicsőítése és az eljövendő életről való elmélkedés. Isten dicsősége Kálvin teológiájának egyik hangsúlyos gondolata. Az ember önmagát akkor képes megismerni, ha előbb Isten arcára tekint, s Isten felől szemléli saját magát.[643] Minél közelebb jutunk Isten dicsőségéhez, annál inkább látjuk emberi mivoltunk töredékességét, azt, hogy csupán por és hamu vagyunk.(1Móz 18,27) Aki viszont Istent megismeri, az megismeri minden jónak, minden bölcsességnek és minden igazságnak a forrását, s megtanul teljes istenfélelemmel mindent Istentől kérni. A másik hangsúlyos gondolat az ember lelki békességének, Istennel és önmagával való kapcsolatának helyreállítása. A bűneset során az ember eredeti állapotából kiesett, elidegenedett Istentől,

[640] Kálvin János: Tanítás a keresztyén vallásra, MRE Zsinati Irodájának Sajtóosztálya, Budapest, 1991. 141.o.
[641] Uo. 142. o.
[642] Uo. 144. o.
[643] Uo. 10. o.

melynek folytán Istennel való kapcsolata és istenképe megromlott, s lelki békességét elveszítette. A lélekben mindaddig feszültség és küzdelem lakik, amíg az istenkép az emberben helyre nem áll. A hívő ember feladata és célja tehát az istenkép helyreállítása. Egyetlen lehetőség a békesség és az eredeti állapot visszaállítására, a második Ádámban, Krisztusban adatik, aki az újjászületés csodája által visszaformálhatja az embert Isten képére és hasonlatosságára. „Kálvinnál a lelkigondozás nemcsak az esetenkénti konfliktusok feloldását jelenti csupán és nem is a hívő hitben való megmaradásának segítségét, hanem ezeken túl a hitben való növekedést, a szent életben való előrehaladást, vagy a teológia nyelvén: az istenkép helyreállítását munkálja."[644]

A lelkigondozó-kórházlelkésznek hangsúlyoznia kell, hogy Jézus gyógyításai átvitt értelemben is jelentést hordoznak. A lelki vakság, süketség, bénaság az Isten nélkül élő ember jellemzői. A betegnek orvosra van szüksége, a bűnösnek Megváltóra. (Mk 2,17) Az ember testi és lelki állapota összefügg, a beteg a maga egész voltában gyötrődik, és teljes gyógyulásra, megbocsátásra vár. „A betegségnek nemcsak biológiai és szomatikus oldala van, hanem szociális és vallási következményei is […] szorosan összekapcsolódik a társadalmi dezintegrációval és a vallásos szükséglettel."[645] Jézus radikális változást hoz betegei életébe, a bűnbocsánattal és a gyógyítással visszahelyezi őket az életbe, Istennel és emberekkel való közösségbe, hit által, a megszentelődést munkálva. Gyógyításainak legfontosabb üzenete tehát éppen az, hogy Isten nem veti el az embert, hanem emberré lesz érette és odafordul hozzá Jézus irgalmában. Ez az odafordulás indít el az emberben minden testi és lelki változást.

Jézus emberré létele a szenvedés vállalásában is irányt mutatott. Sebeket hordozott, szembenézett a halállal, fájdalmak férfiává lett. Van olyan szenvedés, amely elkerülhetetlen, melynek terhe alól az egyetlen szabadulás annak elfogadása, hordozása, átalakítása. „Jézus szenvedése sohasem passzív. Döbbenetes aktivitás a szenvedése"[646] – mondja *Gyökössy Endre*. Haláltusájában másokért imádkozik, megbocsát, gondoskodik és elenged. A szenvedésben is él, és életet munkál, örök üdvösséget szerezve azoknak, akik ezt elfogadják. Mélységből magasságba érkezik, az „Atyám, ha akarod, vedd el tőlem ezt a poharat, mindazáltal ne az én akaratom legyen meg, hanem a tied." (Lk 22,42) imádságától a „Békesség néktek!" ((Lk 24,

[644] Békési Sándor: A poézis helye Kálvin teológiájában, in: Békési Sándor (szerk.) Pius efficit ardor: A művészet értékelése Kálvin művében és a református kultúrában. MRE Kálvin János Kiadója, Budapest, 2009. 29-67. o.
[645] Gerstenberger, Gerhard / Schrage, Wolfgang: Leiden, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1977. 138. o.
[646] Gyökössy: i. m. 176. o.

36) köszöntéséig, a Szentlélek mennyei erejének ígéretével. A szenvedésben való gyötrődésből így lesz békesség Isten kezében, s élet a Lélek erejével.

Jürgen Moltmann a szenvedő emberről a kereszt teológiájának fényében beszél.[647] A szenvedő ember Istentől elhagyatottnak érzi magát, s ebből a mélységből kiált Istenhez. Ezzel a kiáltással Jézus halálkiáltásába kerül bele, s így Jézus Krisztus, az emberi Isten kiált vele és benne, megfogalmazva azt a gyötrelmet, amit a szenvedő ember már nem tud megfogalmazni. Ezzel belekerül „Isten szituációjába",[648] s a Szentlélek érte is esedezik. Moltmann a szenvedéshez kapcsolja a szeretetet: „ahol emberek szenvednek, mivel szeretnek, ott Isten szenved bennük, és ők Istenben szenvednek."[649] Aki ebben a szeretetben tapasztalja meg a szenvedést és a halált, az „Isten történetébe" [650] érkezik, és Krisztus keresztjében képes együtt élni az evilági félelmekkel, ugyanakkor megmaradni Isten szeretetében. Moltmann az emberi szenvedést nem választja el Istentől, hanem Isten szenvedésébe helyezi, aki szenved miattunk, értünk és velünk, végül pedig legyőzi a szenvedést és a mi szenvedéseinknek is véget vet.

A betegek között végzett szolgálatban az egyik legnagyobb ajándék, amikor a beteg szívből elfogadja Isten akaratát, a lelkében betegsége kínjai ellenére is helyreáll kapcsolata Istennel és embertársaival, s a Lélek erejével él vagy készül elbúcsúzni. A lelkigondozó-kórházlelkészek a krisztusi parancsnak engedelmeskedve vállalják fel nap, mint nap a betegek látogatását, a lelkigondozói beszélgetéseket, a vigasztaló, új dimenziót feltáró vagy éppen elkísérő szavakat és jelenlétet.

Klessmann négy tételben foglalja össze a kórházi lelkigondozás teológiai-antropológiai perspektíváit és céljait.[651] Az első, hogy valljuk, hogy Isten az élet forrása, nem az egészség garanciája. A boldogság és a szenvedés, az egészség és a betegség is Isten kezében van. „Mert ő megsebez, de be is kötöz, összezúz, de keze meg is gyógyít." (Jób 5,18) A második, hogy az élet és az egészség egyik oldalról ajándék, amelyre az ember nem szolgált rá, másik oldalról pedig emberi felelősség. A harmadik, hogy az élet és az egészség csak töredék, ezért a szenvedés és a behatároltság mindig alkotórésze az életnek. Az egészség ideiglenes, törékeny, s elvesztése nemcsak szerencsétlenséget hozhat, hanem intenzívebbé válhat, gazdagodhat, mélyülhet is általa az élet. „Taníts úgy számlálni napjainkat, hogy bölcs szívhez jussunk!" (Zsolt 90,12) Végül a negyedik, hogy a szenvedés és a fájdalom egyszer nem lesz többé, a hit

---

[647] Moltmann, Jürgen: A reménység fényei, Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Budapest, 1989. 116-132. o.
[648] Uo. 129. o.
[649] Uo. 130. o.
[650] Uo. 130. o.
[651] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 407-409. o.

artikulálja a reménységet az eljövendő üdvösségre. „Eszkatológiai perspektíva nélkül reménység sincs arra, hogy az élet értelme felőli kérdésekre választ találjunk."[652] Keresztyén hitünkhöz tartozik, hogy „Isten letöröl szemünkről minden könnyet, és nem lesz többé halál, sem gyász, sem jajkiáltás" (Jel 21,4). A kórházi lelkigondozó ezeket a teológiai-antropológiai feltevéseket átgondolva, egy saját, megharcolt teológiai koncepciót megfogalmazva lehet segítségére a betegségben szenvedő embernek. Amit a rendszerszemlélet felől közelítve ajánlatos szem előtt tartania, az egyrészt az, hogy a betegséget nem ok-okozati összefüggésben, hanem rendszerben kell szemlélni. Másrészt, hogy a krízis értelmezése és az értelemre irányuló kérdések a bibliai tanítások mentén nem lehetnek függetlenek a megfigyelőtől, vagyis a lelkigondozott értelmezésétől, saját élete kontextusától. Harmadrészt a lelkigondozó-kórházlelkésznek abban kell támogatnia a szenvedőt, hogy saját kapcsolati rendszereiben a betegség idején is megtalálja az egyensúlyt, szükség szerint változtatva az addig élt viszonyokon, új formában, új keretek között. Negyedrészt hangsúlyt kell helyeznie arra, hogy a beteg és szociális rendszerei közötti kommunikáció javuljon, s az izolálódott beteg újra közösséghez kapcsolódjon.

3.5.2. A lelkigondozó-kórházlelkész elméletalkotó funkciója

Az elmélet után lássuk a lelkigondozó-kórházlelkész teológiai elméletalkotó funkciójának gyakorlati megjelenési formáit. Azért fontos mindezeket számba vennünk, mert az egészségügyi intézményekben egészen más lehetőségek és alkalmak adódhatnak ezek kinyilvánítására, mint ami az egyházon belül megszokott. A következőkben tehát szólunk az intézmény teológiai tájékoztatásáról, majd azon túl az egészségügy és az egyház tájékoztatásának lehetséges formáiról.

Először konkrétan az adott intézményben adódó lehetőségeket vesszük számba. Megfogalmazhatja a lelkigondozó ezeket a teológiai elméleteket a hagyományos gyülekezeti formákban is, és a kórház egészségügyi dolgozóknak kínált alkalmain is. A gyülekezetekben megszokott formák előnye, hogy a lelkész otthonosan mozog ezekben, hátránya viszont, hogy a munkatársak kevésbé, vagy csak egy kis részük, akik egyébként is gyülekezeti közösséghez tartoznak. Éppen ezért célszerű az egészségügyi dolgozókat azokon a fórumokon is tájékoztatni, amelyek számukra bevett és megszokott formák. A lelkigondozónak ezen a téren a kórház rendszerében megszokott formák, keretek, nyelvezet elvárásaihoz érdemes

[652] Gollwitzer: Krummes Holz, 325. o.

alkalmazkodni. Ilyen alkalmak lehetnek a heti rendszerességgel tartott orvosi referálók, ahol egy-egy eset kapcsán számol be és tart előadást az orvos. Az adott esettel kapcsolatos teológiai témát felvetheti ilyenkor a lelkigondozó, az orvossal egyeztetve. Az interdiszciplináris együttműködésbe be kell kapcsolódnia a lelkigondozónak is, hiszen ő maga is – a lelkigondozói titoktartás mellett – értékes információkkal szolgálhat a beteg állapotát illetően, illetve adott esetben a betegség és kezelés keresztyén etikai kérdéseiben. Az orvosoktól elvárt a szakmai képzéseken, továbbképzéseken való részvétel, szakvizsgájuk érvényben tartásához elengedhetetlenül szükséges követniük a tudományos kutatások eredményeit. Ezeken a továbbképzéseken meg kell szólalnia a lelkigondozónak is, és az aktuális témákhoz kapcsolódva szükséges hasonló színvonalon előadást tartania. Továbbá minden intézménynek vannak ünnepnapjai, ahol emlékeznek a régi orvosokról, az intézmény múltjáról, ahol a munkatársak kinevezésére és kitüntetésére kerül sor. A lelkész ezeken az ünnepélyes alkalmakon is szólhat pár szót a megjelentekhez. Jelen kell lennie továbbá a lelkésznek azokon az alkalmakon, ahol a munkatársak kiégésprevenciója kerül előtérbe. Szervező és alkotó tagja lehet ezeknek az alkalmaknak.

A kórház rendszerében a lelkigondozó-kórházlelkész kórházi etikai bizottságban való részvétele az egyik legelfogadottabb funkció. Ezen a fórumon a kórház maga is igényli a lelkészi jelenlétet, már Magyarországon is természetes, hogy a kórházlelkész az etikai bizottság tagja. Az orvostudomány fejlődése, a rendelkezésre álló lehetőségek különböző kezelések és operációk elvégzésére és a páciensek igényeinek és akaratának tiszteletben tartása sok kérdést vetett fel az elmúlt évtizedekben.[653] Éppen ezért releváns a lelkigondozó-kórházlelkész részvétele az etikai bizottságokban. A lelkész egy másik rendszer kiküldötte, ennek megfelelően más szemszögből közelít, s ezért előmozdíthatja a döntést egy-egy orvosetikai kérdésben, konfliktuskezelésben, vagy egyéb, az etikai bizottság elé felterjesztett problémában. Az etikai kérdések felmerülése szinte mindennapos egy egészségügyi intézményben. A betegség a páciens egész életét érinti, ezért a kezelések során nemcsak szomatikus, hanem etikai problémák is előkerülnek, amelyekre megoldást kell találni. *Siegfried Dreher* számba veszi azokat az etikai kérdéseket, amelyek a leggyakrabban felmerülnek a beteggyógyítás kapcsán.[654] Amikor valaki megbetegszik a családban, megváltoznak az addig megszokott szerepek, egyvalakinek, vagy minden családtagnak a maga módján ki kell vennie a részét az ápolásból, a

[653] Vö. Worthmann et al. (Hg.): i. m. 83-84. o.
[654] Dreher, Siegfried: Chancen und Grenzen eines Ethik-Komitees im Krankenhaus, in: Wege zum Menschen, 2002. 396-401. o.

kórházi látogatásból vagy éppen a vizsgálatokra kísérésből. Hol szégyen, hol harag, hol félelem költözik az ember lelkébe, s ez sokszor vezet konfliktusokhoz a beteg és a hozzátartozói kapcsolatában. Előfordul, hogy egy hozzátartozó azt szeretné, ha a beteg családtag hosszabban maradna a kórházban, hogy ő kipihenhesse magát. Vagy éppen az ellenkezőjére vágyik, szeretné hamarabb hazavinni a családtagot, de a kezelés még nem fejeződött be. Az is egy komplikált probléma, amikor élet meghosszabbító intézkedésekről van szó és az egyik családtag beleegyezik egy újabb kezelésbe vagy orvosi beavatkozásba, egy másik családtag pedig elengedné a beteget, esetleg a beteg maga korábban már rendelkezett efelől. Ma már arra is van lehetőség, hogy egy rossz prognózis esetén bizonyos terápiákkal és gyógyszeres kezelésekkel lehet késleltetni a halált, időt adva az elbúcsúzásra. Vannak betegek, akik súlyos betegség esetén minden lehetséges kezelést ki akarnak próbálni és ragaszkodnak az életükhöz, és vannak betegek, akik legszívesebben megtagadnának minden kezelést és szeretnének csendben, fájdalom nélkül elmenni. Ezekre a kérdésekre a választ sokszor az orvos, a páciens és a családtag mellett az ápolónak, a jogásznak, a szociális munkásnak és a lelkigondozónak kell megtárgyalnia. Ennek szükségességét látva a 90-es évektől kezdve egyre több kórházban alakult etikai munkacsoport vagy bizottság Németországban is.[655] Konkrét esetek megvitatása, általános témák előadása, anonim esetmegbeszélések, szerepjáték lehetnek a témái az interdiszciplináris üléseknek. Egy ilyen professzionális munkacsoportban az adott etikai kérdést rendszerben szemlélve és megtárgyalva átgondoltabb válaszok születhetnek, melyek a betegséggel kapcsolatos valamennyi témát számba veszik.

Az utóbbi évtizedekben a bioetikai kérdések egyre nagyobb hangsúlyt kapnak.[656] A bioetika az élővilág és a természet etikai kérdéseivel foglalkozik, interdiszciplináris módszerrel keresi a helyes döntéseket ezekkel kapcsolatban. Egyik ága az egészségügyi, orvosi problémákat tárgyal, másik ága pedig természet- és környezetvédelmi kérdésekre keresi a választ. A technika és a tudomány fejlődésével egyre több lehetőség adatik a betegek hosszan tartó kezelésére vagy szenvedésének megrövidítésére, s ez olyan szituációkat hozhat a gyógyítás folyamatába is, amely további, bioetikai kérdéseket vet fel. Ezek a területek elsősorban az emberi méltósággal, az emberi élet minőségével, továbbá annak szentségével és sérthetetlenségével foglalkoznak.[657] Legfontosabb témái a terápia megszakítása, döntés az újraélesztésről, operatív beavatkozások

[655] Uo. 398. o.
[656] Vö. Körtner, Ulrich H. J. : Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn, 2001.
[657] Körtner: i. m. 115-116. o.

indikációi, eutanázia, különféle konfliktusok a hozzátartozókkal vagy a páciensekkel, döntés a művi táplálásról, kényszerintézkedések, késői terhesség-megszakítás vagy transzplantáció.[658] Ezekben a kérdésekben a helyes döntés meghozatalához interdiszciplináris megközelítésre van szükség. Figyelemmel kell lenni a páciens élettörténetére, kapcsolataira, lehetőségeire, esetleges rendelkezésére, ugyanakkor az egészségügyi intézmény nem hanyagolhatja el a menedzsment és az igazgatás üzemgazdasági kérdéseit, valamint a népgazdasági és szociálpolitikai aspektusok is beleszólhatnak egy-egy döntésbe.[659] Rendkívül komplex tehát egy-egy bioetikai kérdés megválaszolása. A bioetikának és a klinikai etikai bizottságoknak szüksége van olyan általános alapelvekre és szabályokra, amelyek adott szituációban segítségükre lehetnek. „A páciens kora, neme, származása, története, foglalkozása, családi kontextusa, ítélőképessége és a klinikai kontextus szerint – neonatológián, onkológián, intenzív osztályon, pszichiátrián, geriátrián különböző kihívásokkal konfrontálódnak az érintettek – az élet befejezése kapcsán előkerülő etikai konfliktusok más-más megítélés alá esnek."[660] Az etikai bizottságoknak ezekben az esetekben tanácsadó funkciójuk van, a végső döntést mindig a felelősséget hordozó osztályvezető főorvosnak kell meghoznia. Az ítélőképessége birtokában lévő beteg maga is rendelkezhet afelől, hogy hogyan szeretné befejezni az életét.

A bioetika és a lelkigondozás közös perspektívája egyrészt az egészségügyi ellátás terén jelenik meg, hiszen mindkettőnek feladata, hogy odafigyeljen az egészségügyben zajló etikai folyamatokra, hogy észrevegye az idők jeleit, hogy foglalkozzon az új kezelési lehetőségekkel és kidolgozzon orientációs javaslatokat. Másrészt mindkettő az élet méltósága védelmének ügyéért dolgozik. Az etikai reflexió és a lelkigondozói kísérés kiegészítheti egymást, jelenlétük egyaránt fontos. Harmadrészt mindkettő rendelkezik teológiai és etikai kompetenciával, melyet a klinikai etikai bizottságok megbeszélésein a megfelelő pillanatban elővezethetnek. Negyedszer praktikusan együttműködnek a klinikákon, a lelkigondozó a kibővített gyógyító csapat tagjaként, az etikus pedig mint etikai tanácsadó.

Az élet vallásos és spirituális dimenziója az utóbbi években egyre hangsúlyosabb a palliatív ellátásban. A lelkigondozás számára ez egy olyan lehetőség, amit meg kell ragadnia. Ebben a témában olyasmit tud nyújtani, amit más nem. Szükség van a keresztyén emberképre, világszemléletre, az élet értelmének keresésében és az identitás kérdéseknek a megbeszélésében

---

[658] Zimmermann, Markus: Bioethik und Spitalseelsorge – Anknüpfungspunkte für ein Gespräch, in: Albisser / Loretan (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, 39-56. o.
[659] Uo. 49. o.
[660] Uo. 50. o.

arra a látásmódra, amivel a keresztyén teológus és lelkigondozó gazdagíthatja környezetét. Mert „az emberlét csúcsa nem az erkölcsi képesség (Moralfähigkeit), hanem az üdvösségre szorultság (Heilsbedürftigkeit).” [661] A lelkigondozónak az a feladata, hogy jelenlétével, részvételével, szavakkal és egyéb jelekkel újra és újra erre mutasson rá.

A lelkigondozó-kórházlelkész intézményen kívüli feladata az egészségügy tájékoztatása, orvos kongresszusokon, szakdolgozói kongresszusokon egy-egy szekcióban tudományos előadással gazdagíthatja a jelenlévőket. Ezek az előadások bár formailag és színvonalban hasonlóak az orvosi, szakdolgozói előadásokhoz, tartalmukban éppen különböző voltuk miatt lehetnek nem csupán szakmailag, de üzenetükben is mások. Egy-egy ilyen előadásban, a tudományos igényesség mellett hasznos, ha szem előtt tartjuk a lelkek gondozása céljából beillesztett mondanivalót, mely tulajdonképpen az igehirdetés egy speciális formája lehet. Az orvos és nővér társadalom a legújabb kutatásokról, eredményekről, technikákról, különleges esetekről különféle szakmai lapokban és internetes oldalakon tájékozódik. A lelkigondozónak szükséges ezekben a lapokban is publikálnia, internetes oldalakon megjelennie, tájékoztatnia, eszmecserére hívnia, lelkigondozói kérdésekről, esetekről beszámolnia.[662]

A lelkigondozó-kórházlelkésznek határszerepéből adódóan, a kórház mellett az egyház felé is kell fordulnia. Mivel nem gyülekezeti lelkész, ezért fontos a helyi gyülekezethez kapcsolódnia, alkalmanként szolgálatokat vállalva, munkájáról beszámolva ezzel is segítve a kórházi és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolását. A következő fejezetben erről részletesen szólunk.

3.6. Hosszabb távú pásztori funkció

A lelkigondozó-kórházlelkész a pácienseket egy bizonyos krízisszituációban kíséri a kórházi tartózkodás alatt. Hagyományosan szolgálata elsősorban az egyház tagjainak szól, de nyitott minden ember felé, azok számára is, akik az egyházból kiléptek, vagy soha nem is voltak egyháztagok, vagy tudatosan tartják távol magukat az egyháztól.[663] A kórházi lelkigondozás segíthet az embereknek abban, hogy megnyíljanak az egyház felé, kapcsolatba lépjenek egy-egy közösséggel, gyülekezettel. A kórházi lelkigondozást szükséges összekapcsolni a gyülekezeti lelkigondozással, mert a kórházi lelkigondozás a gyülekezetbe integrálás lehetősége nélkül kevésbé hatékony.

---

[661] Uo. 54. o.
[662] Pl. Nővér, Orvosi Hetilap, IME–Az egészségügyi vezetők szaklapja, Magyar Családorvosok Lapja
[663] Worthmann et al. (Hg.): i. m. 84. o.

3.6.1. A kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolása

A kóházi lelkigondozásról az előzőekben részletesen szóltunk. Gyülekezeti lelkigondozáson egyrészt a gyülekezeti lelkész lelkigondozói szolgálatát értjük, egyéni és csoportos beszélgetések alkalmával, másrészt a gyülekezeti tagok egymás iránti lelkigondozói felelősségét, a keresztyén közösség gondviselő és megtartó erejét.[664] A kórházi és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolása segítheti a páciens támogatásának, lelki kísérésének és a szociális támasznyújtásnak a folyamatosságát. Fontos feladata lehet a lelkigondozó-kórházlelkésznek a páciens – beteg és munkatárs egyaránt – egyházba és gyülekezetbe delegálása, amennyiben a lelkigondozott erre hajlandóságot mutat.[665]

A bibliai és az egyháztörténeti példák során is láthattuk, hogy a beteget szükséges közösségbe integrálni ahhoz, hogy a lelkigondozás, a kezelés vagy a gyógyulás után ne maradjon magára élményeivel, megérintett lelkével, gyarapodó hitével. A betegek és a szegények gondozását *Kálvin* maga is a gyülekezeti közösségekre és a diakónusokra bízta, kiemelve a betegek látogatásával kapcsolatosan a diakónusok szerepét.[666] Amint az ősgyülekezetben a tagok gondoskodtak azokról, akik fájdalmat hordoztak, nyomorultak és elhagyatottak voltak, úgy a korabeli gyülekezeteknek is fel kell vállalnia a krisztusi irgalom gyakorlását, a felebarát segítését. Ezzel a cselekedettel a gyülekezeti tagok egyrészt praktikus segítséget nyújtanak a betegeknek, másrészt arról biztosítják a szenvedőt, hogy a közösségből nem esik ki, annak tagja marad. A betegek szolgálata tehát mind a nyomorult, mind az őt gondozó gyülekezeti tag közösséghez tartozását megerősíti. *Christian Möller* véleménye szerint az istentisztelet és a lelkigondozás önmagában gyülekezetépítés.[667] Az istentiszteletet Isten szolgálatának tartja a szeretet erőterében, a lelkigondozást pedig Isten szeretete közösségben való megélésének. A segítség nélkül való embereknek lelkigondozói gyülekezetre, közösségre van szükségük, a „cura animarum specialis"-nak „cura animarum generalis"-sá kell válnia. Így lehet az egyház Krisztus teste, amelyben a tagok sokan vannak, különbözőek, mégis szükségük van egymásra, mind egy testhez tartoznak.[668] Egyetértünk azzal, hogy az egyházban a gyülekezet folyamatosan tovább építendő közösség, melyben a segítségre szorulóknak és a segítséget

---

[664] Klessmann: Seelsorge im Krankheitsfall, 401. o.

[665] A páciens gyülekezeti közösségbe integrálása annyiban lehet lelkigondozó-kórházlelkészi feladat, amennyiben a kórházi istentiszteleti közösségbe irányításról és betagolódásról van szó. A gyülekezeti közösségbe integrálás lehetősége többnyire túlmutat a kórházlelkészi megbizatáson, ez már a gyülekezeti lelkész feladata, a kórházlelkész csupán delegál.

[666] Forgács: i. m. 627-628. o.

[667] Vö. Möller, Christian: Gottesdienst als Gemeindeaufbau. Ein Werkstattbericht. Göttingen, 1988.

[668] Vö. 1Kor 12,12kk

nyújtóknak egyaránt helyet kell találnia. Az istentisztelet alkalma és a lelkigondozás gyakorlása nemcsak a krízisben lévőt támogathatja, hanem elősegítheti a gyülekezet épülését. Magyarországon egykor mind a Bethesda kórházban, mind a debreceni egészségügyi intézményekben működő lelkigondozói szolgálat komoly gyülekezeti háttérrel rendelkezett, mely nem csupán a lelkigondozót, hanem a lelkigondozottat és a lelkigondozás folyamatosságát is segítette.[669] A kórházi lelkigondozás a betegágy mellett behatárolt ideig működik. Az aktív ágyakon rövid az ápolási idő, a krónikus vagy rehabilitációs ágyakon is csupán néhány hétig fekszik a beteg. A szenvedés nyomorúságában, a lelkigondozás során nagy valószínűséggel az emberi lélek mélységei tárulnak fel, és gyorsan születhetnek válaszok nagy életkérdésekre. A krízisben lévő ember nyitottabb a spiritualitásra. Mégis az a tapasztalat, hogy ezek a válaszok tiszavirág-életűek akkor, hogyha a beteg a kórházból távozva ezekről nem tud tovább beszélgetni, ha nem tartozik közösségbe, ha nem keresi fel őt otthonában gyülekezeti lelkésze, hogy a szenvedésben született új gondolatok a további lelkigondozás és lelki vezetés segítségével gyökeret verjenek és gyümölcsöt hozzanak. A tartósan beteg embernek meg kell tanulnia saját hiányaival élni, mégis el lehet fogadnia ezt a helyzetet úgy, mint normális állapotot, a Biblia központi témája ugyanis nem az egészség és a betegség, hanem az egyház mint gyógyító közösség. A gyülekezetben a tagok felvállalva egymást betegségben éppen úgy, mint egészségben, egymás számára vigasztalást nyújthatnak, a magányban társra találhatnak, a közösségben lelki stabilitásukat visszanyerhetik.[670]

A kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolása egy rendszerszemléletű lelkigondozásra utal, melyben a lelkigondozott nem csupán egy adott közegben, a kórházban áll szenvedésével a lelkigondozók előtt, hanem továbbkísérhető egyéb közösségeibe – családba, gyülekezetbe – is. Ezért emeltük ki korábban a lelkigondozó-kórházlelkész hálózatépítő kompetenciáját,[671] hiszen fontos, hogy kapcsolatban álljon az adott területen működő gyülekezetekkel és azok lelkészeivel, s a közösségre vágyó pácienst a megfelelő gyülekezetbe irányítsa. A gyülekezeti lelkész folytathatja a kórházból hazatérő ember lelkigondozását, és segítheti a gyülekezeti életbe való bekacsolódását.[672] Ahhoz, hogy a

---

[669] Erről korábban részletesebben szóltunk a dolgozat 2.4.1. fejezetében

[670] Vö. Bach, Ulrich: Heilende Gemeinde. Versuch einen Trend zu korrigieren, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 1988.

[671] Nauer: Seelsorge, 270. o.

[672] Hangsúlyozom ebben a diakónusok kiemelt szerepét, akik a szeretetszolgálatban, a betegek felkarolásában és lelkigondozásában gyülekezeti diakónusként a szolgálat vállalásában elöljárhatnak. A kórházlelkész és a gyülekezet közötti kapcsolattatásban és a betegek delegálásában egy úgynevezett kórházi diakónusnak lehetne szerepe. A kórházi diakónus a beteget a kórházi tartózkodás utolsó napjaiban lelkigondozó-kórházlelkésszel együtt meglátogathatja, majd a kórházból való távozás után rövid idővel felkeresheti és segítheti beilleszkedését a

kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás ilyen módon összekapcsolódhasson, a kórházlelkészek és a gyülekezeti lelkészek közötti teammunkára van szükség, egy adott régión belüli ökumenikus hálózat kiépítésével. A kórházlelkész delegál, a gyülekezeti lelkész integrál. A cél nem a református gyülekezetek feltöltése, hanem a lelkigondozott gyülekezeti közösségbe delegálása és integrálása, felekezeti hovatartozását és igényét tiszteletben tartva. Ez megköveteli a szemléletváltást az izolálódott magyar református kórházlelkészi szolgálattal kapcsolatban.

Elődeink nyomában járva érdemes elgondolkodnunk azon, hogy a MRE-ban gyülekezeteink vajon milyen szerepet vállalnak saját betegeik látogatásában, ápolásában. Posztmodern társadalmunkban, egymástól elidegenedett technikai világunkban gyülekezeti közösségeink diakóniája példája lehetne a szeretet gyakorlásának, a krisztusi út követésének. Ebben sok esetben hiányt szenvedünk. A dolgozat magyar történelmi visszatekintésében szép példáit láttuk a gyülekezeti életből felnövekvő és azzal folyamatos kapcsolatban lévő kórházi lelkigondozásnak.[673]

A gyülekezeti lelkigondozást nemcsak összekapcsolni szükséges a kórházi lelkigondozással, hanem bizonyos szempontból érdemes példát is vennie arról. Klessmann példaértékűnek nevezi a kórházi lelkigondozói szolgálatot, melyre érdemes figyelnie korunk egyházának: a multikulturális világban kommunikatívnak maradni, a lelkészi szerep idegenségével és törékenységével számolni, a szenvedés és haldoklás kríziseinek tapasztalatait a szolgálatba beépíteni, a kooperációt gyakorolni és különböző etikai kérdésekről gondolkodni. [674]

A magunk részéről sajnálatosnak tartjuk, hogy a kórházi lelkigondozás és a gyülekezeti lelkigondozás Magyarországon többnyire egymástól elszakadva működik. A lelkigondozó-kórházlelkész rendszerek határán működő szolgálata éppen arra kínál lehetőséget, hogy a két rendszer között az átjárhatóságot biztosítsa, [675] és a páciens igényeit szem előtt tartva delegálhassa a lelkigondozottat a gyülekezet közösségébe. Így a lelkigondozott a kórház rendszeréből kilépve nem marad magára, sőt az egyház rendszerében lelkigondozásának kontinuitása a továbbiakban is biztosított.

gyülekezeti közösségbe. Magyarországon kórházi diakónus a Kaposi Mór Oktató Kórházban és Debrecenben szolgál.

[673] Lásd a dolgozat 2.4.1 fejezetében.

[674] Klessmann: Krankenhausseelsorge als exemplarisches Pfarramt, 414-427. o.

[675] Vö. Schneider-Harpprecht: Seelsorge als systemischer Praxis, 427-443. o.

3.7. A lelkigondozó-kórházlelkész identitás-dilemmái az egyházi és a kórházi rendszer határán

A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálatának lehetőségeit és funkcióit számba véve végül megkérdezhetjük, hogy mi minden befolyásolja identitásának alakulását, kommunikációját, rendszerben elfoglalt helyét.

A MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel folytatott interjúk [676] arra utaltak, hogy a kórházlelkészek szolgálatuk különbözősége, speciális területe és helye miatt a gyülekezeti szolgálatot erőteljesebben hangsúlyozó és értékelő egyházi rendszerben idegenné váltak. Hasonló idegenséget élnek át a kórházi rendszerben is, mely az idők során ugyan akceptálja, sőt igényli jenlétüket, mégis kívülállóként kezeli őket. Mivel Magyarországon a kórházi lelkigondozás formai, szakmai követelményei nem egységesen meghatározottak és hiányzik a differenciált munkaköri leírás, ez tovább erősíti a kórházlelkészek szolgálatának az állandó bizonytalanságát és helykeresését.

A kutatás eredményeit és a korábban felvázolt nemzetközi helyzetet továbbgondolva feltesszük a kérdést, hogyan formálódik a lelkész identitása, az egyházi és a kórházi rendszer határán. Mindenekelőtt meg kell jegyeznünk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész identitását is saját egyénisége, adottságai, készségei valamint szociális rendszerei, közösségei formálják, melyek jelen vannak a lelkigondozói beszélgetésekben, hatnak a kommunikációra. Ezen túlmenően azonban számolnunk kell azzal a ténnyel, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész az egyház küldötteként egy speciális külterületen dolgozik, identitása fejlődését és szolgálatának alakulását tehát megterhelik az egyházi és a kórházi rendszerek határán való szolgálat sajátosságai is. A következőkben ezekre a kérdésekre térek ki bővebben.

3.7.1. A lelkigondozó-kórházlelkész személye az egyházi és a kórházi rendszer határán

A lelkigondozói identitás meghatározásában mindenekelőtt azt a kérdést kell körüljárni, hogy mi jellemzi, mi határozza meg a lelkigondozó-kórházlelkész viselkedését, reakcióit, lelkigondozói identitásának mik lehetnek az erősségei, gyengeségei, segítőként a társas kapcsolatokban hogyan kéne viszonyulnia a másik emberhez, valamint önmaga határain túl hogyan érdemes gondolkodnia a teljességről. Számos tanulmány látott napvilágot az elmúlt évtizedekben, mely kiemelten foglalkozik a segítők személyiségével. Az egyik elmélet elsősorban a nárcizmust hangsúlyozza, mint az ember önmaga iránti szeretetének

[676] Lásd a dolgozat 2.6. fejezetében

deformációját, egy állandó elismerés utáni sóvárgást és azt állítja, hogy ez a jelenség gyakran megfigyelhető a segítő foglalkozásúaknál, mert ez a szerep segít nekik abban, hogy nagyobb önbecsülésre tegyenek szert, értékesnek érezzék magukat.[677] Egy következő teória szerint a hisztérikus, a skizoid, a depresszív, és a kényszeres személyiségstruktúrák közül a született lelkigondozók leginkább a depresszív típushoz tartoznak.[678] Ők azok, akik mindig készek a másikat megérteni, vele együtt érezni és őt vigasztalni, bár sokszor túlzásba viszik a gondoskodást, nem hangsúlyozzák az egyéni felelősséget, nem serkentenek változtatásra, mégis teljes odaadással szolgálnak, olyannyira, hogy előbb-utóbb maguk is áldozattá válnak és feltétlenül lelkigondozásra szorulnak. Egy harmadik irány, tapasztalva a segítő foglalkozást választó emberek körében gyakran előforduló kiégést, abból indul ki, hogy ezek az emberek a következő deficitekkel rendelkeznek: életük korai fejlődési szakaszában mellőzöttek voltak, idealizált személyiségképpel azonosítják magukat, nehezükre esik egyenrangú kapcsolatokban a kölcsönösség szerint működni, nárcisztikusak és agresszivitásra alig képesek.[679] A segítő foglalkozásban azért teljesedhetnek ki, mert a segítő szerep és a segítő kapcsolat során pótolni tudják személyiségük hiányosságait.

Dolgozatunk fő témájára fókuszálva, a rendszerek találkozási terültét figyelve részletes ismertetést érdemel Robert C. Cloninger 80-as években megjelent rendszerszemléletű pszichológiai személyiségelmélete, mely bioszociális keretbe integrálja az egyén változásait, a pszichológiára, az orvostudományra és a tanuláselmélet alapjaira egyaránt támaszkodva.[680] A személyiségjegyeket összhangban látja a biológiai háttérrel, s öröklött és tanult dimenziókat különböztet meg abban. Véleménye szerint a temperamentum és a karakter együttesen határozza meg a személyiséget.

A temperamentum az ember automatikus válasza az őt ért emocionális hatásokra, mely már élete kezdetén meghatározott, vagyis alapvetően öröklött, genetikusan kódolt, s független attól, hogy az ember milyen kultúrában és szociális környezetben él. Cloninger négy temperamentumdimenziót különböztet meg, melyek az újdonságkeresés, az ártalomkerülés, a jutalomfüggőség és a kitartás. Az újdonságkeresés azt mutatja, hogy az ember mennyire nyitott

---

[677] Dorst, Brigitte: „Die Menschen belasten Dich? Trag' sie nicht auf deinen Schultern, schliess sie in dein Herz" (H. Camara), in: Wege zum Menschen, 1989. 229-230. o.

[678] Riemann, Fritz: Die Persönlichkeit des Predigers in tiefenpsychologischer Sicht, in: Richard Riess (Hg.): Perspektiven der Pastoralpsychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1974. 158. o.

[679] Schmidbauer, Wolfgang: Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Rowolth Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1977. 65-66. o.

[680] Vö. Rózsa Sándor / Kállai János / Osváth Anikó / Bánki M. Csaba: Temperamentum és karakter: Cloninger pszichológiai modellje, Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2005.

az új ingerekre, gyorsan dönt, vagy sokat gondolkodik, elnagyolja a részleteket, vagy mindenen rágódik, hamar beleun abba, amit elkezdett vagy többnyire kitartó. Az ártalomkerülés magas vagy alacsony szintje arról beszél, hogy az ember mennyire gátlásos, feszült, aggódó és fáradékony, vagy ellenkezőleg mennyire ellazult, gondtalan, optimista, és magabiztos. A jutalomfüggés a szociális kötődésben, az érzékenységben és mások elismerésétől való függésben nyilvánul meg. Végül a kitartás faktora azt mutatja, hogy különböző helyzetekben az ember mit képes elhordozni, akadályok megjelenésekor hosszan tűr, vagy hamar feladja, amibe belefogott. Ezek azok a dimenziók, amelyek az ember személyiségét már születésekor meghatározzák, s megjósolhatóvá teszik felnőttkori viselkedését. Tudományos kutatásokkal igazolt, hogy ezek a faktorok biológiai háttérrel rendelkeznek, az agyi rendszer valamely eleme vagy ingerületátvivő anyaga által meghatározottak.[681]

A karakter ezzel szemben azt mutatja, amit az ember szándékosan megvalósít önmagából, egy tanult viselkedés, mely a szociális környezet és az egyéni élet-tapasztalatok alapján, belátásos tanulás segítségével folyamatosan fejlődik, alakul. A személyiségben R. C. Cloninger három karakterdimenziót különböztet meg, melyek egymástól függetlenek, s kisebb vagy nagyobb arányban, de együttesen vesznek részt a személyiség működésében: az önirányítottság, az együttműködés és a transzcendenciaélmény.

Az énkoncepció fejlődésében az első fok az önirányítottság kialakulása, melyben a személy autonóm individuumként jelenik meg. A fogalom arra utal, hogy az egyén mennyire van tisztában erősségeivel és gyengeségeivel, hogyan alkalmazkodik egy adott szituációhoz, mennyire képes magát kontrollálni és szabályokhoz alkalmazkodni. Hogyan választja és fogalmazza meg egyéni céljait, azokkal mennyire tud azonosulni, milyen erőfeszítéseket tesz céljai eléréséért. Az együttműködés készsége az énfejlődés második szintjén jelenik meg, melyben a személyt a társadalom rendszerében definiáljuk. Azt mutatja, hogy az egyén hogyan viselkedik társas környezetben, toleráns vagy intoleráns, érdeklődik mások iránt vagy csak saját magával foglalkozik, segítőkész vagy inkább ellenséges és bosszúálló. Az énkoncepció fejlődésének harmadik szintjén jelentkezik a transzcendenciaélmény, az univerzummal való egységérzés, az emberi élet határain túl a teljesség megélése, annak érzése, hogy az egyén egy felsőbbrendű Egész részeként él a világban.[682]

---

[681] Mirnics Zsuzsanna: A személyiség építőkövei. Típus-, vonás-, és biológiai elméletek. Bölcsész Konzorcium HEFOP Iroda, Budapest, 2006. 72. o. mek.oszk.hu/04800/04808/04808.pdf, letöltés ideje: 2014. 06.17.
[682] Mirnics Zsuzsanna: i. m. 73-80. o.

A lelkigondozó-kórházlelkész az egyházi rendszerben megszokott keretek és formák helyett a kórházi rendszerben egy új struktúrával találkozik, amely sok esetben egészen más hozzáállást kíván, mint amit addig megszokott.[683] Hasznos, ha a számára idegen, váratlan helyzetekben is helyt tud állnia, s alkalmat talál a lelkigondozásra, továbbá ha a hagyományos liturgikus alkalmak mellett új kereteket és formákat is képes alkalmazni. A kórházi rendszer ellenállása esetén kitartása átsegítheti őt egy-egy átmeneti vagy tartósan fennálló akadály leküzdésében. Ha az ártalomkerülés szintje magas egy kórházi szolgálatra vállalkozó lelkésznél, akkor hamar megfutamodik a rá váró feladatok elől. Mivel a betegágy mellett többnyire a páciens aggodalmaival szembesül, ha maga is aggódó típus, nem tud hitelesen bizonyságot tenni a gondviselő Istenről. A magas adminisztratív és orvosszakmai elvárások, s a rendszer teljesítmény orientációja a munkatársaktól feszült munkatempót kíván. Ha a kórházlelkész bizonytalan és folyamatosan feszültségben végzi szolgálatát, nem tud békét és megnyugvást vinni azok közé, aki lelki támaszra vágynak. Ha stabilitása nagymértékben függ mások elismerésétől, akkor az egyházi és a kórházi rendszerek határán való szolgálat a kezdetekben valószínűleg csalódást fog okozni számára, mert munkájára ritkán kap visszajelzést. A kitartás hangsúlyos temperamentumjellemző a kórházlelkész személyiségében. Különösen Magyarországon, ahol a lelkigondozói szolgálat az egészségügyi intézményekben még nem magától értetődő, s komoly küzdelmekkel járhat mind a kórházlelkész, mind a lelkigondozói szolgálat integrálódása a kórház rendszerébe. A kórházlelkésznek sokszor kell visszautasítással, meg nem értéssel szembesülnie, míg szolgálatát elfogadják, elismerik, majd igénylik a beteggyógyítás folyamatában. A gyakorlat azt mutatja, hogy kitartása a későbbiekben azonban sok gyümölcsöt terem.[684]

Ezek tehát azok a temperamentumfaktorok, amelyek jórészt veleszületettek, egyénenként különbözőek, s már az élet kezdetén alapvetően meghatározottak. Az ember személyiségét a temperamentuma, vagyis öröklött személyiségjegyei mellett karaktere alkotja, mely folyamatosan fejlődik a szocializáció során, megváltoztatható, formálható. Egyéniségét egyik oldalról kezelheti úgy, mint amit Istentől kapott, mely saját egyéni arcát határozza meg. Másik oldalról hangsúlyozzuk, hogy karaktere fejlődhet, alakulhat élete és tapasztalatai során, éppen ezért számunkra nagyobb jelentőséggel bír, mint a fent említett temperamentumdimenziók.

[683] Lásd a kórházi rendszer és az egyházi rendszer különbségeinek tárgyalásánál, a dolgozat 2.2.2 fejezetében.
[684] Lásd a MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel készített interjúkban.

Az egyházi rendszer megszokott keretei között munkálkodó gyülekezeti lelkészhez képest, az egyházi és a kórházi rendszer határán való szolgálatban a lelkigondozó-kórházlelkész számára még hangsúlyosabb, hogy meghatározza saját szakmai identitását, tisztában legyen erősségeivel és gyengeségeivel, valamint éljen a szupervízió lehetőségével, hiszen nem egyházi közegben szolgál, ahol szerepe többnyire egyértelmű, hanem egy számára idegen rendszerben kell képviselnie egyházát, önmagát, Istenét. Együtt kell működnie a kórházi rendszer számos alrendszerével, valamint egyéb szociális rendszerekkel, szüksége van a jó kommunikációs készségre, hálózatépítő- és rendszer-kompetenciára.[685]

Mindezekre reflektálva úgy látjuk, hogyha a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatban a transzcendenciaélmény magasabb szinten áll, mint az önirányítottság és az együttműködés, előfordulhat, hogy a lelkész a kórházi rendszerhez nem képes alkalmazkodni, nem a valóság talaján él, elbeszél mások feje felett. Lehet, hogy rendkívüli gondolatokkal és különleges spirituális élményekkel rendelkezik, s ezért némelyek csodálják, de alapvetően senki nem érti őt. Ha a transzcendenciaélmény mellett az együttműködés szintje is magas, akkor talán látszólag jobban integrálódik a lelkész a kórház rendszerébe, mert bár különleges élményeket keres, de mind a betegekkel és a hozzátartozókkal, mind az egészségügyi hierarchia résztvevőivel próbál együttműködni, mások véleményéhez gyorsan alkalmazkodik, könnyen meggyőzhető. Mivel azonban saját nézeteit könnyen feladja, ezért két intézmény határán szolgálva hamar válhat a kórházi rendszer áldozatává. Akiknél a transzcendenciaélmény mellett az önirányítottság magas, azok nehezen találják meg a helyüket a kórház rendszerében, nem tudják elviselni, hogy nem ők irányítanak, s bár hivatásukban a tökéletességre törekszenek, folyamatosan ítélkeznek mások felett. A kórházlelkészi szolgálatban azok az emberek képesek hosszabb távon megmaradni és boldogulni, akiknél mindhárom karakterdimenzió magas szinten áll, érett személyiségek, énképük harmonikusan fejlett, meghatározott céljuk és küldetéstudatuk van, melynek megvalósulásáért mindent megtesznek. Akik az egyházi rendszertől idegen kórházi rendszerben leleményességükkel és kreativitásukkal képesek mások javát felismerni és szolgálni, ugyanakkor időközönként elcsendesedve elmélkedni is.

Ha a lelkigondozó szeretné megtalálni helyét a rendszerben, akkor nemcsak szolgálatát kell definiálni, hanem önmagát mint lelkigondozó-kórházlelkészt is. Aki mindezek mellett Istentől kapott elhívása alapján bizonyos afelől, hogy a szenvedők és a szenvedés mellett állók között szeretne dolgozni, az a megszokott egyházi rendszertől különböző kórházi rendszerben

[685] Lásd bővebben a dolgozat 2.3.2. fejezetében, a kompetenciák tárgyalásánál.

képviselni tudja a lelkigondozás ügyét, Isten és ember, ember és embertársa valamint ember és önmaga párbeszédének előmozdítását és támogatását.

3.7.2. A lelkigondozó-kórházlelkész családi kapcsolatai

A genetikusan meghatározott temperamentummal és a belátásos tanulás vagy élettapasztalat során formálódó karakterrel való szembenézés után a lelkigondozó-kórházlelkésznek fel kell térképeznie saját személyes kapcsolatait, családi rendszerét, abban elfoglalt helyét és szerepét. Csak megfelelő önismerettel és családi konfliktusainak feldolgozásával kínálhat fel mások számára professzionális lelkigondozói alkalmakat.

A gyülekezeti lelkész az egyházközségben sokféle formában találkozik a családokkal, illetve a családhoz hasonló rendszerekkel. Egyrészt találkozik azokkal a családokkal, akik a gyülekezetbe járnak. Másrészt találkozik olyan csoportokkal, kisebb közösségekkel, melyek családi jelleget hordoznak. Harmadrészt ott él a gyülekezet szeme előtt saját családjában, saját házasságában. Ezekbe a rendszerekbe beleviszi családi tapasztalatait, értékrendjét, konfliktusmegoldó képességét.

Ennek alapján elmondhatjuk, hogy a kórházlelkész ugyan csak érintőlegesen, egy-egy családtag kapcsán – a betegen vagy a hozzátartozón keresztül – szembesül az adott család rendszerével, a lelkigondozói beszélgetésekben mégis kibontakoznak előtte különféle családi struktúrák. Egy-egy kórházi részleg munkatársi közössége szintén hordozhatja a családi jelleget. A kórházlelkészre tehát éppen úgy, mint a gyülekezeti lelkészre érvényes, hogy ha lelkigondozóként megérti saját családtörténetét, akkor sokkal hatékonyabban tudja szolgálni a rábízott családokat, közösségeket, betegeket, képes lesz felfedezni önmagát, kialakítani saját teológiáját, egyéni látásmódját. Ebben a folyamatban a lelkésznek is szüksége van lelkigondozóra, s ez a kórház világában fokozottabban érvényes elvárás, mint gyülekezeti közösségben. Hiszen az egészségügyi intézményben a lelkigondozó állandóan csak az élet egy szeletével foglalkozik, mégpedig a betegséggel, a szenvedéssel, a halállal és a gyásszal. A szenvedés ilyen intenzív szemlélése megterhel, beszűkít és könnyen kiégéshez vezethet. Ennek nyomai pedig felfedezhetőek lesznek nem csupán a lelkigondozói beszélgetésekben, hanem az igehirdetésekben is.

„Ahhoz, hogy másokat közel engedjek magamhoz, először magamnak kell megtalálnom az utat önmagamhoz, még pedig mindig újra meg újra.”[686] Egy lelkigondozói folyamatban a páciens

[686] Schulz von Thun, Friedemann: A kommunikáció zavarai és feloldásuk, általános kommunikáció-pszichológia, Háttér Kiadó, Budapest, 2012. 110. o.

és a segítő személyén keresztül valójában legalább két rendszer, két családi háttér, két értékrend találkozik egymással.[687] Ha mindkét rendszer zavarokkal és feldolgozatlan problémákkal küszködik, aligha származik a beszélgetésekből gyógyulás. A lelkigondozónak tisztában kell lennie saját családi hátterével, ennek mozgatórugóival és önmaga észleléseivel ahhoz, hogy szolgálata hatékonyan működjék. Arról beszéltünk, hogy a rendszerszemléletű lelkigondozásban alapvetően igyekszünk minden rendszerre, a rendszerekben lévő szabályokra, és a rendszerek és alrendszerek között működő kölcsönhatásokra figyelni. Ezeknek összefonódásában szemléljük az egyént, illetve magával a rendszerrel és annak zavaraival foglalkozunk. Az individuum biográfiája, a családon belül kialakult kapcsolatok, a diádok és a triádok, valamint az egymás utáni generációk története egy olyan rendszert alkotnak, amelyek formálják, alakítják és befolyásolják az egyént.[688] A lelkigondozásra való vállalkozás első feltétele tehát az, hogy a lelkész tisztában legyen azzal, hogy hol tart személyiségfejlődésében, és megoldásokat találjon önmaga családi és szociális rendszereinek zavaraira. A rendszeres önreflexió és lehetőség szerint a szupervízió megfelelő támogatást jelenthetnek ebben a folyamatban.

A lelkigondozói hivatás alapvetően arról szól, hogy a lelkigondozást végző ember szüntelenül más emberek történeteivel, szenvedéseivel és reményeivel foglalkozik, háttérbe szorítva saját félelmeit, igényeit és történeteit.[689] Ennek torzult formája, amikor a lelkigondozó saját érzéseit és szükségleteit nem képes elfogadni és kifejezni, viszont mások hasonló érzéseinek, gyengeségeinek a kinyilvánításakor szívesen vállalja fel a segítő szerepet. A szakirodalom ezt a jelenséget segítő szindrómának nevezi.[690] A segítő szindrómás lelkigondozó saját maga konfliktusait nem vállalja, figyel arra, hogy mások ne lássák, hogy ő maga is szorongásokkal és félelmekkel küszködik. Éppen ezért kapcsolataiban kerüli az intimitást, és a függetlenséget keresi. Kívülről erős egyéniségnek tűnik, rendkívül kitartó, sok feladatot vállal, megbízható, mindig lehet rá számítani. Belül azonban gyenge, boldogtalan és önértékelési zavarokkal küzd. Gyermekkorában valószínűleg ő volt a jó gyerek a családban, akit a szülők keveset dicsértek, s elsősorban a teljesítményéért szerettek és nem önmagáért. Kialakult tehát benne az idők során az az érzés, hogy akkor fogadnak el, ha teljesítem a kötelességemet, ha feláldozom magamat, ha segítek. Azonosult felettes-énjével, háttérbe szorítva saját autonómiatörekvéseit, mindig

[687] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 61. o.
[688] Uo.
[689] Uo. 102. o.
[690] Schmidbauer: i. m. 12. o.

mások javát tartva elsődlegesnek és fontosnak. Elfojtva érzéseit és kívánságait csak másokkal törődik, s arra figyel, hogy mi a helyes és mi a helytelen, és e szerint cselekszik. Magával szemben mindig magasra teszi a mércét és azt legtöbbször át is ugorja. Lelkében azonban mélységesen vágyik az elismerésre, mások szeretetére. Az ilyen személyiséggel rendelkező ember többnyire segítő foglalkozást választ, sokan lesznek közülük lelkészek, lelkigondozók. *Morgenthaler* a családdinamikán belül négy olyan területet említ, amelyek fontos szerepet játszanak a lelkigondozók pályaválasztásában. Ezek a lojalitás és autonómia, a parentifikálás, a projekció és delegáció, és a valódi és hamis Selbst.[691]

Egy gyermek vagy serdülő autonómiatörekvéseit gyakran visszautasítja a családrendszer. A családi értékrend ugyanis megkövetel bizonyos szabályokat és fontossági sorrendeket, és a gyermektől elvárja, hogy ezekkel szemben lojális legyen. Ha a gyermek feláldozza autonómiáját a család iránti lojalitásért, akkor elismerésben van része, ha nem hajlandó erre, akkor elmarasztalják. A lelkigondozást választó személyek sok esetben olyan gyermekek voltak, akik feláldozták önmagukat a családi békéért, s ilyen módon elfojtották saját vágyaikat. Azaz személyiségük alakulásában a lojalitás legyőzte az autonómiatörekvéseket.

Morgenthaler idézi Stalfa meglátását, miszerint[692] a segítő szerep felvállalásának hátterében a parentifikálás áll. Parentifikálással akkor találkozunk egy családban, amikor a szülők gyengeségeit és alkalmazkodási képességeit a gyermekek kompenzálják, s ezzel olyan felelősséget vesznek magukra, amit az adott életkorban még nem kéne hordozniuk. Az ilyen gyermekek sokkal érettebbek a koruknál, felelősségteljesebben és konzisztensebben viselkednek, mint velük egyidős társaik. A parentifikálás nyíltan és rejtetten is kialakulhat. A nyílt formában a gyermekek teljesen nyilvánvalóan a szülők kisegítőiként funkcionálnak a rendszerben, a rejtett formában pedig azzal segítenek túlterhelt szüleiknek, hogy saját igényeiket elfojtják. A családban ez egyáltalán nem tűnik fel, hiszen a gyermekről egyszerűen csak azt mondják, hogy jó, miközben állandóan szerepet játszik, és valójában nem tudja elengedni magát, és nem képes kifejezni saját vágyait. Ha a szülők elváltak, vagy egyikük meghalt, esetleg szenvedélybeteg, akkor ez a folyamat felerősödik. A gyermek felveszi a pótlék szerepét a mellette maradó szülő segítőjeként, és ezzel egyrészt kivonódik a testvérek rendszeréből, másrészt elveszti annak lehetőségét, hogy egy megfelelő apa- vagy anya-képpel azonosuljon.

---

[691] Morgenthaler: Systemische Seelsorge, 96-115. o.
[692] Uo. 112. o.

A projekció folyamatában a szülőkép kivetítődik a gyermekre, aki a szülő képmásaként, egy ideális Selbst-ként funkcionál a rendszerben. A gyermeknek kell tulajdonképpen mindazt megszemélyesítenie, ami a szülőből hiányzik, ami a szülő hiányosságait kipótolja. Stierlin ezzel kapcsolatban megemlíti a „delegáció" kifejezést, ami alatt azt érti, hogy a szülők a gyermeket tulajdonképpen delegálják, megbízásokkal látják el, de folyamatosan elvárják tőle, hogy betartsa azokat a szabályokat és feltételeket, amiket ők szabnak.[693] A gyermek ilyen módon valójában szülei beteljesületlen ideáljait valósítja meg.

Edward A. Hanna a 'False-Self-Compliance' jelenségéről beszél, ami a hamis Selbst alkalmazkodása más, az egyén számára fontos emberek elvárásaihoz, illetve a Selbst korrumpált együttműködése saját maga kioltásával.[694] A gyermek tulajdonképpen összeolvad szülője emocionális szükségleteivel, hogy annak nárcisztikus egyensúlyát megtartsa. Akik tehát mások szükségleteihez igazodva feláldozzák önmagukat, tulajdonképpen egy hamis Selbst-et alakítanak ki önmagukban. Az ilyenfajta segítség azért is hamis, mert valójában a félelem motiválja. Kívülről egy engedelmes gyermek képe rajzolódik ki, valójában azonban a gyermek eltemeti saját szükségleteit. A lelkészi foglalkozás is pontosan erre ad lehetőséget: az ember felveszi az engedelmes szerepet, amely aztán túlterheltséghez, perfekcionizmushoz, és kényszeres segítéshez vezethet, vagyis folytatódik a hamis Selbst megerősödése.

Edwin H. Friedman az öndifferenciáció fogalmával szélesíti a palettát.[695] A differenciáció azt jelenti, hogy „egy családtag képes meghatározni életcéljait és értékrendjét függetlenül a környezeti összetartozás nyomásától; képes 'én-t' mondani."[696] Az egészséges személyiségű ember tudatában van kapcsolatrendszereiben elfoglalt helyének, s kapcsolataiban önálló személyként definiálja magát. Öndifferenciálási folyamata összefügg a korábbi generációk hasonló folyamataival.

Témánkra koncentrálva elmondhatjuk, hogy ezek a folyamatok azonban nemcsak negatívumokat hordoznak, hanem pozitívumokat is, amik különféle helyzetekben a személyiséget gazdagítják. A lojalitás- és autonómiaharcok a későbbiekben különböző kapcsolatok kezelésében segíthetnek, különösen az egyházi és a kórházi rendszerek határán szolgálatát végző lelkigondozónak, akinek sokféle elvárás között kell egyrészt lojálisnak lennie, másrészt megtalálnia és megteremtenie saját magának és lelkészi szolgálatának identitását. A

---

[693] Stierlin, Helm: Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 5. Auflage, 2001. 24-25. o.
[694] Morgenthaler idézi E. A. Hannat, Systemische Seelsorge, 106. o.
[695] Friedman: Nemzedékről nemzedékre, 41. o.
[696] Friedman idézi M. Bowent, Nemzedékről nemzedékre, 42. o.

parentifikálódás során kifejlődik egy komoly tárgyalási készség, szervezőképesség és a felelősségvállalásra való készség. A kórházlelkész számára igen hasznos, ha képes a kórház vezetőségével, az orvosokkal, nővérekkel, betegekkel és egyházi elöljáróival, kollégáival is megfelelő módon tárgyalni, szolgálatában, melyben sokszor marad egyedül, az alkalmakat jól átlátni, körültekintően szervezni, felelősséget vállalni. Végül azok, akik megszokták, hogy mások szükségleteit állandóan szem előtt tartják, empatikusabbak lesznek bajban lévő embertársaik iránt. Ez a tulajdonság szintén hangsúlyos egy olyan szolgálatban, ahol a szenvedők és a szenvedés mellett állók közötti lelkigondozói szolgálatban elengedhetetlen mások szükségleteinek figyelembe vétele és mások nyomorúságát tapasztalva a beleérző képesség.

3.7.3. A lelkigondozó-kórházlelkész kommunikációja a kórház rendszerében

A lelkigondozó közösségeinek tárgyalása után térjünk rá a lelkigondozói kommunikációra, ennek különféle alkalmaira, s a kórházlelkész ebben elfoglalt helyére, szerepére.

A lelkigondozó-kórházlelkész speciális szolgálata lehetőség az egyház számára, hogy ne csupán önmagért és önmagában éljen, hanem a világ felé nyisson, s magát teljességgel odaszánva az evangéliumot érthetően kommunikálja.[697]

Luhmann szerint a megértő rendszereknek és a megértett rendszereknek egyaránt önreferenciális rendszereknek kell lennie, hogy egymást megérthessék.[698] Arra van tehát szükség, hogy az egyik rendszer megfigyelje, hogy a másik rendszer miként kezeli önreferenciáját, vagyis a rendszer és a környezete közötti differenciát. „Vagy némileg másként fogalmazva: hogyan kezeli önmagát a környezettől való különbözőségében."[699] A rendszerek úgy jelennek meg egymás mellett, mint egymás környezetei. A megértés folyamatában egy sajátos vibráció során „a megértő rendszer önmagát a megértett rendszer környezetének egy mozzanataként tapasztalja meg.[700] Vagyis a megértő rendszer tisztában van azzal, hogy a megértett rendszer környezetében ő csak egy rendszer a sok közül. A kommunikáció során nincs biztosítva annak a lehetősége, hogy a további rendszerek is megfigyelhetők és megérthetők lesznek, mégis tudni kell arról, hogy egy-egy esemény mindig több rendszerhez van hozzárendelve.

---

[697] Lange, Ernst: Kirche für die Welt. Aufsätze zur Theorie kirchlichen Handelns, Edition Ernst Lange 2, München / Glenhausen, 1981, 59kk

[698] Bognár / Karácsony (szerk.) : Kommunikáció és társadalom, 76. o.

[699] Uo.

[700] Uo. 77. o.

Az egyház rendszerének és a kórház rendszerének egymástól különböző, sajátos kommunikációja van. Mindkét rendszer ragaszkodik kommunikációja sajátos rendjének megőrzéséhez, hiszen ez biztosítja fennmaradását. A kórházi rendszerben az orvos azt kérdezi a betegtől, hogy mi a panasza, és arra keresi a magyarázatot, hogy egy betegségnek mi az oka, miközben a gyógyításra, az egészségre koncentrál. Az egyházi rendszer által kiküldött lelkigondozó az egész emberre figyel, arra kíváncsi, hogy lelkileg hogy van a krízisbe került ember, életében milyen értelmet fedez fel éppen aktuális helyzete kapcsán. Az egyház és a világ kapcsolatának egy aspektusa nyilvánulhat meg az egyházi és a kórházi rendszerek határán szolgáló lelkigondozó-kórházlelkész munkájában, ezért különösen fontos, hogy a lelkész ezzel a lehetőséggel megfelelő módon sáfárkodjék, és kommunikációjában az Isten által megérintett ember odaadásával és felelősségével adja tovább az evangéliumot. A lelkigondozó-kórházlelkész kommunikációjában az egyházi rendszer folytat dialógust a kórházi rendszerrel. Ahhoz, hogy ez a kommunikáció befogadható legyen mind kontextusában, mind nyelvezetében érthetőnek kell lennie, a korszerű formákhoz való alkalmazkodási folyamatban.[701]

Ahhoz, hogy két rendszer találkozásánál létrejöjjön a megértés, nem elég csupán valamit megfigyelni, leírni és részletesen elmagyarázni. A megfigyelés segíthet a megismerésben, de a megértéshez nem elég. „Minden megértésnek körkörös tényállásokkal van dolga, olyanokkal, amelyek saját magukra utalnak vissza. […] Ezért szembesül minden megértés a belső végtelennel. Vég nélkül lehetne keresni a belső önreferenciát, mert az mindig önmagához vezet vissza. […] Megértés csak akkor következik be, ha a megfigyelést belevetítjük a megértett önreferenciájába.”[702] Amikor a rendszerek közötti kommunikációban az egyik rendszer meg akarja érteni a másikat, egy részt lát csupán abból. A rész az egészre utal és az egész a részre. Megértés akkor születik, ha az egyik rendszer a másik rendszer önreferenciájának kezelését megérti.[703]

A kórházi lelkigondozói beszélgetésben az egyházi rendszer által kiküldött személy találkozik a kórház rendszerében lévő orvossal, nővérrel, beteggel. Kommunikációjuk különböző, hiszen különböző rendszerhez tartoznak. Az első feladat számukra, hogy valamiképpen megértsék egymás nyelvét. Mindkettő egy részt képvisel az egész rendszerből és ezt a részt bocsátja a

[701] Zillich-Limmer: i. m. 108. o.
[702] Bognár Bulcsu / Karácsony András (szerk.): Kommunikáció és társadalom. Luhmann olvasókönyv, Gondolat Kiadó, Budapest, 2013. 70. o. www.gondolatkiado.hu, letöltés ideje: 2014.12.18.
[703] Uo.

másik rendelkezésére. Megértés kettejük között akkor történik, ha a másik rendszer egészét, annak önreferenciáját érti meg az egyik. Kérdés, hogy ez lehetséges-e?

A kommunikációban mindig nagy jelentőséggel bír a kontextus. Figyelembe kell venni, hogy az a helyzet, amelyben a kommunikáció zajlik, hat a beszélgetésre, s hogy bizonyos kijelentések, megnyilvánulások más-más kontextusban, más-más értelmet nyerhetnek. Különösen hangsúlyos ez a kórházban, ahol nem mindegy, hogy a beteggel a diagnózis közlése, a kezelés, a terápia, esetleg az operáció előtt vagy után találkozik a lelkigondozó, hogy a kórteremben egyedül fekszik a beteg vagy betegtársaival, hogy magányos vagy látogatják hozzátartozók. A kontextus feltárása, rekonstruálása elengedhetetlen a rendszerszemléletű terápiában. Az egészségügyi intézmény a páciens számára nem jelent otthont, sokkal inkább egyfajta átmenetet, ideiglenességet, anonimitást. A betegnek alkalmazkodnia kell a kórház rendjéhez, nincs privát szférája, a személyzet bármikor megzavarhatja, vizsgálatra küldheti. Éppen ezért a lelkigondozónak különös érzékenységgel kell arra figyelnie, hogy látogatása alkalmas időben történik-e, hogy a beteg kész-e egy beszélgetésre vagy sem, hogy milyen közelséget tart a lelkigondozottal, és meddig folytatja a beszélgetést. A beteg non-verbális jelzései szinte azonnal a lelkigondozó tudtára adják, hogy az idő alkalmas-e a verbális kommunikációra. Amennyiben a lelkigondozó rendelkezik ezzel az érzékenységgel, a lelkigondozói kapcsolat számára bizalmat szerez, még abban az esetben is, ha a beszélgetés az első látogatásnál nem jön létre. Előfordulhat ugyanis, hogy a lelkigondozó éppen azzal segít, ha felajánlott látogatását a páciens visszautasíthatja. A beteg a lelkigondozóval való kommunikációban ezt a szabadságot tapasztalva, egy következő alkalommal nyitottabbá válhat a lelkigondozói beszélgetésre.

Klessmann a lelkigondozói folyamat non-verbális kommunikációjában többek között a mimikát, különféle gesztikulációkat, a beszéd tulajdonságait, a külső megjelenést, az érintések minőségét említi.[704] A non-verbális kommunikációt természetesen sok minden befolyásolhatja, a kultúra, a neveltetés, különböző szokások, és a kórházakban mindenekelőtt a beteg egészségi állapota, betegségének könnyebb vagy nehezebb stádiuma, állapotának javulása vagy romlása, az éppen aktuális terápia, vagy beavatkozás, a beteg magányossága, kórházi tartózkodásának ideje. Fontos, hogy a non-verbális és a verbális kommunikációra egyaránt figyeljen a lelkigondozó, így láthatja annak megegyezéseit vagy ellentmondásait.

[704] Klessmann: Pastoralpsychologie, 423-427. o.

A kommunikáció-tudomány felhívja a figyelmet a beszélő, a beszéd és a megszólított hármasságára. A kórházlelkész kommunikációjában is mindig figyelemmel kell lenni a lelkigondozó, a beszélgetés és a lelkigondozott hármas egységének rendszerére, ezen túl azonban azzal is számolni kell, hogy hivatásánál fogva megjelenését egy szakrális burok veszi körül, ami a beszélgetést spirituális többlettel gazdagítja.[705]A beszélgetésben a lelkigondozó és a lelkigondozott személyisége, aktuális kontextusa és problémája egyaránt hat a beszélgetésre, ezek folyamatosan kölcsönhatásban állnak egymással, miközben az emberi szavakon túl Isten kijelentése szólal meg. Az egyházi és a kórházi rendszerek találkozásán túl a lelkigondozói kapcsolatban a lelkigondozó és a lelkigondozott szociális rendszerei, valamint a vallás rendszere is találkozik. Az interperszonális sík mellett tehát megjelenik egy transzcendentális sík is a lelkigondozásban.[706]

F. Schultz von Thun felfogása szerint az emberek közti kommunikációnak négy szintje van, az információközlés, az önmegnyilvánulás, a kapcsolat kifejeződése és a felszólító közlés.[707] Az információközlés a kommunikáció tárgyi, tartalmi aspektusa, tények, ismeretek továbbadása, hogyan tudjuk egyértelműen és világosan közölni a mondanivalónkat. Az önmegnyilvánulás, a kommunikációban egy önkifejezési folyamat, mert mindenki, aki kommunikál, valamit átad önmagából is. Itt kerülnek elő az én-közlés, a személyesség és a hitelesség kérdései. A kommunikáció kapcsolati aspektusa azt jelzi, miként viszonyulnak egymáshoz a kommunikáció résztvevői, hogyan alakul kapcsolatuk, milyen törvényszerűségek szabályozzák azt, adott esetben kapcsolatépítésről, módosításról vagy éppen visszafejlesztésről van-e szó. Végül a felszólító közlés a kommunikációban tudatosan vagy tudattalanul jelenlévő oktatás, meggyőzés, propaganda, esetleg manipuláció formájában jelenhet meg.

A lelkigondozói beszélgetésben mint kommunikációban a lelkigondozó-kórházlelkésznek valamennyi aspektusra figyelemmel kell lennie és mindig szem előtt kell tartania azt a tényt, hogy mivel a megértő és a megértett rendszer viszonyában „megértésként minden számításba jöhet, amit a megértő rendszer megértésnek tart,"[708] a megértés tartalmazhat félreértéseket is. Ezért a közlések során szükség van egy folyamatos ellenőrzésre a partnerek között, figyelve a reakciókat, a másik magatartását. A betegekkel való kommunikáció sokszor kezdődik információközléssel, hiszen a beteg tényeket közöl saját állapotáról, majd kérdez a

[705] Németh: Pasztorálantropológia, 216-218. o.
[706] Hézser: Miért? 60. o.
[707] Schulz von Thun: A kommunikáció zavarai és feloldásuk, 14-15.o.
[708] Bognár / Karácsony (szerk.) : Kommunikáció és társadalom, 81. o.

lelkigondozás mikéntjéről, a lelkész hovatartozásáról, vallási, spirituális témákról, esetenként a lelkész és az orvos viszonyáról vagy magáról a betegségről és annak lefolyásáról. A lelkigondozó-kórházlelkésznek vigyáznia kell arra, hogy a lelkigondozói beszélgetés ne váljék csupán információcserévé, éppen annyi és úgy hangozzék el ebben a témában, amennyit a páciens feltétlenül megkíván és elbír, s amennyi a segítő kapcsolat bizalmi légkörének megteremtéséhez, s mindkét fél biztonságérzetéhez szükséges. Óvakodni kell attól, hogy a lelkigondozói beszélgetés információközléssé merevedjék, netán kompetenciahatárok megsértéséhez vezessen, adott esetben a beteg kérésére orvosszakmai információkat közölve. Az ember magától értetődően közöl információkat a megjelenésével, identitásával, beszélgetésben való részvételével. A kommunikáció önkifejező folyamatában mind a lelkigondozó, mind a lelkigondozott közli önmagát, személyisége sokféle formában megnyilvánul. A lelkész megjelenése, esetleg öltözéke is szereporientáló hatású, mely bizonyos fajta viselkedésre késztet, ezért nem mindegy, hogyan jelenik meg a betegosztályokon, értekezleteken, megbeszéléseken vagy éppen a kórházi istentiszteletek alkalmával. „Ha szakrális térben egy személy papi ruhában vagy palástba öltözve beszél a gyülekezethez, akkor a közléseit egy spirituális burok veszi körül. […] A tartalom sejteti, hogy itt nem csupán emberi gondolatok, hanem Isten kijelentése szólal meg.” [709] A kórházi istentiszteleten elhangzó igehirdetésnek és a kórtermekben zajló lelkigondozói beszélgetésnek valamennyi üzenetében jelen van Isten. A lelkigondozó küldött, akinek önkijelentésében annak szavai hangoznak, aki szolgálatba állította őt. Beszélgetéseinek tartalmi üzenetében Isten igéje, útmutatása, vigasztalása szólal meg, maga Isten az, aki hívja, felszólítja és útba igazítja a lelkigondozottat. A kommunikáció kapcsolati aspektusában Isten gyermekeinek beszélgetése jelenik meg – nem egy alá- és fölérendelt, hanem egy mellérendelt viszonyban, – melyben a feleket az köti össze, hogy mindketten valamilyen kapcsolatban állnak Istennel és Isten gyermekeiként egymással.

A lelkigondozói beszélgetésekben különösen a lelkészek számára hangsúlyozandó a kommunikáció felszólító aspektusának kézben tartása. A lelkigondozó-kórházlelkész a segítő beszélgetésben minden esetben tudatosan vagy tudattalanul valamilyen hatással van a páciensére, ez többnyire elkerülhetetlen. Mégis figyelnie kell arra, hogy a kórházban nem végezhet térítő munkát, nem győzködheti a betegeket saját egyháza dogmatikai állásfoglalásáról. Nem végezhet propagandát, nem reklámozhatja saját egyházát a többi felekezet rovására, nem befolyásolhatja, nem manipulálhatja a beteget, és kerülnie kell azokat

[709] Németh: Pasztorálantropológia, 216. o.

a helyzeteket, amelyekben oktatóként nyilvánul meg a segítő beszélgetésben. Az oktatásnak lehet helye a kórházban, de nem a lelkigondozói beszélgetésben, hanem sokkal inkább rendezvényeken, előadások alkalmával, ha a lelkész erre külön felkérést kap.

A lelkigondozó szemszögéből vizsgált négy aspektust a páciens, vagyis a befogadó fél oldaláról is meg kell vizsgálnunk. Schulz von Thun a befogadás négy füléről beszél.[710] Az első fül a tárgyi tartalom felfogására koncentrál, próbálja megérteni, hogy mit akar mondani a küldő. A második a küldő önközlésére figyel, igyekszik képet alkotni magának arról, aki hozzá beszél. A harmadik a kapcsolatot észleli és értékeli, hogyan vélekedhet a küldő a befogadóról, milyen viszonyban van vele. A negyedik pedig a felszólítást értelmezi, vajon mit akar elérni a küldő és mit kell gondolnia, éreznie, tennie a befogadónak. A befogadó négy füle nem feltétlenül egyformán vesz részt a kommunikációban, sőt legtöbb esetben az egyik fül jóval jobban hall, mint a többi. Attól függően, hogy ki milyen beállítottságú, és éppen mit szeretne meghallani és mit nem, a beszélgetés más-más módon folyik le. A küldőnek mindig nagyon kell figyelnie a befogadó jelzéseire, hogy észlelni tudja, mit és hogyan fogott fel a befogadó az üzenetből. A páciens mindig három szinten fogadja be a hallottakat, az észlelés, az értelmezés, és az érzelem folyamatában. Hallja, látja, észleli a közlést, közben értelmezi a maga számára, saját szemszögéből jelentést tulajdonít annak, interpretálja azt, végül valamilyen érzést vált ki belőle az, amit észlelt és értelmezett. Ezért a reakcióért ő maga a felelős, az ő sajátos észlelése, értelmezése és érzése van mögötte. Így kezdődik meg a küldő és a befogadó között az üzenetváltás. „Szakadatlanul jelentést és jelentőséget tulajdonítunk azoknak a körülményeknek, amelyek hatnak ránk, azon személyek viselkedésének, akikkel közvetlenül vagy közvetetten kapcsolatban állunk, s közben mindig értelmezzük a saját reakciónkat is […] akár azt is mondhatnánk, hogy számunkra a dolgok úgy vannak, ahogyan megítéljük őket, nem pedig úgy, ahogy önmagukban léteznek […] Ha tehát az egyes ember életét meg akarjuk érteni, akkor nem annyira a tényekkel, mint inkább az értelmezésekkel kell foglalkoznunk, mert valójában nincsenek is tények, csak interpretációk vannak.” [711] Az élet valamennyi eseményét, kommunikációs helyzetét tehát saját észlelése és érzése alapján értelmezi az ember. A lelkigondozó-kórházlelkész és a lelkigondozott között létrejött kommunikációban erre minden esetben tekintettel kell lenni.

[710] Vö. Schulz von Thun: A kommunikáció zavarai és feloldásuk, 45-63. o.
[711] Németh: Pasztorálantropológia, 427. o.

Végül feltehetjük a kérdést, hogy a kórházi rendszerben miben különbözik a lelkész, illetve az egészségügyi személyzet kommunikációja a beteggel. A lelkigondozó-kórházlelkész kommunikációja bizonyos szempontból hasonló, más szempontból pedig különböző, mint az orvos-beteg kommunikáció. A beszélő, a hallgató és a beszéd hármas egységét valamennyi kommunikáció hordozza a kórházban is. Az információközlés, az önmegnyilvánulás, a kapcsolat kifejeződése és a felszólító közlés fellelhető a beteg orvosokkal, nővérekkel és lelkigondozókkal való beszélgetésében egyaránt. A non-verbális közlések minden párbeszédben fontos szerepet játszanak. A lelkigondozóval való beszélgetésnek azonban sajátja a személyesség, a feltétel nélküli elfogadás, akkor is, ha a beteg nem együttműködő, az őszinteség és a nyitottság arra, amit a beteg saját érzéseiről és életéről szeretne elmondani. Különlegessége, hogy a lelkigondozó az egyházi rendszer küldötteként a transzcendenssel való kapcsolatot is behozza a lelkigondozottal folytatott kommunikációba. Amint az istentiszteletek alkalmával, éppen úgy a lelkigondozói beszélgetések során is megnyilvánul Isten szeretete, Krisztus kegyelme és a Szentlélek közössége. Akkor is, ha erről szó esik, és akkor is, ha ez szavakban nem kerül megfogalmazásra. „A lelkigondozó képviseli az istentiszteleti közösséget és azt az Istent, akit imád.”[712] A lelkigondozó-kórházlelkész az egyház reprezentánsa, kommunikációjában – direkt vagy indirekt módon – jelen van az emberhez odaforduló Isten.

A lelkigondozó-kórházlelkész megjelenésével és kommunikációjával az egyházi rendszer értékeit képviseli, s annak sajátos nyelvezetét használva egy spirituális kapcsolatra utal a transzcendenssel.[713] A lelkigondozás során azzal is kell számolni, hogy a lelkigondozó mindig behozza a rendszerbe Istennel való saját kapcsolatát. „Azzal, hogy mondok valamit, magamból adok valamit. Minden közlés önmegnyilvánulást is tartalmaz – életünket közvetlenül érintő aktus ez, amely által minden szó vallomássá válik és minden kijelentés a küldő személyiségéből ad ízelítőt.”[714] A lelkigondozó és a lelkigondozott közötti kommunikáció önálló rendszert képez,[715] mely rendszerben az ember Istennel való kapcsolatának fényében szemlélheti önmagával, embertársával és szociális rendszereivel való kapcsolatát. A lelkész és az egészségügyi személyzet beteggel való kommunikációja tehát leginkább abban különbözik egymástól, hogy a lelkigondozói beszélgetésben nem csupán a lelkigondozó és a szenvedő között folyik kommunikáció, hanem a lelkigondozó és Isten, valamint a lelkigondozott és Isten

[712] Stollberg: Lelkigondozás és istentisztelet, 215. o.
[713] Zillich-Limmer: i. m. 389. o.
[714] Vö. Schulz von Thun: A kommunikáció zavarai és feloldásuk, 109. o.
[715] Zillich-Limmer: i. m. 108. o.

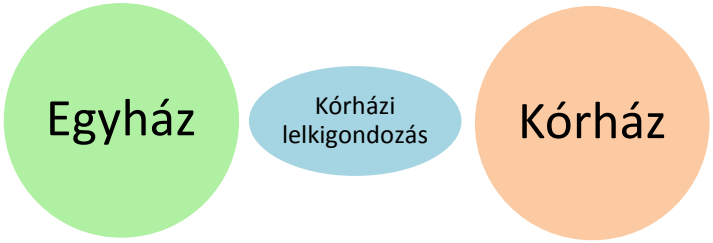
között is. A lelkigondozó és a szenvedő ember tehát együtt áll Isten előtt, dialógusban egymással és dialógusban Istennel.

3.7.4. A lelkigondozó-kórházlelkész szolgálatának rendszerkapcsolódási modelljei

Ahogy tézisünkben megfogalmaztuk, a kórházi lelkigondozói szolgálat az egyházi és a kórházi alrendszerek határán működik, helyzete csak határhelyzetként fogható fel.[716] Megállapítottuk, hogy a társadalom megarendszerében az egyházi rendszer és a kórházi rendszer, autonóm alrendszerekként működnek. Mindkét alrendszer funkcionálisan differenciált, viszonylag zárt operatív rendszerként működik, de hat egymásra, mert részben strukturálisan nyitott környezetére. A lelkigondozó-kórházlelkész kórházi rendszerben elfoglalt helyének meghatározásában nagy szerepe van annak, hogy a lelkigondozó hogyan definiálja magát, és hogyan definiálja őt az egyházi, illetve a kórházi rendszer.[717] A következőkben öt rendszerkapcsolódási modellt[718] szeretnénk felvázolni, kiemelve az általunk legcélravezetőbbet.

3.7.4.1. Első modell: Kívülálló

A lelkigondozó-kórházlelkész végezheti úgy hivatását a kórházban, hogy kívülálló marad, s az egyházi rendszer kiküldötteként úgy igyekszik ellátni lelkigondozói, liturgikus-homlietikus, teológiai elméletalkotó és pásztori funkcióját, hogy nem integrálódik a kórház rendszerébe, sőt inkább elhatárolódik attól.



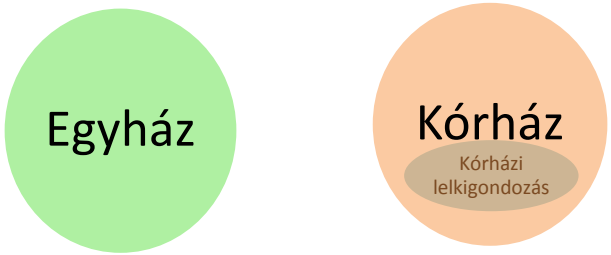
14. ábra: Első modell: Kívülálló

[716] Lásd a dolgozat Bevezetésében.
[717] Ezzel a kérdéssel a dolgozat 3.1. fejezetében foglalkoztunk.
[718] Vö. Kaszó: i. m. 13-14. o.

Ebben az esetben a lelkész nagy szabadságot élvez, hiszen a kórház részéről senki sem szól bele napi tevékenységébe. A rendszer vendégként kezeli, a teammunkába nem vonja be, kevésbé élvez bizalmat a munkatársak részéről és ilyen módon beszűkül tevékenységi köre. Amennyiben az egyház tartja fenn állását, ez valószínűleg nem jelent problémát, de ha a kórház fizeti a lelkészt, elhatárolódó magatartása azt eredményezheti, hogy egy idő után nem tart igényt jelenlétére a vezetőség. Az a lelkész azonban, aki érzékeny a kórház rendszerében bekövetkezett változásokra, és szeretné lelkigondozói szolgálatát kiteljesíteni abban, előbb-utóbb rájön, hogy nem maradhat teljesen kívülálló. A MRE kórházlelkészei közül ez a pozíció többnyire azokra jellemző, akik nem főállásban dolgoznak a kórházban, hanem félállásban még inkább csupán heti 1-5 órát jelennek meg beteglátogatás vagy kórházi istentisztelet megtartása céljából. Az esetek nagy részében sem ők, sem szolgálatuk nem integrálódik a kórházi rendszerbe, inkább annak környezeteként jelennek meg.

3.7.4.2. Második modell: Bekebelező

A második modell szerint a kórházi lelkigondozást teljes mértékben bekebelezi a kórházi rendszer, annak egyik alrendszerévé válik. A lelkigondozó-kórházlelkész kiküldetést kap az egyházi rendszertől, majd elköteleződik arra, hogy interdiszciplináris együttműködésben, a gyógyító folyamatból maga is részt vállaljon. Az orvosi kezelés mellett különféle egyéni és csoportos terápiák, pszichológiai és szociális támogatás mellett jelenik meg a lelkigondozás is, a maga speciális üzenetével, egyedi módon, mégis kapcsolódva a többi szolgálathoz. A lelkigondozásra is azok a rendszerszabályok érvényesek, mint a kórházi rendszer többi alrendszerére, minőségbiztosítása elvárt, a kórházi rendszer egyéb alrendszereihez hasonlóan.

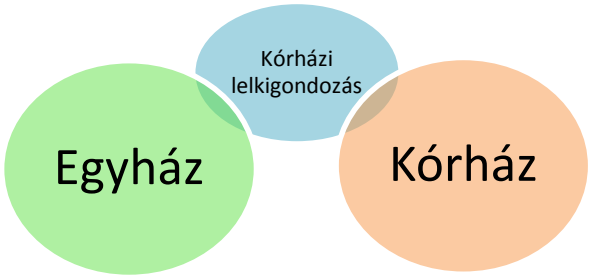


15. ábra: Második modell: Bekebelező

Ebben az esetben azonban fennáll a veszélye annak, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész szabadságát teljesen feladva – esetenként akár a vezetőség tagjaként – azonosulva a kórházi elvárásokkal, az egyházi rendszerrel való kommunikációját a háttérbe szorítja. Az intézményi hierarchiába beágyazódva, a lelkész elveszíti viszonylagos függetlenségét, s a vezetőségtől függővé válva félő, hogy nem tud kritikát gyakorolni afelett, sokkal inkább azonosul azzal. Ezzel elvész a lelkigondozó-kórházlelkész prófétai szerepe, s a rendszer hibás működését látva sokkal kevésbé képes kritikusan szemléli a problémás helyzeteket.[719] A MRE lelkigondozó-kórházlelkészei között végzett interjúk közül Zsuzsa szolgálatának leírása áll a legközelebb ehhez a modellhez.[720] Kórházlelkészi szolgálata az évek során a kórház rendszerébe jól beágyazódott, az egészségügyi intézményben munkatársként kezelték, elismerték, bevonták a teammunkába, s nemcsak a betegágy mellett vagy liturgikus alkalmakkor, hanem különböző szakdolgozói vagy orvosi fórumokon, továbbképzéseken is igényt tartottak jelenlétére. Eközben azonban az egyházi rendszertől elidegenedett, gyülekezeti lelkészekkel nem, vagy alig tartott kapcsolatot, kommunikációja egyoldalúvá vált, alávetette magát a kórházi rendszer célkitűzéseinek és elvárásainak, az őt alkalmazók igényeinek, lelkészi identitása rovására.

3.7.4.3. Harmadik modell: Híd

A következő modell szerint a kórházi lelkigondozás a híd szerepét tölti be az egyházi és a kórházi rendszer között. Mindkét rendszerhez kapcsolódik, de egyikbe sem integrálódik, mintha a rendszer környezeteként jelenne meg.



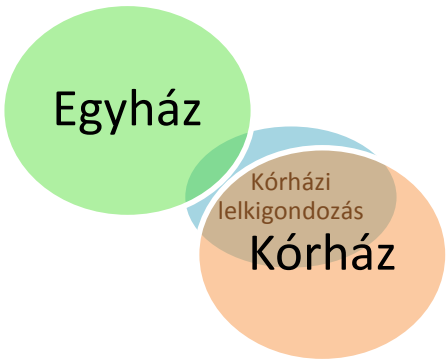
16. ábra: Harmadik modell: Híd

[719] Klessmann: Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus, 414. o.
[720] Zsuzsa interjúelemzését lásd a 2.6.4.2. fejezetben.

A lelkigondozó-kórházlelkész a résztvevő megfigyelő szerepét veszi fel, jelenléte strukturálisan mindkét rendszerben jelentéktelen, fontos döntéseket nem hoz. Mindkét rendszer tagjaival kapcsolatot tart, de kapcsolódása és kommunikációja felületes. Ez a határszerep viszonylagos szabadságot ad a kórházlelkészi szolgálat működését tekintve, ugyanakkor kevéssé van hatással a kórházi rendszerre, annak hibás működésébe nem szól bele, lényeges változást nem munkál. A MRE lelkigondozó-kórházlelkészei között végzett interjúk közül Márk beszámolója tartalmazott ehhez hasonló élményeket, aki úgy érezte mindkét rendszerben jelen van, de sehol sincs otthon.[721]

3.7.4.4. Negyedik modell: Integrált elhatárolódás, elhatárolódó integráció

Negyedik tézisünk szerint, a lelkigondozó-kórházlelkész akkor végzi leghatékonyabban szolgálatát, ha integrálódik a kórház intézményrendszerébe, de nem szakad el az egyház intézményrendszerétől sem.[722] Az ötödik tézisben kimondtuk, hogy a kórházlelkészi szolgálatot a kórházi rendszer felől nézve az „elhatárolódó integráció", az egyházi rendszer felől nézve pedig az „integrált elhatárolódás" jellemzi Magyarországon is.[723] Ennek megfelelően a negyedik modell szerint a kórházi lelkigondozás integrálódik ugyan a kórház rendszerébe, de annak önálló alrendszereként funkcionál.[724]



17. ábra: Negyedik modell: Integrált elhatárolódás, elhatárolódó integráció

[721] Márk interjúelemzését lásd a 2.6.4.5. fejezetben.
[722] Lásd a dolgozat Bevezetésében.
[723] Lásd a dolgozat Bevezetésében.
[724] Schneider-Harpprecht, Christoph: Das Profil der Seelsorge im Unternehmen Krankenhaus, in: Wege zum Menschen, 2002, 426. o.

Az egyházi rendszerhez nemcsak kiküldetését és hivatását tekintve kapcsolódik, hanem folyamatosan kommunikál azzal. A MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel folytatott interjúk közül Győző írt le hasonló tapasztalatokat.[725]

3.7.4.5. Ötödik modell: Integrált elhatárolódás, elhatárolódó integráció, gyülekezeti kapcsolódás

Az ötödik – általunk legcélravezetőbbnek tartott – modell annyiban mutat többet az előzőnél, hogy a kórházi rendszerbe integrálódó, de annak önálló alrendszereként funkcionáló kórházi lelkigondozói szolgálat az egyház rendszerén belül a gyülekezet alrendszeréhez is kapcsolódik, azzal is kommunikál. Tézisünk szerint a kórházi lelkigondozást helyi szinten szükséges összekapcsolni – a felekezeti hovatartozás figyelembevételével – a gyülekezeti lelkigondozással, mert a kórházi lelkigondozás a gyülekezetbe integrálás lehetősége nélkül kevésbé hatékony.



18. ábra: Integrált elhatárolódás, elhatárolódó integráció, gyülekezeti kapcsolódás

A gyakorlatban ez azt jelenthetné, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész az egyház küldötteként, egyházi és kórházi alkalmazásban és státuszban végzi szolgálatát, kisebb részt (10%) a helyi gyülekezet beosztott lelkészeként, nagyobbrészt (90%) kórházlelkészként. Ebben az esetben a

[725] Győző interjúelemzését lásd a 2.6.4.6. fejezetben.

kórházlelkész az egyház kiküldötteként végzi szolgálatát a kórházi rendszerben és van lehetősége integrálódni abba. Gyülekezeti kapcsolódása azonban megmarad, így egyrészt javulhat kommunikációja gyülekezeti lelkész kollégáival, a helyi gyülekezeti közösséggel, és a gyülekezetből kórházi szolgálatot vállaló önkéntesekkel, másrészt lehetősége nyílik arra, hogy a kórházi lelkigondozásban érintett személyeket igény szerint gyülekezeti közösségbe delegálja, lehetőséget kínálva a lelkigondozás folytatására a gyülekezetben. Kórházi szolgálata egyoldalúsága kevésbé fenyegeti kiégéssel, ha a gyülekezeti szolgálat sokszínűségét megélni is van alkalma. Veszélye ennek a modellnek, hogy kórházlelkészként és beosztott gyülekezeti lelkészként igen nagy fegyelmet követel a szolgálatok arányaira minden esetben tekintettel lenni. Amennyiben azonban a fentebb jelzett megállapodás mellett elköteleződnek az érintettek, javulhat a kommunikáció az egyházi és a kórházi rendszerek között, szerteágazóbbá válik a lelkigondozó-kórházlelkész kapcsolatrendszere, végül a lelkész szakmai identitásfejlődésére is pozitív hatással lehet. A MRE lelkigondozó-kórházlelkészeivel folytatott interjúk során Júlia számolt be arról, hogy egyházi és kórházi alkalmazásban egyaránt rálát mindkét rendszerre.[726] Szolgálata során elhatárolódó integrációban és integrált elhatárolódásban megfelelő távolságból szemléli a társadalom megarendszerén belül az egyházi és a kórházi rendszer kórházi lelkigondozói szolgálattal kapcsolatos problémáit és hiányosságait, hibás kommunikációját, jelzéseket küldve hol az egyik, hol a másik rendszernek. A gyülekezetekkel való kapcsolatot is van módja építeni azzal a reménységgel, hogy ezzel segíti az egyház lelkigondozói szolgálatának folyamatosságát a kórházi és a gyülekezeti lelkigondozás összekapcsolásával.

A lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat határhelyzetben működő szolgálat. A szolgálat és a szolgálattévők identitásának védelmében fontos rögzíteni ennek a határhelyzetnek a tulajdonságait, működését, funkcióit, kereteit az egyházi és a kórházi rendszer felől egyaránt.

A kórházi lelkigondozás – mint a kórházi rendszer alrendszereként működő szolgálat – fejlődését rendszerben kell szemlélnünk, kialakításának folyamatában a következő fázisokkal számolva: tervezés, fejlesztés, programozás és kiértékelés.[727] Egy adott intézményben a kórházi szolgálat kialakítását meg kell tervezni, felmérve az igényeket, számolva azokkal, akik támogatólag vannak jelen, s akik akadályozhatják a munkát. Rendszeresen érdemes tervet készíteni arról, hogy hol tart a kórházi szolgálat és benne a kórházlelkész, és hova szeretne

[726] Júlia interjúelemzését lásd a 2.6.4.1. fejezetben.
[727] Schneider-Harpprecht: Das Profil der Seelsorge, 433. o.

bizonyos idő alatt eljutni. Szükséges a környezettel információkat közölni, megismertetni a szolgálattevőt és menedzselni a szolgálatot. Időközönként érdemes értékelni az elmúlt időszakot, és felmérni az aktuális helyzetet. Mindehhez hozzátartozik a projektépítés tudománya, a minőségbiztosítás kérdései, a kórházi etikai tanácsadás, a kórházszociológia alapvető kérdései, a betegségről és a betegséggel való megküzdéséről szóló ismeretek összegyűjtése, a beszélgetésvezetés elmélete és gyakorlata, pasztorálpszichológiai ismeretek, egy teljes elméleti és gyakorlati képzés a kórházi lelkigondozás terén. A kórházlelkésznek szolgálata végzése közben meg kell ismernie a rendszer saját nyelvezetét, a kórházi kommunikációt, de ragaszkodnia kell ahhoz a keresztyén emberképhez és gondolkodásmódhoz, amely az embert embertársként és testvérként kezeli, a másikra időt szán, élettörténetét meghallgatja és kapcsolatait, megbékélését készségesen segíti.

Alapvető követelmény tehát, hogy a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatra szükséges lelki elhivatottság mellett a minden részletre kiterjedő professzionális képzés, a lelkigondozó lelkigondozása és a szupervízió se maradjon el, mert ennek hiányában felelőtlenül küld ki az egyház felkészületlen lelkigondozókat egy igen összetett projekt kiépítésére. Ezeknek az ismereteknek a birtokában azonban a lelkigondozó nemcsak elhívott, hanem felkészített szolgaként lép a kórház intézményébe, és a rendszer részeként, mégis független pozícióban naponta készen áll arra, hogy felvállalja a betegek lelkigondozását és a munkatársak együttműködése közben adódó konfliktushelyzetekben is felajánlja segítségét.

3.8. Összegzés

Dolgozatunk harmadik fejezetében az egyházi és kórházi rendszer határán működő kórházi lelkigondozói szolgálattal kapcsolatos elvárásokról és lehetőségeiről gondolkodtunk. Megállapítottuk, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész feladatainak meghatározásához szükséges átlátni egyrészt az adott kórház szervezeti felépítését, figyelemmel lenni a kiemelt területekre, megvizsgálni a részlegek és munkatársak közti kapcsolatokat és szem előtt tartani, hogy milyen elvárások élnek a rendszerben a lelkigondozással kapcsolatban. Másrészt egyértelmű, hogy a lelkigondozói szolgálat az egyház szolgálata a kórházban, melynek a kórház rendszerén kívül is kapcsolatokat kell építenie, gyülekezeti háttérrel kell rendelkeznie. Kiemeltük a lelkigondozó-kórházlelkész prófétai szerepét. A technikai, természettudományos módon orientált kórházi rendszerben a lelkigondozónak minden esetben fel kell emelnie a hangját, ha azt tapasztalja, hogy a páciens kikerül az egészségügyi rendszer érdeklődésének

középpontjából.[728] Szociális, politikai megbízatása, hogy figyeljen lelkigondozottjai szociális kapcsolatainak kiegyensúlyozottságára és a közösségben való részvételre.

A lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat feladatait a lelkigondozói, a liturgikus-homiletikus, a teológiai elméletalkotói és a pásztori funkcióban foglaltuk össze. Rendszerszemléletű megközelítéssel vázoltuk fel a betegek, a hozzátartozók és a munkatársak lelkigondozását. Megállapítottuk, hogy a liturgikus-homiletikus funkcióban ölt testet mindenki számára látható módon az egyházi és a kórházi rendszer közös tere, s fontosnak tartottuk a személyes hangvételű igehirdetést. A teológiai elméletalkotó funkció során, a betegséggel kapcsolatos bibliai és egyháztörténeti kitekintéssel éltünk, kiemeltük a lelkigondozó-kórházlelkész kórházi etikai bizottságokban való részvételét. A pásztori funkció tárgyalásánál hangsúlyoztuk a gyülekezeti kapcsolatokat és a lelkigondozott gyülekezetbe delegálását. Végül a lelkigondozó-kórházlelkész személyére tekintve vizsgáltuk a különböző személyiségdimenziók jellemzőit, családi hátteret, a segítő szindróma jelenségét, és a lelkigondozói kommunikációt. A lelkészi szolgálat rendszerkapcsolódási modelljeit felvázolva a kórházi rendszerben a legmegfelelőbb modellnek a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat integrált elhatárolódását, elhatárolódó integrációját találtuk, az egyházi rendszeren belüli gyülekezeti kapcsolódással.

[728] Vandenhoeck: i. m. 500. o.

4. BEFEJEZÉS

A dolgozat első fejezetében összefoglaltuk a rendszerszemlélet alapvető téziseit. Szóltunk arról, hogy **minden élő rendszer a homeosztázisra törekszik és képes a változásra**. „Az emberi közösségek állandóan a status quo megtartására (morphostatikus) és annak megváltoztatására (morphogenetikus) törekvő folyamatok kölcsönhatásában élnek."[729]

A lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat újraindításával Magyarországon, az 1990-es évektől kezdődően, mind az egyház, mind a kórház intézményrendszerében egyfajta változás következett be, mely felborította a nevezett rendszerek homeosztázisát. Az egyházban a megszokott gyülekezeti lelkészi státusz mellett – többek között – egy új lelkészi szolgálat jött létre, mely a korábbitól több ponton különbözik, elsősorban a szolgálat helyét, környezetét, illetve bizonyos szempontból a szolgálat speciális tartalmát és célszemélyeit tekintve. A gyülekezeti lelkész szolgálati helye elsősorban az egyházközség, az egyházmegyében és az egyházkerületben szolgáló gyülekezeti lelkészek közösségében, szolgálatának célszemélyei pedig az egyházközség tagjai és az egyházközség környezetében élő emberek. A kórházlelkész szolgálati helye ehhez képest külterület, elsősorban az adott kórház, a kórház intézményrendszerében dolgozó munkatársak és esetenként a lelkigondozó-kórházlelkészek közössége, szolgálatának célszemélyei pedig a betegek és a velük foglalkozó egészségügyi dolgozók, attól függetlenül, hogy a református egyházhoz tartozónak vallják-e magukat vagy sem. E különbözőségek miatt, a lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálata más, mint a gyülekezeti lelkészek szolgálata, vagyis formáját, kereteit, tartalmát újra kell fogalmazni. Mivel a lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatának kialakulása nem egyik pillanatról a másikra történt, hanem egy folyamat része és eredménye, ezért szolgálatuk egyházi és kórházi szabályozása is folyamatos. A kórházi szolgálat a gyülekezeti lelkészek saját gyülekezeti tagjainak meglátogatásával, majd kórházi istentiszteletek tartásával kezdődött, önkéntes szolgálattal, azután félállású kórházlelkészi státusszal folytatódott, mára pedig sok esetben főállású lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatává fejlődött Magyarországon. Az egyházi és a kórházi rendszerben ennek megfelelő mértékben borult fel az addig megszokott homeosztázis.

[729] Hézser: Miért? 16. o.

A rendszer egyik eleme tehát megváltozott, és ez mindkét rendszerben változást eredményezett. A rendszerelmélet szerint ugyanis **kis változások nagy változásokhoz vezetnek**, s a rendszer másként kezd működni, mint addig.

Az egyház intézményrendszerében a lelkész már nem csupán gyülekezeti lelkész, a kórház intézményrendszerében pedig a gyógyító közösség tagja már nem csupán az orvos, a nővér és a terapeuta. Amíg az egyházban csupán egyes gyülekezeti lelkészek vállalták fel azt a feladatot, hogy a kórházban istentiszteleteket tartanak vagy egy-egy gyülekezeti tagjukat meglátogatják, nem borult fel a homeosztázis az egyház rendszerében, hiszen a betegek meglátogatása a gyülekezeti lelkész feladatköréhez tartozott. A kórház rendszere is jól tolerálta a lelkészt, hiszen csupán látogatóként, illetve vendégként engedte be az intézménybe. A lelkész státusza, szolgálati helye, munkaköri leírása, javadalma és a kiküldetés formája nem változott. A lelkész nem igényelt többet annál, mint hogy egy-egy órát a kórházban tölthessen, s ezt mind az egyház, mind a kórház rendszere különösebb zavar nélkül be tudta építeni saját rendszerébe. **Abban az esetben viszont, amikor főállású lelkigondozó-kórházlelkészeket küld ki az egyház a kórházakba, mindkét rendszer addig megszokott működése megváltozik, az új személy kapcsán zavart észlel.** A rendszerelmélet kimondja, hogy **a megváltozott keret új viselkedéshez vezet.** Ha a rendszer keretei megváltoznak, ez szükségképpen új magatartásmódokat alakít ki.

Az egyház rendszeréből, a megszokott keretek közül a kiküldetés kapcsán részben kikerül a lelkész, a kórház rendszerébe pedig szeretne bekerülni. Egy új, a megszokottól eltérő elemet és helyzetet kell az egyház és a kórház rendszerének befogadnia. A további zavartalan működéshez mindkét rendszernek helyre kell állítania a megzavart egyensúlyt, a változásokhoz alkalmazkodva. Amennyiben a homeosztázist a rendszerekben nem sikerül helyreállítani, sérülnek a rendszerek elemei, s előbb-utóbb olyan mértékű zavar keletkezik, mely meggátolja a lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatának pozitív megnyilvánulását a kórházak rendszerére nézve.

Az interjúk alapján elmondhatjuk, hogy a homeosztázist sem az egyház, sem a kórház intézményrendszerének nem sikerült még helyreállítania Magyarországon. Bár mindkét rendszer folyamatosan lépéseket tesz az egyensúly helyreállításáért, a stabilitás és az állandóság még nem jött létre. **Megállapítottuk azonban, hogy a rendszerben minden viselkedés értelmes és a rendszert szolgálja. A rendszer egészét tekintve tehát minden magatartásnak értelme és célja van a rendszer fejlődésében.** Az interjúkban megszólaló lelkészek valamennyien erőteljesebben élik meg a kórház intézményrendszeréhez, mint az egyházhoz

tartozásukat. Ez azt jelezheti számunkra, hogy a kórházak az új helyzethez jobban tudtak alkalmazkodni, mint az egyház intézményrendszere. A kórházlelkészek az őket befogadó rendszerben többé-kevésbé megtalálták a helyüket, az őket kiküldő rendszerben azonban idegenné váltak, határhelyzetbe kerültek. A határhelyzet minden valószínűség szerint nem változik, hiszen tulajdonsága a kórházi lelkigondozói szolgálatnak. Sok esetben éppen ebből a kettős helyzetből adódik lehetősége arra, hogy a lelkigondozó-kórházlelkész szolgálatát optimálisan végezhesse. Amennyiben a kórház rendszerébe szervesen integrálódik, kiszolgáltatottjává válhat annak, elveszítheti szuverenitását. Amennyiben az egyház rendszerébe integrálódik, elveszítve határszerepét, olyan mértékben marad kívülálló a kórházban, hogy ez szolgálatát akadályozza, s ahelyett, hogy segítené a gyógyítás és a kezelés folyamatát, bizonyos szinten hátráltatni fogja a kórház működését. A kórházlelkészi szolgálatot a kórházi rendszer felől nézve az „elhatárolódó integráció", az egyházi rendszer felől nézve pedig az „integrált elhatárolódás" jellemzi Magyarországon is.[730] Egyik oldalról tehát, saját feladatait és működését tekintve a lelkigondozó-kórházlelkésznek mindig idegennek kell maradnia a kórház rendszerében, másik oldalról, ha munkáját optimálisan kívánja végezni, akkor nem maradhat idegen, mert a kórház gyakorlati tevékenységébe integrálódnia kell. El kell fogadnunk tehát a kórházi lelkigondozásnak ezt a határhelyzetét, és élni kell azokkal a lehetőségekkel, amelyeket ez a pozíció kínál. Ahhoz azonban, hogy ebben a helyzetben a lelkigondozó-kórházlelkész helye stabil legyen, szükséges ennek a határhelyzetnek a tulajdonságait, működését, funkcióit, kereteit rögzíteni az egyházi és a kórházi rendszer részéről egyaránt. Az egyházi és kórházi rendszerekben a homeosztázis úgyis helyreállhat, hogy megállapítjuk a kórházi lelkigondozói szolgálat határhelyzetét, s ennek speciális lehetőségeit, melyet végső soron mindkét rendszer határszolgálatként fogad el és integrál.

A lelkigondozó-kórházlelkészek egészségügyi intézménybe küldésével az egyházi és a kórházi rendszerek bizonyos szempontból kölcsönösen függni kezdenek egymástól, ezért szükséges, hogy egymásra funkcionálisan nyitottak legyenek. Az egyházi és kórházi alrendszerek viszonylag zárt operatív rendszerek, de részben környezetükre nyitottak, vagyis kapcsolatban állnak környezetükkel, és az onnan érkező impulzusokra válaszolniuk kell. Ahhoz, hogy a kommunikáció elinduljon majd megfelelően működjön a két rendszer között, létre kell jönnie az információ – közlés – megértés hármas egységének. Mindkét rendszer számára szükséges tehát a megfelelő információ, a lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatának valamennyi

[730] Vö. Nauer: Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger im Psychiatrischen Krankenhaus? 369. o.

területével kapcsolatban. Ez szükségessé teszi a lelkigondozó-kórházlelkészek kórházi intézményrendszerben elfoglalt helyének elméleti és gyakorlati megalapozását, egységes és részletes jogi, financiális, szervezeti és szakmai leírását. Ezt követően meg kell választani a közlésnek azokat a formáit, melyek mindkét rendszerben megértéshez vezetnek. Így jöhet létre az a kommunikáció, mely nélkül az egyház és a kórház rendszere nem tud együttműködni.

Az egyházi és kórházi rendszerek között a lelkigondozó-kórházlelkészek szolgálatba állításával interpenetrációs zóna jön létre, melyben a megértéshez egy közös kód szükséges. Amennyiben sikerül megtalálni a közös kódot, a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat képes párbeszédet folytatni mind a kórházi, mind az egyházi rendszer szereplőivel, képviselőivel, mely párbeszéd a társadalmi rendszer változásainak tükrében, s annak kórházi és egyházi alrendszerekre gyakorolt hatásában és kölcsönhatásában elengedhetetlen. **A rendszerszemlélet szerint a jövő fontosabb, mint a múlt.** Az egyházi és a kórházi rendszerek magukban foglalják a múltat, de a jövő felé kell tekinteniük. A múlt megváltoztathatatlan eseményeivel szemben mindkét rendszer jövője még alakul, vagyis a rendszerben – bár felvázoltuk a múltat – a jövőt fontosabbnak tartjuk.

„A lelkigondozók az egyház áldásával kikerülnek egy hatalmas, számukra idegen képződménybe, a kórházba, s aztán maguknak kell rájönniük arra, hogyan igazodnak el abban, pontosan hol és hogyan akarnak és tudnak dolgozni. Ezek a zavaros helyzetek a kezdőknél gyakran a tehetetlenség érzését keltik és szomorúságot okoznak.” [731] A lelkigondozó-kórházlelkészek szakmai identitásának alakulását megterheli az egyházi és a kórházi rendszer különbözősége, egymáshoz való viszonyuk aktuális kérdései és a kórházlelkészi szolgálat hiányos körülírása, bizonytalansága. **A rendszerszemlélet szerint a megoldások azonban már rendelkezésre állnak.** A rendszerben korábban előfordultak hasonló zavarok, melyekre a rendszer valamiféle megoldással válaszolt, hogy aztán tovább funkcionálhasson. Egy újabb zavarnál emlékeztetni kell a rendszert a már rendelkezésre álló megoldásra. A rendszer korábbi megoldásainak az aktiválásában, s – a rendszer környezetére tekintettel – azok aktuális átgondolásában rejlenek a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat erőforrásai. Az Ecclesia semper reformanda, vagyis, hogy az egyháznak mindig meg kell újulnia, reformátori örökségünk. A kórházlelkészi szolgálat szemszögéből nézve a szervezet belső struktúrája és a tagok belső, lelki hozzáállása számára egyaránt szükséges a megújulás. A lelkigondozó-

[731] Klessmann: Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus, 423. o.

kórházlelkészi szolgálat működését segítené, ha a betegek meglátogatásának, felkarolásának, lelkigondozásának krisztusi parancsa az egyházban elsőbbrendű feladattá válna. A szakmai fejlődést támogatná egy, a szolgálat minden területét érintő, annak minden részletére kiterjedő útmutatás, vagyis a lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat magyarországi standardjának megfogalmazása, kiadása.

Rendszerszemléletű megközelítésünkben hangsúlyoztuk, hogy **a térkép nem ugyanaz, mint az ország**. Amikor e jelenlegi dolgozatot, annak valamennyi leírását, kutatását és következtetését átgondoljuk, számolnunk kell azzal, hogy bármennyire is igyekeztünk minden perspektívát megjeleníteni, mégis csak a MRE lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálata egy szeletének absztrakcióját láttuk, de nem annak teljes valóságát tartjuk a kezünkben. A térkép nem azonos az országgal csupán egy másodlagos valóságalkotás. Amit összefoglaltunk, az egyrészt a kórházlelkészi szolgálatról összegyűjtött információk, másrészt tapasztalataink és nézeteink összessége, de mégsem teljesen azonos a valósággal. Bár szembe kell néznünk töredékességével, munkánk mégis hasznos abból a szempontból, hogy ha az emberek más és más képet alkotnak is ugyanarról a valóságról, a térképek megismerésére minden embernek szüksége van. A térkép segít eligazodni, utat találni, célhoz érni.

A rendszerszemléletű gondolkodásban hangsúlyos szerepe van az időnek, **a múlt és a jövő között a jelent igyekszik megérteni, azt folyamatként értelmezi és ezért jövőorientált**. Dolgozatunk végén megállapíthatjuk, hogy „a kórházi lelkigondozás esetében rendkívüli nehézségekkel, de rendkívüli lehetőségekkel is járó tevékenységről van szó.” [732] Szembenéztünk a múlttal, leírtuk a jelen kor kihívásait, végül a reményteljes jövő felé nézünk, és a fejlődésére fókuszálunk.

Posztmodern világunkban a keresztyén elhívatásnak és azon belül a MRE lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatának szituációja hasonlatos a Krisztus-szituációhoz. [733] „Isten a Krisztusban hagyta magát kiszorítani a világból a peremre, a legszélre, a Golgotára. Nem kiáltott, nem lármázott, nem harcolt, legfeljebb a kiszorítók miatt sírt Jeruzsálemben, amikor az övéi közé jött, és azok nem fogadták be […] A *teológia crucisból* nem következhet más, mint *ecclesiologia crucis* […] Az *ecclesiologia crucis* állítása az, hogy az egyház szituációja – a perem – a Krisztus-szerű élet következménye lehet, ott van a Krisztus-hit normális helye.”[734]

---

[732] Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, 22. o.
[733] Vályi Nagy Ervin: Minden idők peremén. Európai Protestáns Magyar Szabadegyetem Kiadása, Basel/Budapest 1993. 266. o.
[734] Uo. 266-267. o.

A lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálat az egyházi és a kórházi rendszerben határszituációban keresi a maga útjait. Bár határhelyzete megnehezíti a lelkigondozói munkát, mégis ebben rejlenek különös lehetőségei, ez a keresztyén kórházi lelkigondozás, mint Krisztus-szerű szolgálat normális helye. Krisztus odaadta önmagát, de nem adta fel önmaga küldetését. A társadalom megarendszerében, s azon belül az egyházi és a kórházi alrendszerekben tevékenykedő lelkigondozó-kórházlelkész szenvedők közötti szolgálata akkor maradhat Krisztus-szerű szolgálat, ha elfogadja az egyházi és a kórházi rendszerben határhelyzetét, a környezetét érintő változásokra reagál, és mindeközben keresztyén küldetéséhez hű marad. Végső soron „a kérdés csak az, hogy a peremen, a kiszolgáltatottságban megmaradunk-e Krisztusban?”[735] Abban a Krisztusban, aki önmagát adta keresztre a világért, szenvedett és kilehelte lelkét, de harmadnapra feltámadt és az Ő „feltámadása a mi dicsőséges feltámadásunknak bizonyos záloga.”[736] A MRE lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatának az egyházi rendszerben „integrált elhatárolódásban”, a kórházi rendszerben pedig „elhatárolódó integrációban”, határszolgálatként minden szenvedő felé nyitottan kell megjelennie a 21. századi pluralista világban, ugyanakkor nem veszítheti el keresztyén küldetéstudatát, meg kell maradnia Krisztusban, ahogyan Krisztusnak is őbenne.

[735] Uo. 267. o.
[736] Heidelbergi Káté 45. kérdés-felelet

5. IRODALOMJEGYZÉK

1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, V/4 Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása. net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Letöltés ideje: 2014. 11. 28.

Albisser, Rudolf: Qualitätssicherung in der Spitalseelsorge, in: Albisser, Rudolf / Loretan, Adrian (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, LIT Verlag, Zürich, 2007. 101-109. o.

Atkinson, Rita L. / Atkinson, Richard C. / Smith, Edward E. / Bem, Daryl J.: Pszichológia, Osiris Kiadó, Budapest, 1997.

Aue, Michael / Bader, Birgit / Lühmann, Jörg: Krankheits- und Sterbebegleitung, Beltz Verlag, Weinheim / Basel, 1995.

Augustinus, Aurelius: Vallomások, Gondolat Kiadó, Budapest, 1987.

Állami Egészségügyi Ellátó Központ honlapja, www.aeek.hu, letöltés ideje: 2015.03.14.

Bach, Ulrich: Heilende Gemeinde. Versuch einen Trend zu korrigieren, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 1988.

Barth, Karl: Ember és embertárs, Európa Könyvkiadó, Budapest, 1990.

Barth, Karl: Die kirchliche Dogmatik. Die Lehre von der Schöpfung, III/4, Evangelischer Verlag, Zollikon / Zürich, 1957.

Baumgartner, Otto: Protestantische Seelsorge, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen, 1931.

Bayer, Oswald: Autorität und Kritik zu Hermeneutik und Wissenschaftstheorie, Mohr Siebeck Verlag , Tübingen, 1960.

Bayer, Oswald: Gott als Autor. Zu einer poietologischen Theologie, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen, 1999.

Békési Sándor: A poézis helye Kálvin teológiájában, in: Békési Sándor (szerk.): Pius efficit ardor: A művészet értékelése Kálvin művében és a református kultúrában, MRE Kálvin János Kiadó, Budapest, 2009. 29-67. o.

Berger, Klaus: Biblisches Christentum als Heilungsreligion, in: Ritter, Werner H. / Wolf, Bernhard (Hg.): Heilung – Energie – Geist, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2005. 226-246. o.

Bertalanffy, Ludwig von: General System Theory. Foundations, Development, Applications, George Braziller, New York, 1968.

Bodoky Richárd: Az anyaházi diakónia az egyházban – női diakónia története, Filadelfia Diakonissza Egylet, Lorántffy Zsuzsanna Egylet, Sylvester Rt, Budapest, 1942.

Bodoky Richárd: Jövevények és vándorok I. II. III. (Égi Sziget), IV. (Kerengő), V. (Aranyhíd) kötetei, Kiadta Bodoky Richárdné, Könyvfólia Bt, Budapest, 1996-2001.

Bognár Bulcsu: Vallás, egyház és a média kapcsolata, in: Vigilia 2008/9

Bognár Bulcsu / Karácsony András (szerk.) : Kommunikáció és társadalom. Luhmann olvasókönyv, Gondolat Kiadó, Budapest, 2013. www.gondolatkiado.hu, letöltés ideje: 2014.12.18.

Boisen, Anton T. : The exploration of the Inner World: A Study of Mental Disorder and Religious Experience, Repr. 1936, University of Pennsylvania press, Philadelphia, 1971.

Borck, Sebastian: Sind refinazierte Krankenhausseelsorge-Stellen ein Gewinn? Oder kommt, wer refinanziert wird, von der Rolle? in: Wege zum Menschen (63) 2011. 337-348. o.

Bosch, David J. : Paradigmaváltások a misszió teológiájában, Harmat Könyvkiadó, Budapest, 2004.

Bowen, Murray: Family Therapy and Family Group Therapy, in: Kaplan, Harold I. / Sadock, Benjamin J. (Eds.): Comprehensive Group Psychotherapy, Williams and Wilkins, Baltimore, 1971. 394-421. o.

Böszörményi-Nagy, Iván / Krasner, Barbara R. : Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa, Coincidencia Kft, Budapest, 2001.

Böszörményi-Nagy, Iván / Spark, Geraldine M.: Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme, Stuttgart, 1981.

Bruhn, Manfred: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepten, Methoden, Springer Verlag, Berlin, 1997.

Buda Béla: Pszichoterápia. Kapcsolat és kommunikáció, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2004.

Bullard-Werner, Nancy: Sechs Schemata der Krankheitsdeutung, in: Karle, Isolde / Thomas, Günther (Hg.) : Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009. 557-562. o.

Carstens, Anette: Ohnmachts-Erfahrungen in der Klinikseelsorge, Differenzierter Blick auf einen Begriff, in: Wege zum Menschen (65) 2013, 535-543. o.

Charbonnier, Ralph: Seelsorge in der Palliativversorgung. Konzepzionelle, kommunikative und organisatorische Aspekte einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit, in: Wege zum Menschen (60) 2008. 512-528. o.

Cobb, Sidney: Social Support as a Moderator of Life Stress, in: Psychosomatic Medicine 5. nr. 38:300-14, 1976. www.campus.fsu.edu, letöltés ideje: 2014.12.12.

Cseri Péter: A vallásosság és az egészség kapcsolata. Az imádság szerepe az életminőség- és coping-kutatások tükrében, in: Embertárs, Ökumenikus Lelkigondozói és Mentálhigiénés Folyóirat, II/1, 2004. 4-11. o.

Denecke, Axel: Persönlich predigen, Erweiterte und aktualisierte Neuauflage, Hamburger Theologische Studium Bd.24. LIT Verlag, Münster, 2001.

Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie honlapja, www.pastoralpsychologie.de, letöltés ideje: 2014.09.11.

Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe. Herausgegeben von der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD und der Konferenz der Verantwortlichen für Sonderseelsorge in den Gliedkirchen der EKD, Vertrieb durch das Kirchenamt der EKD, Hannover, 2004.

Dorst, Brigitte: „Die Menschen belasten Dich? Trag' sie nicht auf deinen Schultern, schliess sie in dein Herz" (H. Camara), in: Wege zum Menschen (41) 1989. 229-240. o.

Dreher, Siegfried: Chancen und Grenzen eines Ethik-Komitees im Krankenhaus, in: Wege zum Menschen (54) 2002. 396-401. o.

Duesberg, Hans: Ökumenikus együttműködés a kórházban, in: Michael Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1996. 230-241. o.

Ebach, Jürgen: Woran leidet Hiob? in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009. 115-126. o.

Eckart, Otto: Magie – Dämonen – göttliche Kräfte. Krankheit und Heilung im Alten Orient und im Alten Testament, in: Ritter, Werner H. / Wolf, Bernhard (Hg.): Heilung – Energie – Geist, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2005. 208-225. o.

Egészségtudományi Fogalomtár, www.fogalomtar.eski.hu, letöltés ideje: 2015.03.16.

Eibach, Ulrich: Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe? Eine theologisch-ethische und seelsorgliche Sicht, in: Wege zum Menschen (65) 2013. 515-534. o.

Emlein, Günther: Seelsorge als systemische Praxis, Grundlagen für eine systemische Konzeption der Seelsorge, in: Wege zum Menschen (53) 2001. 158-178. o.

Engemann, Wilfried (Hg.): Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile, Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, 2007.

Evers, Simon: Portrait des Verbandes der Seelsorge im Gesundheitswesen, in: Wege zum Menschen (65) 2013. 479-490. o.

Édes Tünde: Az európai-unió-beli és a magyar klinikai lelkigondozás, in: Református Egyház, 2003. 132-135. o.

Faber, Heije: A lelkigondozói beszélgetés lélektana, Híd Családsegítő Központ, Budapest, 1990.

Faber, Heije: Seelsorge am kranken Menschen, Handbücherei für Gemeindearbeit, Heft 45, Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, Gütersloh, 1969.

Faber, Heije: Klinische Semester für Theologen, Paul Haupt Verlag, Bern, 1965.

Faber, Heije / Schoot, Ebel van der: Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1974.

Fazakas Sándor: Az egészségről teológus szemmel, in: Református Tiszántúl, 2008/2. 3-5. o.

Fábián Tibor Károly és Nguyen Minh Hu: Betegségkép különböző vallásokban, in: Vértes Gabriella / Fábián Tibor Károly (szerk.): Vallás és hit a gyógyításban, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2008. 101-112. o.

Ferel, Martin: Thesen zu einer systemisch orientierten Seelsorge. Unveröffentliches Manuskript. Frankfurt o.J.

Ferel, Martin: „Willst du gesund werden?" – Das systemische Verständnis von Krankheit und Heilung als orientierung für die Seelsorge, in: Wege zum Menschen (48) 1996. 359-374. o.

Feuersträter, Reinhard / Hamdorf-Ruddies, Hildegard: Zwischen System und Auftrag. Das moderne Krankenhaus als Herausforderung an die Krankenhausseelsorge, in: Wege zum Menschen (61) 2009. 536-542. o.

Flick, Uwe / Kradorff, Ernst von / Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowolt Taschenbuch Verlag, Hamburg, 2010.

Forgács Gyula: A belmisszió és a cura pastoralis kézikönyve, Református Főiskolai Könyvnyomda, Pápa, 1925.

Foucault, Michel: Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése, Corvina Kiadó, Budapest, 2000.

Frankl, Viktor E. : Az ember az értelemre irányuló kérdéseivel szemben, Kötet Kiadó, Nyíregyháza, 1996.

Frenkl Róbert: Töprengéseim. Egészségügy: értékek és veszteségek, Literatura Medica Kiadó, Budapest, 2006.

Freund, Sigmund: A mindennapi élet pszichopatológiája, Gabo Könyvkiadó és Kereskedelmi Kft. Budapest, 2006.

Freund, Sigmund: Bevezetés a pszichoanalízisbe, Gabo Könyvkiadó és Kereskedelmi Kft. Budapest, 2012.

Friedman, Edwin H. : Nemzedékről nemzedékre. Családi folyamatok egyházi és zsinagógai közösségekben, Exit Kiadó, Kolozsvár, 2008.

Friedrich, Hannes: Die Klinikseelsorgerin und der Klinikseelsorger im Dickicht von Zweckrationalität und Krankenhaussubkultur, in: Wege zum Menschen (48) 1996. 164-175. o.

Geest, Hans van der: Négyszemközt. Példák a sikeres lelkigondozásra, Semmelweis Egyetem, Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest, 2004.

Gerstenberger, Gerhard / Schrage, Wolfgang: Leiden, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart / Berlin / Köln / Mainz, 1977.

Géra Eleonóra Erzsébet: Református karitatív intézmények a fővárosban 1850-1952 Doktori disszertáció, doktori.btk.elte.hu/hist/gera/diss.pdf, letöltés ideje: 2014. 05.15

Gestrich, Reinhold: Am Krankenbett. Seelsorge in der Klinik, Quell Verlag, Stuttgart, 1987.

Gestrich, Reinhold: Gedanken über Seelsorge im multireligiösen Krankenhaus und einige praktische Hinweise von Pfarrer Reinhold Gestrich, in: Wege zum Menschen (47) 1995. 400-412. o.

Gestrich, Reinhold: Gespräche mit Schwerkranken. Krisebewältigung durch das Pflegepersonal, 3. vollständig überarbeitete und neu gestaltete Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2006.

Goldenberg, Irene / Goldenberg, Herbert: Áttekintés a családról II, Családterápiás Sorozat 20, Animula Kiadó, Budapest, 2008.

Gollwitzer, Helmut: Krummes Holz – aufrechter Gang. Zur Frage nach dem Sinn des Lebens, Chr. Kaiser Verlag, München, 1970.

Grözinger, Albrecht: Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte, in: Wege zum Menschen (38) 1986. 178-188. o.

Grözinger, Albrecht: Seelsorge im multikulturellen Krankenhaus, in: Wege zum Menschen (47) 1995. 389-400. o.

Guntern, Gottlieb: Transaktionsmuster, in: Skript für die Ausbildung in systemischer Terapie und Beratung, Zentrum für Systemtherapie Bern, Bern (hekt.) 1998.

Gyökössy Endre: Magunkról magunknak, Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Budapest, 1989.

Haart, Dorothee: Seelsorge im Wirtsschaftsunternehmen Krankenhaus. Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge 68. Echter Verlag, Würzburg, 2007.

Haendler, Otto: Die Predigt. Tiefenpsychologische Grundlagen und Grundfragen, Walter De Gruyter, Berlin, 1960.

Halmos Tamás: Partneri viszony az orvos-beteg kapcsolatban és ennek hatása az egészségi állapotra, in: Magyar Tudomány, 2006/9. www.matud.iif.hu, letöltés ideje: 2007.10.11.

Harvey, William: Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus (On the Motion of the Heart and Blood in Animals), London, 1628. legacy.fordham.edu, letöltés ideje: 2014.12.12.

Hänle, Joachim: Heilende Verkündigung. Kerygmatische Herausförderungen im Dialog mit Ansätzen der Humanistischen Psychologie, Schwabenverlag, Ostfildern, 1997.

Held, Peter: Systemische Praxis in der Seelsorge, Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz, 1998.

Heller, Andreas: Seelsorge, ein Gesundheitsberuf im Krankenhaus, in: Andreas Heller und Hermann M. Stenger (Hg.): Den Kranken verpflichtet, Tyrolia, Innsbruck / Wien, 1997. 49-65. o.

Helm, Hughes M. / Hays, Judith C. / Flint, Elizabeth P. / Koenig, Harold G. / Blazer, Dan G.: Meghosszabbítja-e az egyéni hitéleti tevékenység a túlélést, in: Midling Andrea / Szombathy Mária (szerk.): Tanulmányok Fókuszban III. Mozaik III. Válogatott tanulmányok a kórházi betegek segítő szolgálatát végzők számára, Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány kiadványa, Budapest, 2005. 270-282. o.

Hennig, Kurt: Isten igéje elkísér. A súlyos betegek közötti szolgálatról, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 1996.

Herold, Gerhart: Chaostheologie, in: Deutsches Pfarrerblatt 93, 1993. 117-120. o.

Hézser, Gábor: A kórházi lelkigondozás, mint az intézményi kultúra egyik támasza, in: Református Egyház, 2002. 225-227. o.

Hézser, Gábor: Familienrekonstruktion. Eine Methode der systemischen Seelsorge und der Seelsorgeausbildung, in: Schneider-Harpprecht, Christoph (Hg.) : Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 2000. 167-173. o.

Hézser, Gábor: Miért? Rendszerszemlélet és lelkigondozói gyakorlat, MRE Kálvin Kiadó Budapest, 2001.

Hézser, Gábor: Pasztorálpszichológiai szempontok az istentisztelet útkereséséhez, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 2005.

Hézser, Gábor: Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Elméletek, irányzatok, emberkép. A Debreceni Református Hittudományi Egyetem Gyakorlati Teológiai Tanszékének Tanulmányi Füzetei 12, Debrecen, 2002.

Horváth Szabó Katalin (Szerk.) : Valláspszichológiai tanulmányok, Akadémiai Kiadó Zrt., Budapest, 2003.

Inauen, Marlene: Standards für Krankenahusseelsorge in Europa, in: Albisser, Rudolf / Adrian Loretan (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, LIT Verlag, Zürich, 2007. 121-123. o.

Istentiszteleti Rendtartás a Magyarországi Református Egyház számára, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 2004.

Jakab Sándor: Beziehnugen erleben. Aspekte menschlicher Beziehungen aus der Sicht heilender systemischer Poimenik für Gemeindeseelsorge, Spezialsselsorge und Diakonie, LIT Verlag, Berlin, 2003.

Janowski, Bernd: Konfliktgespräche mit Gott. Eine Antropologie der Psalmen, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 2009.

Janowski, Bernd: „Heile mich, denn ich habe an dir gesündigt" (Ps 41,5), in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009. 47-66. o.

Jäger, Alfred: Diakonie als eigenständige Gestalt von Kirche, in: Wege zum Menschen (49) 1997. 340-353. o.

Jäger, Alfred: Seelsorge als Funktion diakonischer Unternehmenspolitik, in: Schneider-Harpprecht, Christoph (Hg.): Zukunftperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 2000. 136-138. o.

Jelenits István / Tomcsányi Teodóra (szerk.): Egymás közt egymásért, HÍD Családsegítő Központ Kiadása, Budapest, 1990.

Jochheim, Martin: Die Anfänge der Seelsorgebewegung in Deutschland. Ein Beitrag zur neueren Geschichte der Pastoralpsychologie, in: Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte, Heft 17, Herausgegeben im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie e. V. von Klaus Kiessling, Frankfurt am Main, 2012. 180-228. o.

Josuttis, Ursula: Seelsorge im Akut Krankenhaus – Nur noch Krisenintervention? in: Wege zum Menschen (61) 2009. 561-563. o.

Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Eine Einführung in das Problemfeld, in: Karle, Isolde / Thomas, Günther (Hg.) : Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009. 9-22. o.

Karle, Isolde: Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care, in: Wege zum Menschen (62) 2010. 537-555. o.

Karle, Isolde: Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytisch orientierten Seelsorge, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluny, 1996.

Karle, Isolde: Seelsorge in der modernen Gesellschaft. Spezifische Chancen, Ressourcen und Sinnformen der seelsorgerlichen Kommunikation, in: Evangelische Theologie 59 (1999) 203-219. o.

Kaszó Gyula: Gefängnisseelsorge in Ungarn. Historische, systemisch-pastorlapsychologische und teologische Perspektiven, KRE HTK Doktori Iskola – L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2007.

Kálvin János: Tanítás a keresztyén vallásra, MRE Zsinati Irodájának Sajtóosztálya, Budapest, 1991.

Kiss Jenő / Meulink-Korf, Hanneke / Melzer, Annette (szerk.) : Megmásíthatalan jogigény. Betekintés a kontextuális lelkigondozásba és segítésbe, Exit Kiadó, Kolozsvár, 2013.

Klessmann, Michael: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, Debreceni Református Hittudományi Egyetem kiadása, Debrecen, 2002.

Klessmann, Michael: Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus, in: Wege zum Menschen (49) 1997. 413-428. o.

Klessmann, Michael: Die Stellung der Karnkenhausseelsorge in der Institution Krankenhaus, in: Andreas Heller / Hermann M. Stenger (Hg): Den Kranken verpflichtet, Tyrolia, Innsbruck / Wien, 1997. 30-48. o.

Klessmann, Michael: Gibt es eine prophetische Dimension in der Seelsorge im Krankenhaus? in: Pohl-Patalong, Uta / Muchlinsky, Frank: Seelsorge im Plural: Perspektiven für ein neues Jahrhundert, E-B.Verlag, Hamburg, 1999. 127-139. o.

Klessmann, Michael: Handbuch der Krankenhausseelsorge, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1996.

Klessmann, Michael: Krankenhausseelsorge als exemplarisches Pfarramt, in: Wege zum Menschen (53) 2001. 414-427. o.

Klessmann, Michael: Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch, 2. Auflage, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluny, 2004.

Klessmann, Michael: Seelsorge, Begleitung, Begegnung. Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluny, 2008.

Klessmann, Michael: Seelsorge im Krankheitsfall, in: Engemann, Wilfried (Hg.): Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile, Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, 2007. 390-410. o.

Kocsev Miklós: Impulzusok a holland református (Gereformeerd / Herformd) gyakorlati teológiából az ezredforduló körül, (Különös tekintettel haza református egyházi életünkre), Theológiai doktori értelezés, Balatonszárszó, 2002. https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/127724/Dolgozat-Kocsev.pdf , letöltés ideje: 2014.09.11.

Koenig, Harold G. / McCullough, Michael E. / Larson, David B.: Handbook of Religion and Health, Oxford University Press, Oxford / New York, 2001.

Komlósi Piroska: A rendszerszemlélet, előadás a Károli Gáspár Református Egyetemen, 9. o. in: www.semmelweis.hu/klinikai-pszichologia, letöltés ideje: 2015.01.12.

Kovács Ábrahám: Angolszász és német hatások az első magyarországi protestáns kórház, a Bethesda megalapításában 6. évf. 1. szám A. D. MMV, uni-miskolc.hu, letöltés időpontja: 2014.03.12.

Körtner, Ulrich H. J. : Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 2001.

Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge, Herausgegeben vom Landeskirchenrat der Evangelischen Kirche Pfalz (Protestantische Landeskirche) und vom Konvent der Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger im Bereich der Evangelischen Kirche Pfalz, 2006.

Kriz, Jürgen: Systemtheorie für Psychoterapeuten, Psychologen, und Mediziner, Uni Taschenbücher 2084. Facultas Universitätsverlag, Wien, 1999.

Künzler, Jan: Interpenetration bei Parsons und Luhmann. Von der Integration zur Produktion von Unordnung, in: System Familie (1990) 3:157-170. o.

Kvale, Steinar: Az Interjú. Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba, Jószöveg Műhely Kiadó, Budapest, 2005.

Lammer, Kerstin: Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, 3.Auflage, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn, 2004.

Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung, Lehrbuch, 4. vollständig überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim / Basel, 2005.

Lange, Ernst: Kirche für die Welt. Aufsätze zur Theorie kirchlichen Handelns, Edition Ernst Lange 2, München / Glenhausen, 1981. 19-62. o.

Levant, Ronald F. : A Classification of the Field of Family Therapy: A Review of Prior Attempts and a New Paradigmatic Model. American Journal of Family Therapy, 1980. 8: 3.

Lewin, Kurt: A mezőelmélet a társadalomtudományokban, Gondolat Könyvkiadó, Budapest, 1972.

Ludewig, Kurt: Rendszerszemléletű terápia. A klinikai elmélet és gyakorlat alapjai, Coincidencia Kiadó, Budapest, 2003.

Luhmann, Niklas: Az értelem mint a szociológia alapfogalma, in: Némedi Dénes (szerk.) : Válogatás Niklas Luhmann írásaiból. Szociológiai füzetek 42. 1987. 17-144. o.

Luhmann, Niklas: Die Religion der Gesellschaft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 2000.

Luhmann, Niklas: Funktion der Religion. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1977.

Luhmann, Niklas: Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd 2: Wie ist soziale Ordnung möglich? Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1981. 195-286. o.

Luhmann, Niklas: Látom azt, amit te nem látsz, Osiris Kiadó, Budapest, 1999.

Luhmann, Niklas: Szociális rendszerek, in: Szocilológiai irányzatok a XX. században. Olvasókönyv a szociológia történetéhez. Szerk.: Felkai Gábor / Némedi Dénes / Somlai Péter, Újmandátum Könyvkiadó, Budapest, 2000. 91-104. o.

Luther, Hennig: Religion und Alltag. Bausteine zu einer praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart, 1992.

Lüssi, Peter: A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve, Párbeszéd Alapítvány, Budapest, 1997.

Magyar Kórházszövetség honlapja, www.korhazszovetseg.hu, letöltés ideje: 2015.03.20.

Magyarországi Jogtár honlapja, www.jab.complex.hu, letöltés ideje: 2012.01.20.

Mayer-Scheu, Josef / Kautzky, Rudolf (Hg.): Vom Behandeln zum Heilen. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Sehen-Verstehen-Helfen, Pastoralantropologische Reihe, Band 4. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1980.

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim / Basel, 2010.

Mehler, Bernd: Seelsorge nach EN ISO 9000? Herausförderung des Qualitätsmanagements an die Seelsorge, in: Wege zum Menschen (54) 2002, 416-424. o.

Melly József: A kórházkultúra fejlődése és a hospitalizáció jelentősége Budapesten I-II. rész, Városi Szemle, Közlemények a városiközigazgatás és statisztika köréből, XX. 1934/3.sz. 323-347. o., 1934/4. sz. 549-570. o.

Meulink-Korf, Hanneke / Rhijn, Aat van: A harmadik – akivel nem számoltak, Exit Kiadó, Kolozsvár, 2009.

Michna Krisztina: A klinikai lelkigondozás szerepe az egészségügyi intézményekben, in: IME VIII. évf. 1. szám

Michna Krisztina: A kórházi lelkigondozás rendszerszemlélete és mosdósi gyakorlata, in: Szretykó György / Vezér Mihály (szerk.): A nonprofit szektor és az egészségügyi, szociális szolgáltatások. A nonprofit szervezetek szociológiai és társadalom-gazdaságtani problémái, Comenius Kft, Pécs, 2008. 409-435. o.

Michna Krisztina: Istentisztelet a betegágy mellett 1-2, in: Református Egyház 2008. 103-106. és 126-129. o.

Michna Krisztina: Lelkigondozás tüdőbetegek között, in: Tüdőgyógyászat, 2007. június

Minuchin, Salvador: Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie, 10. Auflage, Lambertus Verlag, Freiburg, 1997.

Mirnics Zsuzsanna: A személyiség építőkövei. Típus-, vonás-, és biológiai elméletek. Bölcsész konzorcium, Budapest, 2006. 73-80. o. mek.oszk.hu/04800/04808/04808.pdf , letöltés ideje: 2014.06.17.

Moltmann, Jürgen: A reménység fényei, Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Budapest, 1989.

Morgenthaler, Christoph: Sterben im Krankenhaus – systemische Aspekte, in: Wege zum Menschen (52) 2000. 408-424. o.

Morgenthaler, Christoph: Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, 4. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005.

Morgenthaler, Christoph: Systemische Therapie, in: RGG, 4. völlig neu bearbeitete Auflage, Bd. 7. Tübingen, 2004. 2018-2020. o.

Mortanges, René Pahud de: Seelsorge und Datenschutz, in: Albisser, Rudolf / Loretan, Adrian (Hg.) : Spitalseelsorge im Wandel, LIT Verlag, Zürich, 2007. 17-21. o.

Möller, Christian: Gottesdienst als Gemeindeaufbau. Ein Werkstattbericht, Göttingen, 1988.

Nauer, Doris: Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger im Psychiatrischen Krankenhaus? Tübinger Perspektiven zur Pastoraltheologie und Religionspedagogik Band 3. LIT Verlag, Münster, 1999.

Nauer, Doris: Seelsorgekonzepte im Widerstreit? Einleitung, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2001.

Nauer, Doris: Seelsorge. Sorge um die Seele, 2. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2007.

Naurath, Elisabeth: Seelsorge als Leibsorge: Perspektiven einer leiborientierten Krankenhausseelsorge, Kohlhammer Verlag, Stuttgart / Berlin, 2000.

Nelius, Gaby / Städtler-Mach, Barbara: Qualitätssicherung in der Krankenhausseelsorge- Chancen und Risiken, in: Wege zum Menschen (54) 2002. 403-415. o.

Németh Dávid: A lelkigondozás feladatai a posztmodern világban, in: Embertárs 2004. július, 120-127. o.

Németh Dávid: Az élet értelmének kérdése és az Isten keresése, in: Tenke Sándor / Karasszon István (szerk.): „Fölbuzog szívem szép beszédre", Budapest, 1997. 151-158. o.

Németh Dávid: Egyházak hazai és küldöldi tapasztalatai szociális munkások képzése terén, in: Református Egyház, 1985. 161kk.

Németh Dávid: Isten munkája és az ember lehetőségei a lelkigondozásban, Kálvin Kiadó, Budapest, 1993.

Németh Dávid: Mi a pasztorálpszichológia? In: Református Egyház 1990. 250-253. o.

Németh Dávid: Modern klinikai lelkigondozóképzés, in: Református Egyház 1982. 201-203. o.

Németh Dávid: Pasztorálantropológia I. Károli Könyvek monográfia sorozat, Károli Gáspár Református Egyetem – L' Harmattan Kiadó, Budapest, 2012.

Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ hivatalos elektronikus felülete: www.eubetegjog.hu, letöltés ideje: 2015.03.15.

Overath, Joseph: Dem Kranken dienen wie Christus selbst, Europäischen Hochschulschriften Reihe XXIII. Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main, 1983.

Pannenberg, Wolfhart: Rendszeres teológia, Osiris Kiadó, Budapest 2005.

Parsons, Talcott: The Social System, The Free Press, New York – London, 1964.

Parsons, Talcott: A modern társadalmak rendszere. Ford.: Némedi Dénes. in: Szociológiai irányzatok a XX. században II. kötet. Olvasókönyv a szociológia történetéhez. Szerk.: Felkai Gábor, Némedi Dénes, Somlai Péter. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2000. 40-61.o.

Pál Eszter: Talcott Parsons: Rendszerelmélet és organicizmus, in: Némedi Dénes – Szabari Vera (szerk.): KÖTŐ-JELEK 2003. 2004, ELTE Szociológia Doktori Iskola, Budapest, 2004. 96-118. o. tarsadalomkutatás.hu, letöltés ideje: 2014.09.12.

Pintér József: Gyógyítás és erkölcs, Kairosz Kiadó, Budapest, 2003.

Piper, Hans-Christoph: A kommunikálás tanulása a lelkigondozás és a prédikálás terén. Egy pasztorálteológiai modell, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, Debrecen, 1999.

Piper, Hans-Christoph: Betegágyon, Szolorg Kiadó, h.n. 1988.

Piper, Hans-Christoph: Krankenhausseelsorge heute. Berliner Hefte 51, Konsistorium der evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg, 1985. pastoralklinikum.de, letöltés ideje: 2014.12.01.

Piper, Hans-Christoph: Kranksein-Erleiden und Erleben. Erfahrungen von Krankenhausseelsorgern im Umgang mit Patienten, in: Mayer-Scheu, Josef / Kautzky, Rudolf (Hg.): Vom Behandeln zum Heilen. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1980. 23-39. o.

Piper, Hans-Christoph: Meghívás beszélgetésre. Témák a lelkigondozás területéről, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, Debrecen, 2003.

Pohl-Patalong, Uta: Gesellschaftliche Kontexte der Seelsorge, in: Engemann, Wilfried (Hg.) : Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile, Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, 2007. 63-84. o.

Pohl-Patalong, Uta: Individuum und Gesellschaft in der Seelsorge, in: Schneider-Harpprecht, Christoph (Hg.): Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 2000. 117-126. o.

Pohl-Patalong, Uta / Muchlinsky, Frank (Hg.): Seelsorge im Plural: Perspektiven für ein neues Jahrhundert, E-B.Verlag, Hamburg, 1999.

Pohl-Patalong, Uta: Seelsorge zwischen Individuum und Gesellschaft. Elemente zu einer neukonzeption der Seelsorgetheorie, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1996.

Polianski, Igor J. / Imhof, Christiane / Fangerau, Heiner: Hirntoddiagnostik und Medizinethik. Eine Einordnung in der Geschichte und Theorie der Medizin, in: Wege zum Menschen (65) 2013, 501-514. o.

Popkes, Enno Edzard: Die Heilungen Jesu und dia Anfänge der Jesusbewegung, in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009. 186-202. o.

Raider, Melvyn C. : Assessing the Role of Religion in Family Funtioning, in: Burton, Laurel A. / Clements, William M. (Ed.) Religion and the Family. When God helps. Routledge, New York 1992. 165-183. o.

Református Egyház Lelkipásztori Folyóirat, MRE Kálvin János Kiadó, Budapest, LVI. évf. 2004/6 133-134. o.

Református Missziói Központ honlapja, www.misszio.reformatus.hu, letöltés ideje: 2012.04.16.

Richard, Lucien: The spirituality of John Calvin, John Knox Press, Atlanta, 1974.

Riemann, Fritz: Die Persönlichkeit des Predigers in tiefenpsychologischer Sicht, in: Richard Riess (Hg.): Perspektiven der Pastoralpsychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1974. 152-166. o.

Ritter, Werner H. / Albrecht, Michaela (Hg.) : Zeichen und Wunder. Interdisziplinäre Zugänge, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2007.

Rogers, Carl Ransom: Eine Theorie der Psychoterapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. GwG Verlag, Köln, 1987.

Rogers, Carl Ransom: Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, Fischer Taschenbuch, Frankfurt am Main, 1983.

Rogers, Carl Ransom: Valakivé válni, SHL Könyvek, Edge 2000 Kft, Budapest, 2014.

Rózsa Sándor / Kállai János / Osváth Anikó / Bánki M. Csaba: Temperamentum és karakter: Cloninger pszichológiai modellje, Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2005.

Satir, Virginia / Banmen, John / Gerber, Jane / Gömöri Mária: A Satir-modell. Családterápia és ami azon túl van, Ursus Libris, Budapest, 2007.

Sauter, Gerhard: Was heisst: nach Sinn fragen? Eine theologisch-philosophische Orientierung, Chr. Kaiser Verlag, München, 1982.

Sántha Kálmán: Bevezetés a kvalitatív pedagógiai kutatás módszertanába, Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 2009.

Scharfenberg, Joachim: Einführung in die Pastorapsychologie, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1994.

Scheytt, Christoph: Das institutionelle Selbstbild eines Klinikseelsorgers im bezugsrahmen theologisches Verständnisses, in: Pastoraltheologie (83) 1994. 273-284. o.

Schieder, Rolf: Seelsorge in der Postmoderne, in: Wege zum Menschen (46) 1994. 26-43. o.

Schlippe, Arist von / Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1997.

Schmidbauer, Wolfgang: Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Rowolth Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1977.

Schmidt-Rost, Reinhard: Seelsorge zwischen Amt und Beruf. Studien zur Entwicklung einer modernen evangelischen Seelsorgelehre seit dem 19. Jahrhundert, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1988.

Schneider-Harpprecht, Christoph: Das Profil der Seelsorge im Unternehmen Krankenhaus, in: Wege zum Menschen (54) 2002, 424-438. o.

Schneider-Harpprecht, Christoph: Seelsorge als systemischer Praxis. Der soziale und Politische Auftrag der Seelsorge, in: Wege zum Menschen (55) 2003, 427-443. o.

Schneider-Harpprecht, Christoph: Was ist interkulturelle Seelsorge? Eine praktisch-theologische Annährung, in: Federschmidt, Karl / Hauschildt, Eberhard / Schneider-Harpprecht, Christoph / Weiss, Helmut (Hg.) : Handbuch Interkulturelle Seelsorge, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 2002. 38-62. o.

Schneider-Harpprecht, Christoph (Hg.): Zukunftperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchener Verlag, Neukirchen / Vluyn, 2000.

Schulz von Thun, Friedemann: Miteinander reden I. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Rowohlt, Reinbek, 1981.

Schulz von Thun, Friedemann: Miteinander reden II. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation, Rowohlt, Reinbek, 1989.

Schulz von Thun, Friedemann: A kommunikáció zavarai és feloldásuk, általános kommunikáció-pszichológia, Háttér Kiadó, Budapest, 2012

Seiler, Klaus: Wie eine Brücke. Gottesdienst im Krankenhaus. Ein Praxisbericht aus dem Elbe Klinikum Stade, in: Wege zum Menschen (61) 2009. 543-560. o.

Seybold, Klaus / Müller, Ulrich B.: Krankheit und Heilung, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart / Berlin / Köln / Mainz, 1978.

Siba Balázs: Isten és élettörténet. A narratív identitással kapcsolatos kutatási eredmények gyakorlati teológiai jelentősége, Loisir Könyvkiadó, Budapest, 2010.

Spitz, René Árpád: Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind Beziehungen im ersten Lebensjahr, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1974.

Stalfa, Frank J. : Vocation as Autobiography. Family of Origin Influences on the Caregiving or Complementary Works? in: Journal of Pastoral Care (48) 1994. 370-384. o.

Stierlin, Helm: Conflict and Reconciliation; a study in human relations and schizophrenia, Anchor Books, Doubleday & Company, New York, 1969.

Stierlin, Helm: Delegation und Familie. Beitrage zum Heidelberger familiendynamischen Konzept, 5. Auflage, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 2001.

Stierlin, Helm: Gerechtigkeit in nahen Beziehungen. Systemisch-therapeutische Perspektiven, 2. Auflage, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2007.

Stierlin, Helm: Ich und die anderen. Psychoterapie in einer sich wandelnden Gesellschaft, Clett-Cotta Verlag, Stuttgart, 1994.

Stierlin, Helm: Psychoanalyse – Familientherapie – systemische Therapie, Entwicklungslinien, Schnittstellen, Unterschiede, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2001.

Stollberg, Dietrich: Clinical Pastoral Training, in: Theologische Realenzyklopädie, Band VIII, Walter de Gruyter, Berlin / New York, 1981. 123-125. o.

Stollberg, Dietrich: Mein Auftrag – deine Freiheit: Thesen zur Seelsorge, Claudius Verlag, München, 1972.

Stollberg, Dietrich: Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung, Chr. Kaiser Verlag, München, 1969.

Stollberg, Dietrich: Lelkigondozás és istentisztelet, in: Michael Klessmann: A klinikai lelkigondozás kézikönyve, Debreceni Hittudományi Egyetem kiadása, Debrecen, 2002. 209-216. o.

Szabolcs Éva: Kvalitatív kutatási metodológia a pedagógiában, Pedagógus Könyvek, Műszaki Könyvkiadó, Budapest 2001.

Szabó Csaba: Hit és szenvedés, MRE Kálvin Kiadó, Budapest, 1998.
Tábit Sarolta: Az orvos-beteg-hozzátatozó kapcsolat sajátosságai onkológiai betegek esetében, www.onkopszichológia.benicum.co.uk, letöltés ideje: 2014.12.02.

Tegez Lajos: „Eljövök és magam mellé veszlek" (Jn 14,3) MRE Kálvin János Kiadó, Budapest, 1996.

Thilo, Hans-Joachim: Die therapeutische Funktion des Gottesdienstes, Johannes Stauda Verlag, Kassel, 1985.

Tillich, Paul: Sein und Sinn. Gesammelte Werke, 3. Auflage, XI. De Gruyter Verlag, Berlin, 1982.

Thomas, Günter: Krankheit im Horizont der Lebendigkeit Gottes, in: Karle, Isolde / Thomas, Günther: Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009. 503-525. o.

Tomcsányi Teodóra / Babály András: A lelki egészség és a vallás, in: Tanakodó, Párbeszéd Alapítvány Budapest, 1999. 313-339. o.

Török Gábor Pál: A lelkigondozó szakirányú továbbképzés curriculumának kidolgozása, eredményességvizsgálata és fejlesztése, Budapest, 2013. phd.semmelweis.hu//mwp/phd_live/vedes/export/torokgaborpal.d.pdf, letöltés ideje: 2014. 11. 01.

Tőkés Zoltán: A református lelkigondozás története a debreceni nagyerdei klinikán 1925-1951. A D. Dr. Harsányi András Alapítvány kiadványai 8., Debrecen, 2003.

Túry Ferenc: Magatartástudomány és orvoslás a XXI. században. A Magatartásorvoslás helye a magatartástudományok keretében, 1373. o. in: Magyar Tudomány, 2003/11, www.matud.iif.hu/03nov/004.html, letöltés ideje: 2015. 02. 21.

Vandenhoeck, Anne: Seelsorge im Gesundheitswesen in Europa: Wie Kultur das Gesundheitswesen prägt, in: Wege zum Menschen (65) 2013, 492-500. o.

Vályi Nagy Ervin: Minden idők peremén, Európai Protestáns Magyar Szabadegyetem kiadása, Basel / Budapest, 1993.

Weiher, Erhard: Mehr als begleiten. Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, 2. Auflage, Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz, 2004.

Weiss, Helmut: Lelkigondozás, szupervízió, pasztorálpszichológia. Exit Kiadó, Kolozsvár, 2011.

Winkler, Klaus: Seelsorge, Walter de Gruyter, Berlin / New York, 2000.

Wittrahm, Andreas: Seelsorge. Pastorapsychologie und Postmoderne. Eine pastoralpsychologische Grundlegung lebensförderner Begegnungen angesichts radikaler postmoderner Pluralität, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2001.

Worthmann, Hartmut / Jarck, Thomas / Mummenhof, Ulrike (Hg.): Qualitätshandbuch zur Krankenhausseelsorge. Ein Werkbuch, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2010.

Zijlstra, Wybe: Handbuch zur Seelsorgeausbildung, Chr. Kaiser / Gütersloher Verlagsahaus, Gütersloh, 1993.

Zijlstra, Wybe: Seelsorge-Training, Clinical Pastoral Training, Chr. Kaiser Grünewald Verlag, München, 1986.

Ziemer, Jürgen: Seelsorgelehre. Ein Einführung für Studium und Praxis. 2. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2004.

Zillich-Limmer, Simone: Systemische Therapie und Praktische Theologie. Impulse aus der Beratungspraxis für eine grundlegende Verhältnisbestimmung, LIT Verlag, Berlin, 2012.

Zsinati határozatok a Zsinat 2005. november 9-10. ülésén, Zs-73/2005, in: www.reformatus.hu, letöltés ideje: 2014.12.10.

Zsindely Sándor: A Bethesda közkórház története, in: A Bethesda Diakonissza közkórház 75 éve, Budapest, 1941.

6. FÜGGELÉK

6.1. A MAGYARORSZÁGI REFORMÁTUS EGYHÁZ LELKIGONDOZÓ-KÓRHÁZLELKÉSZEI KÖZÖTT, 2007-BEN VÉGZETT FELMÉRÉS KÉRDŐÍVE

1. Hány éve vagy kórházlelkész? Melyik kórházban végzel kórházlelkészi szolgálatot?

2. Főállású kórházlelkészként dolgozol vagy gyülekezeti lelkészként szolgálsz kórházban is?

3. Heti hány órát szolgálsz kórházban?

4. A teológiai diploma mellett van-e egyéb, speciális lelkigondozásra irányuló képesítésed?

    - Nincs más képesítésem
    - Másoddiplomás Lelkigondozó-Képzés
    - Másoddiplomás Mentálhigiénés Képzés
    - KLÖE Képzés, óraszám:
    - Külföldi tanulmány:
    - Tanfolyam, tréning:
    - Egyéb:

5. Kinek az alkalmazásában állsz, ki biztosítja számodra a kórházlelkészi fizetést? Mi a véleményed erről?

---

6. Ki jelent neked segítséget a kórházlelkészi szolgálatban?

    - senki
    - önkéntesek
    - gyülekezet
    - lelkigondozói csoport
    - más kórházlelkész
    - szupervízor
    - családom
    - betegek
    - egyéb:

7. Hogyan rekreálódsz, hogyan töltődsz fel?

    - elcsendesedéssel, imádsággal
    - lelkészi, munkatársi körben
    - gyülekezetben
    - konferenciákon
    - sportolok
    - van hobbim
    - járom a természetet

- családom körében
- szabadságra megyek, évi…….. napra
- nincs alkalmam erre

8. Milyen a kapcsolatod egyházaddal, gyülekezeteddel?

    - nincs kapcsolatom
    - kevés a kapcsolatom
    - alkalmanként szolgálok a helyi gyülekezetben, egyházmegyében
    - rendszeresen szolgálok a helyi gyülekezetben, egyházmegyében
    - kórházi szolgálatomról rendszeresen beszámolót tartok az egyházmegyében/egyházkerületben
    - rendszeresen találkozom a gyülekezeti lelkésszel, lelkészekkel
    - részt veszek a gyülekezetek beteglátogató csoportjának megszervezésében

9. Szerinted melyik feladat a legfontosabb a kórházi szolgálatban? Állítsd fontossági sorrendbe a következőket!

    - munkatársak lelkigondozása
    - hozzátartozók lelkigondozása
    - betegek lelkigondozása
    - saját magad továbbképzése, szupervízió
    - teológiai elméletalkotás, tájékoztatás az intézményben
    - liturgikus alkalmak tartása
    - gyülekezetekkel, egyházzal való kapcsolattartás
    - egyéb:

10. Milyen liturgikus alkalmakat tartasz a kórházban?

    - naponta áhítatot
    - hét közben egyszer istentiszteletet
    - vasárnaponként istentiszteletet
    - nagyünnepen úrvacsorás istentiszteletet
    - munkatársaknak bibliaórát
    - osztályonként istentiszteletet vagy bibliaórát, szám szerint:
    - hittan foglalkozást, gyermek-istentiszteletet gyermekosztályon
    - betegúrvacsorát viszek kórterembe
    - kórtermi istentiszteletet tartok haláleset alkalmával
    - egyéb:

11. Hogyan fogadják a kórházban a betegek a lelkigondozó jelenlétét? Mi a tapasztalatod?

12. Hogyan találod meg a lelkigondozottjaidat? Ki segít neked ebben?

    - magam találok rájuk
    - gyülekezeti lelkész szól
    - más felekezet lelkésze szól
    - önkéntesek szólnak
    - beteg hív
    - nővérek segítenek
    - orvosok segítenek

- főorvosi viziten veszek részt
- egyéb:

13. Szolgálatodat kizárólag református betegek között végzed, vagy beszélgetsz más vallásúakkal is?

    - kizárólag reformátusokkal
    - többnyire reformátusokkal
    - protestánsokkal
    - mindenféle felekezetű emberrel
    - felekezeten kívüli emberekkel is

14. A kórházi dolgozók között is végzel lelkigondozói munkát?

    - egyáltalán nem
    - ritkán
    - alkalmanként
    - gyakran
    - rendszeresen

15. Hogyan fogadják a kórházban a kórházi dolgozók a lelkigondozó jelenlétét? Mi a tapasztalatod?

16. Milyen a kapcsolatod a kórház vezetőségével (főigazgató, orvosigazgató, ápolási ig.)?

    - engedélyezik, hogy járjak, de nem tartom velük a kapcsolatot
    - futólag találkozunk csak, idő hiányában
    - alkalmanként tudunk konzultálni a tapasztalatokról
    - rendszeresen találkozunk és megbeszéljük a szolgálatot
    - egyéb:

17. Mennyire fogad be a kórházi rendszer?

    - nem fogad be
    - elfogad, de kívülről jövőként kezel
    - elfogad, és a rendszer részeként kezel

Konkrétan:

- osztályos vizitekre meghív
- értekezletekre rendszeresen meghív
- a kórházi etikai bizottság tagja vagyok
- rendszeresen konzultálok pszichológussal, pszichiáterrel, szociális munkással
- rendszeresen előadok orvosi vagy szakdolgozói kongresszusokon
- egyéb:

18. Elégedett vagy-e a kórházlelkészi szolgálatod körülményeivel? Miért igen, miért nem?

19. Mi a legnehezebb számodra a kórházlelkészi szolgálatban?

20. Hasznosnak tartod-e az országos kórházlelkészi találkozókat? Miért?

21. Miben lenne szükséged segítségre? Kitől várnád, kérnéd ezt?

6.2. MAGYARORSZÁGI REFORMÁTUS EGYHÁZ LELKIGONDOZÓ-KÓRHÁZLELKÉSZEI KÖZÖTT VÉGZETT KVALITATÍV INTERJÚK ELEMZÉSE TÁBLÁZATOKBAN

"IDEGEN TEST, IDEGEN NYELV"

Interjú	Sorszám	Interjúrészlet / Parafrázis	Generalizálás	I.Redukció	II. Redukció
Júlia	1	Kórházlelkészi szolgálatom idegen volt a kórházban is és az egyházban is.	A kórházlelkészi szolgálat idegen test az egészségügyi intézményekben és az egyházban is.	A kórházi szolgálat idegen test az egyházi és az egészségügyi rendszerben egyaránt.	**K1:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egyházi rendszerben:** Idegen test az egyházban. Kezdetben nincs egyházi segítség. Nincs előrébbmozdulás. Éves beszámolók egyházi visszajelzés nélkül. RMK segít helyet találni. Missziós lelkészek hangot találnak egymással.
Júlia	2	Próbáltam az egyházban segítséget kérni, de nem kaptam.	Egyházi segítség nem volt a kórházlelkész számára.	Kezdetben nincs egyházi segítség.	
Júlia	3	1999-ben egy évig öten összejártunk és kidolgoztunk egy kérvényt azokról a pontokról, szabályozási területekről, amelyek jogilag szervezettebbé tehették volna a szolgálatunkat. Szakmai testületet szerettünk volna. Beadtuk a zsinat elnökségéhez. Soha nem jött rá válasz.	Senki nem válaszolt a zsinat részéről a kórházlelkészek kérvényére, egy éves munkával kidolgozott anyagára.	Az egyház nem reagál a kórházlelkészek kérvényeire.	
Júlia	4	Most jött az új kormány, beadtuk újra ezt a tervezetet. De megint nem történt semmi.	A kórházlelkészek újabb kezdeményezésre és tervezetére sem reagált az egyház és az állam.	Az egyház és az állam részéről nincs előrébbmozdulás a kórházlelkészséget illetően.	

Júlia	5	Nincs kinevezésem ide, minket nem szoktak beiktatni sem, lógunk a levegőben.	A kórházlelkész szolgálatba állításának körülményei bizonytalanok, nem kapott kinevezést, nem iktatták be hivatalába úgy, mint egy gyülekezeti lelkészt.	A kórházlelkészt nem ugyanúgy állítja szolgálatba az egyház, mint a gyülekezeti lelkészt.	
Júlia	6	A kórházban be kell adnom az éves beszámolót, le szoktam adni ugyanazt az esperesi hivatalba is, bár nem kérik. Amióta az RMK létezik, természetes, hogy a megyei és az egyházkerületi közgyűlésen van kórházmissziós beszámoló.	Évenként kórházlelkészi beszámoló készül, a kórház, az esperesi hivatal és a Református Missziói Központ (továbbiakban RMK) részére. Az egyházmegyei és kerületi közgyűléseken ma már van kórházmissziós beszámoló.	A kórház, az egyház, a közgyűlések és a RMK kap éves beszámolót a kórházlelkésztől.	
Júlia	7	A beszámolóra visszajelzés, reagálás nincs, sem az egyházból, sem a kórháztól, nem tudom, hogy ki olvassa el.	A kórházlelkész nem kap sem egyházi, sem kórházi visszajelzést az éves beszámolókra, nem tudja kinek a kezébe kerülnek ezek.	Nincs visszajelzés a beszámolókra.	
Júlia	8	Próbálkoztam sokféle módon elérni a lelkészeket, de nem történt meg az az áttörés, hogy intenzív kapcsolat legyen gyülekezetek és a kórházlelkészi szolgálat között.	Nem sikerült intenzív kapcsolatot létrehozni gyülekezeti és kórházlelkészi szolgálat között.	Nincs intenzív kapcsolat a gyülekezeti és a kórházi szolgálat között.	**K1/a: Gyülekezeti és kórházi szolgálat viszonya:** A kórházlelkészt nem iktatja be szolgálatába az egyház. Nincs kapcsolat gyülekezeti és kórházi szolgálat között. Az egyház jobban értékeli a gyülekezeti szolgálatot. Nem érti egymást a gyülekezeti
Júlia	9	Amióta tavaly szeptember 1-től az RMK-ban vagyok félállásban, ez egy másik állapot. Azóta jobban érzem, hogy tartozom az egyházhoz.	A RMK-ban kapott félállással megváltozott a kórházlelkész helyzete, jobban egyházhoz tartozónak érzi magát.	Az RMK-ban kapott állás segít a kórházlelkésznek megtalálni a helyét az egyházi rendszerben.	

Júlia	10	Azt szeretném, hogy az egyházba a kórházlelkészség és a kórházlelkész legyen jobban integrálva.	A kórházlelkészséget és a kórházlelkészt jobban kell integrálni az egyházba.	A kórházlelkészséget és a kórházlelkészt jobban kell integrálni az egyházba.	lelkész és a kórházlelkész. Gyülekezeti beteglátogató csoport kapcsolatot jelenthetne.
Júlia	11	Az egyház gyülekezetekben él, gyülekezetekben gondolkodik, nem tud mit kezdeni azzal, hogy ebben a szolgálatban pl. volt ennyi beszélgetés, vagy, hogy a dolgozókkal is lehetett bibliaórát tartani.	Az egyház nem tud elvonatkoztatni a gyülekezeti szolgálattól, s a maga helyén értékelni a kórházlelkészi szolgálatot.	Az egyház többre tartja a gyülekezeti szolgálatot, mint a kórházi szolgálatot.	
Júlia	12	Az egyik célkitűzés egy gyülekezeti önkéntes beteglátogató hálózat kiépítése. Járom az egyházmegyéket.	Gyülekezeti beteglátogató hálózat kiépítésével lehetne javítani a gyülekezetek és a kórházi szolgálat kapcsolatát.	Gyülekezeti beteglátogató szolgálatra való igény.	
Júlia	13	Mintha egy idegen nyelvet beszélnék, nem találjuk a közös nyelvet. Ha sem az espereseket sem a lelkészeket nem lehet ebben mozdítani, akkor rendeletek sem tudják segíteni a folyamatot.	Nem egy nyelvet beszél, nem érti egymást a kórházlelkész és a gyülekezeti lelkész.	Nem érti egymást a kórházlelkész és a gyülekezeti lelkész.	
Júlia	14	Azt gondoltam, hogy nekem jó kapcsolatom van az egyházmegye lelkészeivel, ezzel együtt idegen test a kórházmisszió, csak tudomásul veszik, hogy létezik.	A jó emberei, kollegiális kapcsolatok ellenére idegen test az egyházban a kórházmisszió.	A kórházmisszió idegen test az egyházban.	

Júlia	15	Mi, misszióvezetők rendszeresen találkozunk, s mindnyájan az éltük át, hogy végre egy nyelvet beszélünk, és értjük egymást, mert ugyanaz a bajunk, hogy idegen vagyok, de jó az,amit csinálok.	A misszióvezetők rendszeres találkozásaik alkalmával hangot találnak egymással, hiszen hasonló problémákkal küszködnek.	A különféle missziókban szolgáló lelkészek értik és megértik egymást.	
Júlia	16	Kértem a betegdokumentációt, be akartam írni, hogy miről beszélgettünk, de kinevettek, majd az osztályvezető közölte, hogy itt ilyet egy pap nem tehet meg.	Az orvosok és nővérek nem tekintették az egészségügyi rendszer részének a kórházlelkészt.	A kórházlelkész sok esetben elutasított az egészségügyi rendszerben.	**K2:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egészségügyi rendszerben:** Kezdetben a kórházlelkész elutasítja az egészségügyi rendszer. Kezdetben a kórházlelkészt elutasítják az orvosok. Pszichiátria befogadja a kórházlelkészi szolgálatot. Pszichiátrián kápolna és áhítat van. Fokozatosan elfogadottá lesz a szolgálat a kórházban. Jobb integrációra lenne szükség.
Júlia	17	Istentisztelet tartásakor nyíltak ki a szobaajtók, mindenki hallani akarta az Igét.	A betegek érdeklődőek és nyitottak voltak az istentiszteleti alkalmakra.	A betegek részéről jelentkezik először a lelki igény.	
Júlia	18	Istentisztelet tartásakor volt orvos, aki kirohant, hogy itt így nem lehet dolgozni, fogják be a szájukat.	Az orvosok egy része elutasította az istentiszteleti alkalmak jelenlétét a kórházban.	Orvosok részéről elutasítás.	
Júlia	19	Délelőttönként a pszichiátrián voltam, vizitekre jártam, referátumokra, esetmegbeszélésekre. A pszichiátriai dolgozókkal munkatársi kapcsolat alakulhatott ki, a kórház rendszerében helyem lett.	A kórházlelkészi szolgálat először a pszichiátrián kapott helyet az egészségügyi rendszerben, a kórházlelkészt itt tekintették először munkatársnak.	A kórházlelkészi szolgálat a pszichiátrián indul.	

Júlia	20	A pszichiátrián egy év után minden reggel tartottam áhítatot, lett imatermünk, majd az új pszichiátria építésekor már természetesen tervezték bele a kápolnát.	A pszichiátrián fokozatosan elfogadták a kórházlelkészt és teret adtak a szolgálatoknak.	A pszichiátrián napi áhítat és kápolna van.	
Júlia	21	Természetessé vált a lelkészi jelenlét, lett egy újabb státusz, majd még egy, a katolikus pap számára.	A lelkészi jelenlétet fokozatosan elfogadta a kórház, több státusz is létesült.	A kórházlelkészi munka elfogadott, ökumenikus szolgálat az egészségügyben.	
Júlia	22	A kórházhoz szakmailag szeretnék jobban tartozni. Nem én, hanem azt szeretném, hogy a lelkigondozás legyen sokkal jobban integrálva az egészségügybe.	A kórházlelkész munkáját segítené, ha kórházi lelkigondozás jobban integrálódhatna az egészségügybe.	A lelkigondozásnak jobban kéne integrálódnia az egészségügyi rendszerbe.	
Júlia	23	Egy hívogató körbe kerültem először, a rehabilitációs osztályon tartott áhítatokra hívogattam a betegeket.	Teológusként hívogató szolgálatot végzett a kórházban.	A kórházi szolgálat, mint hívogató szolgálat.	**K3:** **A kórházi szolgálat és a kórházlelkész identitásának alakulása:** Hívogató szolgálat. Ösztöndíjas szolgálat. Kórházlelkészi szolgálat. Helykeresés a rendszerben. Továbbtanulás igénye. Tanulmányok megerősítik a szolgálatot és a szolgálót. Egyházi bizonytalanság, misszió vagy diakónia a kórházi szolgálat. Az egyházi elismerés megerősítené az identitást.
Júlia	24	A kórház ösztöndíjasa lettem, akkor még nem volt kórházlelkészi státusz.	A kórház ösztöndíjasaként dolgozott.	Kórházi szolgálat, mint kórházi ösztöndíjas szolgálat.	
Júlia	25	A kórházigazgató lehívott kórházi státuszba dolgozni az ösztöndíj után ez az orvostanhallgatók körében is gyakorlat volt.	A kórházi ösztöndíj után kórházi státuszt kapott, kórházlelkészként.	Kórházi szolgálat, kórházlelkészi státuszban.	
Júlia	26	A nehézségem ez a téblábolás volt, ki vagyok a rendszerben, hol a helyem, hol illeszthető a lelkigondozás a gyógyító folyamatba.	A lelkigondozás nehezen illeszthető a gyógyító folyamatba, a kórházlelkész nem találta a helyét.	A kórházi lelkigondozás és a lelkigondozó keresi a helyét a rendszerben.	

Júlia	27	Úgy éreztem rengeteg mindent nem tudok [...] Kórházlelkészséget akartam tanulni, CPE képzést végeztem Atlantában egy baptista kórházban, általános, majd pszichiátriai kórházlelkészséget tanultam.	A teológiai végzettséggel is el lehetett kezdeni a szolgálatot, de ez kevésnek bizonyult, emellett kórházlelkészi tanulmányokra is szükség volt.	Kórházi szolgálat végzése teológiai, lelkészi diplomával, később hozzácsatolt kórházlelkészi tanulmányokkal.	
Júlia	28	Határozottabb lettem, megbátorodtam abban, hogy a lelkigondozásnak van helye az egészségügyi rendszerben.	A képzés segítette abban, hogy az egészségügyi rendszerben biztonságosabban mozogjon, saját szolgálatát határozottabban képviselje.	A kórházlelkész képzés segít a rendszerben elfoglalt hely és az identitás megfogalmazásában és megszilárdításában.	
Júlia	29	Mindig kérdés, hogy az egyház a kórházi szolgálatot a misszióhoz vagy a diakóniához sorolja.	Nincs döntés az egyházban arról, hogy a kórházi szolgálat misszió vagy diakónia.	Misszió vagy diakónia a kórházi szolgálat?	
Júlia	30	Fájnak az ilyen mondatok, hogy az megy kórházlelkésznek, akinek nem jut gyülekezet, ti nem vagytok normális lelkészek.	A kórházlelkész identitását csorbítja, hogy az egyház leértékeli a kórházlelkészt a gyülekezeti lelkészhez képest.	Az egyház jobban értékeli a gyülekezeti lelkészt, mint a kórházlelkészt.	
Júlia	31	Nem tudunk felmutatni látványos egyházi eseményeket, statisztikákat, legfőképpen anyagiakat, ami megszokott a gyülekezeti életben. Az egyház nem tud mit kezdeni a mi sikereinkkel.	Az egyház nem tudja értékelni azt, amit egy kórházlelkész elér, mert nem mutat fel látványos egyházi eseményeket, statisztikákat, anyagiakat, mint a gyülekezeti lelkész.	A kórházlelkész szolgálat megkülönböztetés ére való igény.	

"KIESVE AZ EGYHÁZ TESTÉBŐL"

Interjú	Sorszám	Interjúrészlet/ Parafrázis	Generalizálás	I. Redukció	II. Redukció
Zsuzsa	1	A Dunamelléki Egyházkerülettől érkezett egy levél, hogy kórház/börtönlelkész képzést indítanak, lehet jelentkezni.	Az egyházkerület kórházlelkész képzést indított és ajánlott.	Egyházi kórházlelkész képzés indul.	**K1:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egyházi rendszerben** **E**gyházi szervezésben kórházlelkész képzés. Egyházi finanszírozás nincs a kórházlelkészi állásra. A kórházlelkész kiesik az egyház testéből. Egyházmegyei közgyűlésen éves beszámoló. Szupervízió nincs. Évente szakmai konferencia.
Zsuzsa	2	Az egyházmegyének nem volt pénze arra, hogy kórházlelkészt alkalmazzon. Nekem azt mondták, hogy nincs rá keret.	A kórházlelkészi állás finanszírozására nem volt egyházi keret.	Kórházlelkészi állás finanszírozására nincs egyházi keret.	
Zsuzsa	3	Az egyház részéről nem kaptam feladatokat. Kiestem az egyházi testből, noha mégis bent voltam, mert egy lelkésznek bent kell lenni.	Kórházlelkészként kiesett az egyházi testből, csupán formálisan maradt bent, mint lelkész.	A kórházlelkész kiesik az egyház testéből.	
Zsuzsa	4	Világi állásban dolgoztam, az egyházi részben nem voltam benne, mint lelkész, nem is volt erre időm. Az egyházi dolgokban nem voltam bent.	A kórházlelkész kikerült az egyházból, annak tevékenységeiből.	A kórházlelkész kikerül az egyházból.	
Zsuzsa	5	Évente vannak közgyűlések és vannak beszámolók. Missziói előadó volt a párom, és kórházmisszió címén nekem is be kellett nyújtanom egy jelentést.	A kórházlelkész az évi közgyűléseken éves beszámolót nyújt be.	Egyházmegyei közgyűlésen évenként kórházmissziós beszámoló.	
Zsuzsa	6	Segítségem, szupervízorom nem volt, csak a férjem.	A kórházlelkész munkájában nem kapott szakmai segítséget.	Nincs szakmai segítsége a kórházlelkésznek.	
Zsuzsa	7	Jöttek a szakmai konferenciák, ami jó volt.	A kórházlelkész számára segítséget nyújtottak a szakmai konferenciák.	Szakmai konferenciák segítik a kórházlelkész munkáját.	

Zsuzsa	8	Egyház részéről lassan megismerték a kórházi szolgálatot, néhány lelkipásztortól pozitív visszajelzést kaptam, amikor a betegek megjelentek a templomban.	A kórházi szolgálatot meg kellett ismerni az egyházban, később pozitív visszajelzések érkeztek a gyülekezeti lelkészektől.	Pozitív visszajelzések lelkészektől.	**K1/a: Gyülekezeti és kórházi szolgálat viszonya** Pozitív visszajelzések gyülekezeti lelkészektől. Betegek gyülekezetbe irányítása. Gyülekezetei lelkészek jelzésének hiánya gyülekezeti tag kórházba kerülésekor.
Zsuzsa	9	Nagyon irányítom a betegeket az egyházba, feltétlen szükséges, hogy valahova tartozzanak.	A kórházlelkész a betegeket gyülekezetekbe irányítja.	Betegek gyülekezetbe irányítása.	
Zsuzsa	10	Gyülekezetben kellene eleveníteni, tudatosítani, hogy szóljanak a lelkészek, ha egy gyülekezeti tag kórházban van.	Gyülekezeti lelkészektől szükséges lenne a jelzés, ha valaki kórházba kerül.	Igény a gyülekezeti lelkészek jelzésére.	
Zsuzsa	11	A IV-es Belgyógyászaton kaptam lehetőséget a gyakorlatra, kórházlelkészként is kezdettől fogva idementem, ez az osztály volt az én szívem csücske, mindig megtaláltam a betegeket.	A kórházlelkész gyakorlatát és munkáját a belgyógyászaton kezdte el, itt kapott először lehetőséget.	A kórházlelkész munkája kezdetben egy osztályhoz kötődik	**K2: A kórházlelkészi szolgálat helye az egészségügyi rendszerben** Kezdetben Belgyógyászat fogadja be a kórházlelkészi szolgálatot. Jó kapcsolat a pszichiátriával. A kórházlelkészi állást a kórház finanszírozza. Kórházlelkész munkaterülete kizárólag a kórház. Évente egy egyházi konferenciára mehet el a kórházlelkész. Egyházi rendezvényeken nem vehet részt. Kórházlelkészi iroda. Korlátozott telefonhasználat. Korlátozott információáramlás. Főigazgatói támogatás.
Zsuzsa	12	Ha látom, hogy valakinek nem tudok segíteni, elküldöm a pszichiáterhez, így a főnővérrel is és a főorvossal is jó kapcsolatba kerültem, ott kaptam szobát az istentiszteletek tartására.	A kórházlelkész beteget delegált a pszichiáterhez, jó kapcsolat alakult ki.	A kórházlelkésznek jó kapcsolatai vannak a pszichiátrián.	
Zsuzsa	13	A kórház fizette az állást.	A kórházlelkész fizetését a kórháztól kapta.	A kórházlelkészi állást a kórház finanszírozza.	
Zsuzsa	14	Nem mehettem semmi egyházi rendezvényre, mert nekem a kórház adta a fizetést és itt kellett töltenem a nyolc órámat.	A kórházlelkész nem mehetett egyházi rendezvényekre, munkaterülete kizárólag a kórház volt, aki a fizetést adta.	A kórházlelkész munkaterülete kizárólag a kórház, egyházi rendezvényekre nem engedik.	

Zsuzsa	15	Egy évben egyszer a kórházlelkészi konferenciákra elmehetek, amiket J. szervez.	A kórházlelkész évi egy kórházlelkész konferencián vehet részt.	A kórházlelkész évi egy kórházlelkész konferencián vehet részt.	Éves beszámoló. Később munkaköri leírás. Szakdolgozói fórumon részvétel. Etikai Bizottság tagja.
Zsuzsa	16	Kezdettől fogva kaptam egy irodát.	A kórházlelkésznek saját irodája volt.	Kórházlelkészi iroda rendelkezésre áll.	
Zsuzsa	17	Kórházi telefon van, de ennek egy szűk egysége van, nem fér bele sok minden.	Telefonhasználatra volt lehetőség, bizonyos kereteken belül.	Korlátozott telefonhasználati lehetőség.	
Zsuzsa	18	Nincs számítógépen, az információkat hol hallom, hol nem.	A kórházlelkész számítógép nélkül kimaradt a kórházi információáramlásból.	Korlátozott kórházi információáramlás a kórházlelkész számára.	
Zsuzsa	19	Kórházi dolgozó vagyok, de mégsem vagyok egészségügyi dolgozó. Itt egy kicsit olyan visszás helyzet van.	A kórházlelkész a kórház dolgozója és mégsem az.	A kórházlelkész a kórház dolgozója és mégsem az.	
Zsuzsa	20	Az igazgatósághoz tartozom, a főigazgató úrhoz, akinek minden évben be kell számolni az éves munkámról.	A kórházlelkész a főigazgatóhoz tartozik, éves beszámolót ad be neki.	A kórházlelkész a főigazgatóhoz tartozik, éves beszámolót ad be neki.	
Zsuzsa	21	Munkaköri leírásom a legelején nem volt, nem is tudom, honnan szedtem elő valamit, a főigazgató utánajárt ennek, azóta van.	Munkaköri leírás nélkül kezdett dolgozni kórházlelkészként, később a főigazgatótól kapott.	Kórházlelkészi munkaköri leírás kezdetben nem volt, később kapta a főigazgatótól.	
Zsuzsa	22	Az ápolóknak van szakdolgozói fóruma, minden hónapban egyszer, ott beszéltem a munkámról, meg néha el is megyek. Jó dolog az, ha tájékozódni tudok, mit kell végeznie az ápoló személyzetnek.	A kórházlelkész alkalmanként részt vesz a szakdolgozói fórumokon, ami hasznos a jobb tájékozódás miatt.	A kórházlelkész alkalmanként szakdolgozói fórumokon vesz részt.	

Zsuzsa	23	Kutatásetikai Bizottságban szerepelek, önkéntesképzésben veszek részt, Betegelégedettségi kérdőívek kitöltésében is segítenem kell.	A kórházlelkész tagja az Etikai Bizottságnak, segít az önkéntesképzésben, kérdőívek kitöltésében.	A kórházlelkész tagja az Etikai Bizottságnak, segít az önkéntesképzésben, kérdőívek kitöltésében.	
Zsuzsa	24	Valahogy úgy érzem, a kórház magáénak tart.	A kórház magáénak tartja a kórházlelkészt.	A kórház magáénak tartja a kórházlelkészt.	
Zsuzsa	25	Gyakorlatosként kaptam lehetőséget a belgyógyászaton	A kórházlelkész szolgálatát gyakorlatosként kezdte a kórház egyik osztályán.	Kórházlelkész, mint gyakorlatos.	**K3:** **A kórházi szolgálat és a kórházlelkész identitásának alakulása** Gyakorlatos szolgálat. Egészségnevelői állás. Intézeti lelkész. Kórházi dolgozó és mégsem az.
Zsuzsa	26	Először egészségnevelői állást kaptam a kórházban.	A kórházlelkész hivatalosan egészségnevelőként kezdett a kórházban dolgozni.	Kórházlelkész, mint egészségnevelő.	
Zsuzsa	27	Az egészségnevelő státusz később megszűnt, és a főigazgató azt mondta, hogy a státuszom ezentúl, intézeti lelkész.	A kórházlelkész hivatalosan intézeti lelkészként dolgozik tovább.	Kórházlelkész, mint intézeti lelkész.	
Zsuzsa	28	Kórházi dolgozó vagyok, de mégsem vagyok egészségügyi dolgozó. Itt egy kicsit olyan visszás helyzet van.	A kórházlelkész a kórház dolgozója és mégsem az.	A kórházlelkész a kórház dolgozója és mégsem az.	

"AZ EGYHÁZI ÁLDÁS NÉLKÜL, ELKÖTELEZETTEN BIZONYÍTVA"

Interjú	Sorszám	Interjúrészlet/ Parafrázis	Generalizálás	I. Redukció	II. Redukció
András	1	Amikor végeztem a teológián, elkezdtem bejárni a kórházba. Ennek nem volt semmi hivatalos kerete, mert az egyház még áldását sem adta rá, mert nincs erre lehetőség, meg blablabla.	A teológia elvégzése után minden hivatalos keret nélkül, önkéntesként járt a kórházba, az egyház nem adta rá áldását.	Önkéntes kórházi szolgálat egyházi áldás és támogatás nélkül.	**K1:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egyházi rendszerben** Egyházi áldás nélkül. Egyházi támogatás nélkül. Útiköltség támogatás nélkül. Egyházi elismerés nélkül. Egyházmegyének beszámolót nem küld. RMK-nak beszámolót küld. Másra alkalmatlanokat küld az egyház kórházi szolgálatra. Nincs szakmaiság az egyházben a kórházi szolgálattal kapcsolatban. Különböző a kórházlelkészek egyházban elfoglalt helye.
András	2	A négymilliós missziói alapból kértem karácsonykor 5000 Ft-ot, hogy valamit vegyek a kórházba, de ezt soha egy fillérrel sem támogatta meg az egyház.	A kórházlelkész kért, de soha nem kapott anyagi támogatást az egyháztól.	Nincs anyagi támogatás az egyháztól.	
András	3	S mondom, még áldását sem adta rá az egyház, csak fantáziáltak a kórházlelkészségről, s valamelyik lelkész mindig elmondta, hogy majd lesznek kórházlelkészek főorvosi fizetéssel, tehát húzta a jónép előtt a mézesmadzagot.	Az egyház csak fantáziált a kórházlelkészségről, de annak aki elkezdte, nem adta áldását.	Nincs egyházi áldás.	

András	4	1997-ben nyílt meg a máltaiaknak egy ápolási otthona, engem kértek meg, hogy lássam el a református lelkészi teendőket.20km-t kellett kocsikáznom, és amikor kértem az egyházamat, hogy legalább az útiköltségemhez valami hozzájárulást kapjak…nincs.	Az egyháztól kért a kórházlelkész útiköltség támogatást, de nem kapott.	Nincs az egyháztól útiköltség támogatás.	
András	5	2005-ben vagy 2006-ban lettem hivatalosan kórházlelkész, addig semmi.	Éveken át végezte szolgálatát, de kórházlelkészként nem ismerték el az egyházban.	Éveken át tartó szolgálat után sincs elismerve kórházlelkészként az egyházban.	
András	6	Jött egy új egyházi vezetés, és aztán pillanatok alatt lett itt egy csomó kórházlelkész, de egyszer sem kérdeztek meg, hogy mi a véleményem.	Az új egyházi vezetéssel, több kórházlelkészi állás létesült, de a régi kórházlelkész véleményét senki nem kérdezte.	Új kórházlelkészi állások létesülésekor nem kíváncsi az egyház a régi kórházlelkész véleményére.	

András	7	Olyan kórházlelkészek vannak…Budapesten megbukott a homoszexualitása miatt, ideköltözött, kórházlelkész lett, vagy elvált botrányosan, kórházlelkész lett, sehol nem fogadták el, sem gyülekezetben, sem tanárként, és kórházlelkész lett. Zömében elváltak vannak kórházlelkészi pozícióban.	Kórházlelkészi állást azok a lelkészek kapnak, akik máshol nem állják meg a helyüket, homoszexuálisok vagy elváltak.	Az egyház az alkalmatlanokat küldi kórházi szolgálatra.	
András	8	Mert nem egyházi alkalmazott vagyok, az egyháznak nem küldök semmit, nem is kérik, csak Juditnak szoktam küldeni beszámolót, mert ő kéri.	Az egyház nem kér és a kórházlelkész nem is küld éves beszámolót, csak a kórházmisszió vezetőjének.	Egyháznak beszámolót nem küld a kórházlelkész, csak a kórházmisszió vezetőjének.	
András	9	Először én voltam a kórházlelkészi referens, aztán másfél évvel ezelőtt elég érdekes módon a püspök azt mondta, hogy akkor mostantól fogva nem te vagy, hanem más.	Érthetetlen módon leváltották kórházi referens tisztségéről.	Indok nélkül elveszik referensi tisztségét.	
András	10	Nagyon különböző a kórházlelkészek egyházban elfoglalt helye.	A kórházlelkészek egyházban elfoglalt helye nagyon különböző.	A kórházlelkészek egyházban elfoglalt helye nagyon különböző.	
András	11	Én úgy érzem, a vezetés úgy áll hozzá, hogy kipróbáltuk a kórházlelkészséget, pedig valami szakmaiság kell.	Az egyházi vezetés szakmaiság nélkül megelégszik azzal, hogy kipróbálta a kórházlelkészséget.	Az egyházi vezetés nélkülözi a szakmaiságot a kórházlelkészséggel kapcsolatban.	**K1/a: A gyülekezeti és a kórházi szolgálat viszonya**

András	12	Baj van nálunk a kollegalitással, nem nagyon hívnak, hogy bent fekszik valaki, pedig mindenhol elmondom a lelkészeknek.	A kórházlelkész hiába kéri a gyülekezeti lelkész segítségét, nem jelez arról, hogy kórházba került egy gyülekezeti tag.	Nincs visszajelzés a gyülekezeti lelkészektől.	Gyülekezeti lelkészek és kórházlelkészek rossz kollegális viszonya. Fal a gyülekezeti lelkészek és a kórházlelkészek között. A kórházlelkész ellenség.
András	13	Ha a görög vagy római katolikus lelkészt nézem, az nem botorkál a kórházban, mert annyi kollégája jelzi, hogy bent fekszik a kórházban a harangozó , a káplán vagy nem tudom én ki.	A görög és római katolikus kórházlelkész kap jelzést a paptól, hogyha kórházba kerül valaki a gyülekezetből.	A katolikus kollégáknak lényegesen jobb a kapcsolata a gyülekezetben szolgáló papokkal.	**K2:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egészségügyi rendszerben** Krisztusi nyitottságra és szeretere van szükség az egészségügyben. Kezdetben megaláztatás orvosok részéről. Jó kapcsolat a vezetőséggel és a dolgozókkal. Jelenlét és elérhetőség fontos. Rendszeresen ír a kórházi újságban. Rendszeresen zenél kórházi rendezvényeken. Hangsúlyozni kell a kórházi szolgálat egészségügyi rendszerben elfoglalt helyét, szerepét
András	14	Ebben kéne még fejlődnünk, minden szinten a falakat ledönteni, vagy azokat a hamis képzeteket, amiket annak idején átéltem, hogyha valaki meghal a kórházban, azt én fogom eltemetni. A kórházlelkész ezért ellenség.	Fal van a kórházlelkész és a gyülekezeti lelkész között. A kórházlelkész ellenség.	Fal van a kórházlelkész és a gyülekezeti lelkész között. A kórházlelkész ellenség.	

András	15	Azzal a krisztusi nyitottsággal és szeretettel kellene menni, amit az evangéliumban olvasunk, amikor elindul az ember és meglátja azt, aki a fán van, aki az út szélén van, aki az íróasztal mellett ül, az ágyban fekszik vagy a folyosó szélén sírogat.	A kórházlelkészi szolgálathoz krisztusi nyitottság és szeretet kell, mellyel észreveszi az ember, azt, akinek szüksége van a beszélgetésre.	Krisztusi nyitottság és szeretet kell a kórházban.	
András	16	Krisztusi nyíltság, őszinteség kell, elvezetni őket az Istenhez, és elvezetni őket az egyházba.	A kórházi dolgozókat krisztusi nyíltsággal és őszinteséggel lehet Istenhez és az egyházhoz vezetni.	A kórházi dolgozókat krisztusi nyíltsággal és őszinteséggel lehet Istenhez és az egyházhoz vezetni.	**K3:** **A kórházi szolgálat és a kórházlelkész identitásának alakulása** IV-V.évesen exmisszus. Önkéntes kórházi szolgálat. Főállású kórházlelkész. Tudatos továbbképződés. Hospice elindítója, vezetője. Kórházi referens. Félállású kórházlelkész. Gyülekezeti lelkészi állást is vállal. Idősotthoni szolgálatot is vállal. Onkológiai Intézet munkatársa. Az egészségügyben a lelkésznek bizonyítania kell.
András	17	Vissza kéne hozni azt, hogy a lelkésznek milyen nagy szerepe van az egészségügyben.	Hangsúlyozni kell a lelkészek szerepét az egészségügyben.	Szükség van a lelkészek egészségügyben elfoglalt szerepének hangsúlyozására.	
András	18	Amikor végeztem a teológián és idekerültem, elkezdtem bejárni a kórházba minden nap.	A teológia elvégzése után a gyülekezeti szolgálat mellett önkéntesen bejárt naponta a kórházba.	A kórházlelkészi munka, mint önkéntes szolgálat kezdődött.	
András	19	A gazdasági igazgató, aki finoman szólva nem volt papbarát és egyházbarát, mégis kimunkált egy olyan lehetőséget, hogy felvettek főállásba.	A kórház gazdasági igazgatója alakította ki az kórházlelkészi főállást.	A kórház gazdasági igazgatója alakította ki az kórházlelkészi főállást.	
András	20	Amikor a kórház csődbe ment és csődbiztost neveztek ki a kórház élére, akkor megszűnt a közalkalmazotti állásom, illetve a gazdasági igazgató kiállt értem, így levettek négy órára.	A kórház csődjével a kórházlelkész állása is veszélybe került, négy órás állása a gazdasági igazgató közbenjárására maradhatott meg.	A kórház csődje miatt a kórházlelkészi állás bizonytalanná lett, majd félállásra csökkent.	

András	21	A városi kórházban nem voltak nyitottak, 15 év alatt sem lettek azzá, sőt a legnagyobb megszégyenítés és megaláztatás attól az osztályvezető professzortól ért, akinek az apja teológigi professzor volt.	A városi kórház hosszú évek alatt sem vált nyitottá a kórházlelkészi szolgálatra, a kórházlelkészt megaláztatás érte orvosi részről.	Az egyik kórházban sok év után is megaláztatás.	
András	22	A megyei kórházban először a pszichológus csoportnak a tagja voltam.	A kórházlelkész a pszichológus csoport tagjaként kezdetta megyei kórházban.	A kórházlelkész kezdetben a pszichológus csoport tagja.	
András	23	A megyei kórházban én csináltam először burnout tréningeket, majd éveken át szerveztem kiránydulásokat. Elmegyek szakképzésekre, ahova hívnak előadást tartani, ingyen és bérmentve.	A kórházlelkész szervezett a kórházban először burnout tréningeket a dolgozóknak, kirándulásokat, előadásokat tart.	Burnout tréningek, kirándulások, előadások a kórházi dolgozóknak.	
András	24	A kórháznak készítek beszámolót, van egy nagyon egyszerű statisztika, hány betegnél voltam, kinél volt beszélgetés, kinél lelkészi teendők is, lelkigondozás.	A kórházlelkész a kórház számára statisztikai beszámolót készít.	Statisztikai beszámoló a kórháznak.	
András	25	A kórházban be kell bizonyítani, hogy mi a kórházlelkész feladata, hol van a helye és mi a szerepe. Ez azért nehéz, mert a kórházlelkész nem fog pénzt hozni.	A kórháznak a kórházlelkész nem hoz pénzt, ezért be kell bizonyítania, hogy ott a helye, van feladata és szerepe az egészségügyben.	A kórházlelkésznek a kórházban bizonyítania kell létjogosultságát.	

András	26	Ünnepek alkalmával elküldök a dolgozóknak vagy 100 sms-t…mindig elérhető vagyok, ha kérik, hogy menjek beszélgetni, megyek…megpróbálok jó előadásokat tartani…így az ember a létjogosultságát a kórházban újra és újra meg tudja erősíteni.	A kórházlelkésznek állandó elérhetőséggel, beszélgetésre nyitottan, jó előadásokkal, kedves üzenetekkel kell megerősítenie a kórházban létjogosultságát.	A kórházlelkész elérhetőséggel, nyitottsággal és szakmaisággal erősítheti meg pozícióját a kórházban.	
András	27	A kórházi dolgozókkal nagyon jó kapcsolatom van.	A kórházlelkésznek jó a kapcsolata a kórházi dolgozókkal.	Jó kapcsolat a kórházi dolgozókkal.	
András	28	A kórházmisszió csak úgy működik, ha először a dolgozókat misszionálom, ha ők nem lesznek a partnereim, akkor veszett fejsze…	A kórházmisszióban először a dolgozókat kell megnyerni, partnerré tenni.	A kórházmisszióban először a dolgozókat kell megnyerni, partnerré tenni.	
András	29	Rendszeresen írok a kórházi újságba.	A kórházlelkész rendszeresen ír a kórházi újságba.	A kórházlelkész rendszeresen ír a kórházi újságba.	
András	30	A kórházban egy csomót zenéltem, amikor volt valami ünnepi rendezvény.	A kórházlelkész zenél a kórházi ünnepi rendezvényeken.	A kórházlelkész zenél kórházi rendezvényeken.	
András	31	Negyed-ötödévesen exmisszusban voltam.	Negyed-ötödéves teológus hallgató exmisszusban.	Negyed-ötödéves teológus hallgató exmisszusban.	

András	32	A rendszerváltás után elkezdtem D.-ben a gyermekklinikára járni, Polcz Alain-nel is felvettem a kapcsolatot, és Pataki Emőkével, Debrecenyi Károly Istvánnal, akik úttörők voltak az egyházon belül. Egy nylevtanárnővel hétfőnként esetmegbeszéléseket fordítottunk német nyelvről.Tehát én már ekkor elkezdtem spacializálódni.	A rendszerváltás után kedett a gyermekklinikára járni, tudatosan készülni a kórházlelkészi feladatra, szakemberekkel, előrébb járókkal felvéve a kapcsolatot, német lelkigondozói beszélgetéseket tanulmányozva.	A kórházlelkész a rendszerváltás után bejárt a gyertmekklinikára és tudatosan képezni kezdte magát, lehetőségei szerint.	
András	33	Amikor a teológián végeztem és kikerültem M-ra, elkezdtem bejárni a kórházba. Ennek nem volt semmi hivatalos kerete.	A teológia elvégzése után, a gyülekezeti munka mellett önkéntesen bejárt a kórházba.	Önkéntes.	
András	34	Miután minden nap bent voltam […] felvettek főállásba.	Napi szorgalmas önkéntes munkája miatt felvették a kórházban főállású kórházlelkésznek.	Főállású kórházlelkész.	
András	35	A M-i hospice-t én indítottam el, megcsináltam és vezettem, majd a kórházon belül is sikerült a hospice-t meghonosítani.	A kórházlelkész a hospice elindítója lett a városban és a kórházban.	A hospice elindítója.	
András	36	Mindenki úgy jegyzett engem, mint kórházlelkészt, de én még mindig nem voltam hivatalosan kórházlelkész…soha egy fillérrel nem támogatott az egyház, még áldását sem adta rá, csak fantáziáltak a kórházlelkészségről.	Az egyház nem ismerte el hivatalosan kórházlelkészének, nem támogatta sem anyagilag, sem lelkileg.	Az egyház nem ismerte el hivatalosan kórházlelkészének, nem támogatta sem anyagilag, sem lelkileg.	

András	37	Amikor a kórházban megjelent a csődbiztos, és egyik napról a másikra el akartak küldeni, majd négy órára levettek, azt gondoltam, hogy az embernek valami biztonság kell, és egy helyi gyülekezetben megüresedett lelkészi állást megpályáztam, mely a kórházmisszióból nőtt ki a negyvenes, ötvenes években. Én lettem a harmadik lelkésze a gyülekezetnek.	A kórházlelkész állásának bizonytalansága miatt gyülekezeti lelkészi állást pályázott és kapott meg.	A kórházlelkészi állás bizonytalansága miatt gyülekezeti lelkészi állás is.	
András	38	9 éve járok a máltai ápolási és idősek otthonába, és tizenvalahány éve a városi öregotthonba.	A kórházlelkész két idősotthonba is jár szolgálni.	Idősek otthona is.	
András	39	Hivatalosan az Onkológiai Intézetnek is a munkatársa vagyok.	A kórházlelkész hivatalosan az Onkológiai Intézet munkatársa.	A kórházlelkész hivatalosan az Onkológiai Intézet munkatársa.	
András	40	Először én voltam a kórházlelkészi referens, aztán más lett.	Egy ideig kórházlelkészi referens volt a kórházlelkész.	Kórházlelkészi referens egy ideig.	
András	41	A kórházban be kell bizonyítani, hogy mi a kórházlelkész feladata, hol van a helye és mi a szerepe. Ez azért nehéz, mert a kórházlelkész nem fog pénzt hozni.	A kórháznak a kórházlelkész nem hoz pénzt, ezért be kell bizonyítania, hogy ott a helye, van feladata és szerepe az egészségügyben.	A kórházlelkésznek a kórházban be kell bizonyítania, hogy helye, feladata és szerepe van az egészségügyben.	

"MÁSODRANGÚ LELKÉSZ"

Interjú	Sorszám	Interjúrészlet/ Parafrázis	Generalizálás	I. Redukció	II. Redukció
Albert	1	Rendszeresen jártam a kórházba istentiszteletet tartani, jelentkezett az igény, hogy a kórházban levő embereknek ennél sokkal többre van szüksége.	Rendszeres kórházi istentiszteletek tartása után jelentkezett a betegek igénye a lelkigondozásra.	Rendszeres kórházi istentiszteletek tartása után jelentkezett a betegek igénye a lelkigondozásra.	**K1:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egyházi rendszerben** Kezdetben gyülekezeti lelkészként kórházi istentisztelet. Egyházmegyei státusz. Szolgálati lakás az egyházközségtől, rezsi az egyházkerülettől. Rendezetlen missziói lelkészi státusz. Egyházmegye nem kebelezi be a kórházlelkészt. Egyházmegye nem hívja gyűlésekre a kórházlelkészt. Egyházi érdektelenség, kapcsolat hiánya. Egyházi segítség nincs. RMK jelenléte erőtlen. RMK-nak éves beszámoló.
Albert	2	A mi egyházmegyénkben teljesen ismeretlen volt a kórházmisszió. Kísérleti jelleggel a N. és a C. kórházra dolgoztuk ki a tervet és az esperes teljesen nyitott volt erre, és így sikerült tető alá hoznunk azt, hogy legyen egy egyházmegyei kórházlelkészi státusz.	Az egyházmegyében kezdetben ismeretlen a kórházmisszió, majd egyéni kezdeményezés után az esperes elviekben támogatta a kórházlelkészi státusz létrehozását.	Egyházmegyei kórházlelkészi státusz, elvi esperesi támogatással.	
Albert	3	Egyházmegyei missziós kórházlelkész voltam, ehhez képest egyedül a megyém nem járult hozzá…Az egyházközség adta a szolgálati lakást, az egyházkerület a szolgálati lakás rezsijét, a kórház pedig a fizetést, ami 60ezer Ft volt.	Anyagi támogatást az egyházmegye nem adott. Szolgálati lakás az egyházközségtől, rezsi az egyházkerülettől, fél fizetés a kórháztól.	A kórházlelkészi státuszhoz szolgálati lakás és rezsi az egyháztól, fél fizetés a kórháztól.	
Albert	4	Mind a mai napig nincsenek rendezve a missziói lelkészek státuszai, nincsenek ott a lelkészek között, ahogy lenni kéne… még mindig nem tud mit kezdeni a ma református lelkésze azzal, hogy misszió és intézményi lelkészség, és a misszióban szolgáló lelkészek.	A missziói lelkészek státuszai nincsenek rendezve, az egyház nem tud mit kezdeni az intézményi lelkészekkel.	A missziói lelkészek státusza rendezetlen.	

Albert	5	Ami talán fájó, hogy jobban periférián van a kórházlelkész az egyházban, mint a kórházban.	A kórházlelkész jobban periférián van az egyházban, mint a kórházban.	A kórházlelkész jobban periférián van az egyházban, mint a kórházban.	
Albert	6	Szeretnék egy ilyen lelki, materiális dotálást, talán a lelki fontosabb, hogy mi is ebben az egyházban vagyunk, mi is ezért az egyházért dolgozunk, és nem vagyunk másodrangú lelkészek.	A kórházlelkész vágyik arra, hogy ne másodrangú lelkészként értékeljék őt az egyházban.	Egyenrangú lelkészként kéne kezelni a kórházlelkészt.	
Albert	7	Itt az esperest egyszerűen nem érdekli, a korábbi helyemen pedig nem szeretett. Több, mint két éve vagyok itt és nem vagyok bekebelezve, nem kapok meghívókat az egyházmegyei közgyűlésekre, lelkészi értekezletekre se, tehát az ember hermetikusan el van zárva az egyházmegyei közösségtől.	Az egyházmegye nem kebelezte be a kórházlelkészt, nem hívja meg gyűlésekre, értekezletekre, így a kórházlelkész el van zárva az egyházmegyei közösségtől.	Az egyházmegyével nincs kapcsolat, gyűlésekre nem hívják a kórházlelkészt.	
Albert	8	Az egyház felé beszámolókat nem írok. A kutyát nem érdekli.	A kórházlelkész nem ír beszámolókat az egyházban, mert érdektelenséget tapasztalt.	Érdektelenség miatt nem küld beszámolót a kórházlelkész az egyház felé.	
Albert	9	A Református Missziói Központ (továbbiakban: RMK) jelen volt, mint missziói központ, de távoli egyházi szervezetnek érzem, nyüzsögnek, mint egy hangyaboly, akárhányszor jártam ott, de konkrétan hatását nem érzem.	Az RMK jelen van, mint missziói központ, de hatását a kórházlelkész nem érzi.	Az RMK-nak nincs konkrét hatása a kórházi szolgálatra.	

Albert	10	Az RMK részére jelentéseket küldeni kell., gondolom, ők elemzik, statisztikát csinálnak belőle, meg továbbjelentik a közegyház felé.	Az RMK részére küld éves jelentéseket a kórházlelkész.	Az RMK részére küld éves jelentéseket a kórházlelkész.	
Albert	11	Az RMK amilyen fronton tud, próbál kiállni értünk, missziói és kórházlelkészekért, de szerintem zsinati szinten nem sok vizet zavarnak.	Az RMK próbál kiállni a kórházlelkészekért, de zsinati szinten erőtlen.	Az RMK erőtlen.	
Albert	12	Nem vagyunk olyan szervezettek, a kórházon és az egyházon belül, hogy mit adjunk a kezdő kórházlelkész kezébe.	Sem a kórház, sem az egyház nem tud mit adni a kórházlelkész kezébe.	Sem a kórház, sem az egyház nem tud mit adni a kórházlelkész kezébe.	
Albert	13	A lelkészkollégák szemében az intézményi lelkész, a missziós lelkész az egy másodrangú lelkész.	A lelkészkollégák szemében az intézményi lelkész másodrangú.	Az intézményi lelkész másodrangú.	**K1/a:** **A gyülekezeti és kórházi szolgálat viszonya** Intézményi lelkész másodrangú. Nem kolléga a kórházlelkész. Az egyház jobban értékeli a gyülekezeti lelkészséget. Az egyház gyülekezeti lelkész-centrikus. Egyenrangúság vágya a kórházlelkészben.
Albert	14	Az exkollégáim szemében kórházlelkészként már nem voltam kolléga, számomra érthetetlen módon megváltozott a viszonyunk egymással, hogy én már nem parókus lelkész vagyok.	Kórházlelkészként a lelkészkollégákkal megváltozott a viszony, számukra nem voltam többé kolléga.	A kórházlelkészt nem kolléga.	
Albert	15	Nálam fiatalabbaknál is látom ezt a gyülekezeti lelkészcentrikusságot, semmi más nem létezik, nem is fontos.	Az egyház gyülekezeti lelkész-centrikus.	Az egyház gyülekezeti lelkész-centrikus.	

Albert	16	Az egyházvezetésben is él az a szemlélet, hogy intézményi lelkésznek, missziós lelkésznek benyomjuk azt, akit nem akarunk engedni gyülekezeti lelkésznek.	Az egyházvezetés azt küldi missziós lelkésznek, akit nem enged gyülekezeti lelkésznek.	A gyülekezeti lelkészség értékesebb az egyházvezetés szemében, mint az intézményi lelkészség.	
Albert	17	Rendszeresen jártam a kórházba istentiszteleteket tartani, segítséget jelentettek a diakónus-szociális munkások, akik hétről-hétre jöttek és hívogattak.	A kórházlelkész kezdetben rendszeresen istentiszteleteket tartott a kórházban, melyre diakónusok hívogatták a betegeket.	Diakónusok hívogató szolgálata segíti a kórházlelkész munkáját.	**K2:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egészségügyi rendszerben** Rendszeres kórházi istentiszteletek. Egyre hangsúlyosabb a betegek lelki igénye. Kórházlelkész helykeresése a kórházi hierarchiában. A kórházlelkész vendég az egészségügyben. A kórházlelkész kívülről jött ember, de befogadható.
Albert	18	Jöttek mindig a visszajelzések, hogy egy-egy szobában ki az, aki nem tud jönni, de nagyon szeretne találkozni a lelkésszel.	A kórházlelkészhez visszajelzések érkeztek, hogy a betegek szeretnének beszélgetni.	A kórházban jelentkezett a betegek lelkészi beszélgetésre való igénye.	
Albert	19	Meg kellett tanulni a kórházi hierarchiában a helyét a lelkésznek, meg kellett tanulni odafigyelni az emberekre, és rá kellett jönni, hogy nemcsak betegek vannak a kórházban, hanem dolgozók is, és mindezt két különböző helyen, különböző kórházban.	A kórházlelkésznek meg kellett találnia a helyét, a kórházi hierarchiában, két különböző kórházban is.	A kórházlelkésznek meg kellett találnia a helyét, az adott kórházi hierarchiában.	
Albert	20	A kórházakban a helyi viszonyokhoz kellett idomulni, ez egy útkeresés volt.	A kórházlelkésznek az adott viszonyoknak megfelelően kellett megtalálni a helyét és feladatát a kórházakban.	A feladatokat tekintve útkeresés, flexibilitás az adott kórházakban.	
Albert	21	A kórházakban azért van periférián az ember, mert mi vagyunk a vendégek.	A kórházakban a kórházlelkészek vendégek.	A kórházban vendég a kórházlelkész.	

Albert	22	A kórházban úgy kezelnek minket, mint kívülről jött egyháziakat, és aki utálja az egyházat, utálja a kórházlelkészt is, aki nem, az nem, de ha meglátják, hogy ő is ember, hogy ő is ott van egy sportnapon, akkor sokkal több embert nyer meg az ember, mint amennyit elveszít.	A kórházban úgy kezelik a kórházlelkészt, mint aki kívülről jött, először egyházi tapasztalatoknak megfelelően, előítéletekkel, a hétköznapi jelenléttel viszont a maga helyén.	A kórházlelkész a kórházban kívülről jött ember, lassan oldódnak az előítéletek.	
Albert	23	Másfél év után, elég rövid idő alatt anyagi okokból kivérzett a misszió, és nem is folytatódott, a mai napig nincsen. Ami szomorú, mert mind a két kórház örömmel fogadta.	A kórházmissziós állás anyagi okokból megszűnt, azóta sem folytatódott, pedig lenne rá igény a kórházakban.	A kórházmissziós állás anyagi okokból megszűnt.	
Albert	24	A segédlelkészi évemet 1998-ban kezdtem, volt bennem félelem is, meg nagy tettvágy, éreztem a kihívásokat, de azt is, hogy nagyon kevés vagyok még.	Segédlelkészként félelmekkel és tettvággyal indult, itt-ott kevésnek érezve magát.	Segédlelkészként félelem és tettvágy.	**K3:** **A kórházi szolgálat és a kórházlelkész identitásának alakulása** Segédlelkész félelmekkel és tettvággyal. Gyülekezeti lelkészként bejár a kórházba. Gyülekezeti lelkészségről lemondva egyházmegyei kórházlelkész. Másodrangú lelkész. Idős otthoni és kórházi lelkész egyszerre.
Albert	25	Gyülekezeti lelkészként rendszeresen jártam a kórházba istentiszteleteket tartani.	Gyülekezeti lelkészként tartott istentiszteleteket a kórházban.	Gyülekezeti lelkészként istentiszteletek a kórházban.	
Albert	26	Ahhoz, hogy én ezt a kórházlelkészi állást elvállaljam, le kellett mondanom a gyülekezeti lelkészségről.	Le kellett mondani a gyülekezetei lelkészségről a kórházlelkészség javára.	Lemondás a gyülekezeti lelkészségről a kórházlelkészség javára.	

Albert	27	Előre nem is gondoltam, azóta kezdek vele megbarátkozni, bár a lelkem mélyén még mindig nem sikerül, hogy a lelkészkollégák szemében az intézményi lelkész az egy másodrangú lelkész.	A kórházlelkész nehezen fogadja el azt, hogy a lelkészkollégák szemében intézményi lelkészként másodrangú lelkész lett.	A kórházlelkésznek nehéz elfogadni a másodrendűséget.	
Albert	28	Lemondtam a gyülekezeti lelkészi állásomról és elkezdtem ezt a kórházlelkészesdit, és ez nagyon jó volt.	A gyülekezeti lelkészség után szívesen lett kórházlelkész.	Szívesen lett kórházlelkész.	
Albert	29	A gyülekezeti szolgálati helyemen a munkám egyre inkább nem arról szólt, amiért én ezt választottam, amiért engem az Úristen ide szólított, alig tudtam emberekkel találkozni, hivatalból hivatalba jártam, rengeteg a hivatali munka a gyülekezetben, de úgy haltak meg emberek, hogy nem is tudtam beszélni velük.	A gyülekezeti lelkész sok hivatali munkája után vágyott az emberekkel való találkozásra, amit a kórházlelkészségben gyakorolhatott.	A kórházlelkész emberekkel foglalkozhat, a sok hivatali munka helyett.	
Albert	30	Két kórházra dolgoztuk ki a tervet, így tető alá hoztuk azt, hogy legyen egy egyházmegyei kórházlelkészi állás.	Két kórházban szolgál egyházmegyei kórházlelkészi státuszban.	Egyházmegyei kórházlelkészi státusz két kórházban.	
Albert	31	Másfél év után, elég rövid idő alatt anyagi okokból kivérzett a misszió, és nem is folytatódott, a mai napig nincsen.	Másfél év után anyagi okokból megszűnt az állás.	Másfél év után anyagi okokból megszűnt az állás.	

Albert	32	Itt idősotthoni lelkészként dolgozom, és helyettesítő szolgálatként végzem a kórházlelkészséget másfél éve.	Intézményi lelkész az idősotthonban és emellett másfél éve kórházlelkész is.	Idősotthoni lelkész és kórházlelkész egyszerre.	

"MINDENHOL JELEN, SEHOL SEM OTTHON"

Interjú	Sorszám	Interjúrészlet/ Parafrázis	Generalizálás	I. Redukció	II. Redukció
Márk	1	Hogyan tudunk minél jobban beépülni a rendszerbe és elfogadottá válni, mind az egyházban, mind a kórházban, sokat segített ebben, hogy létrejött a Református Missziói Központ (Továbbiakban: RMK).	A rendszerbe való beépülést és az elfogadást segíti a RMK létrejötte.	A RMK segíti a rendszerbe való beépülést.	**K1:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egyházi rendszerben** RMK segíti a beépülést. RMK-nak éves beszámoló. Érdeklődés az egyházmegyei közgyűlésen. Az alkalmatlanok a kórházlelkészek.
Márk	2	Mióta az RMK összefog minket, azóta feléjük adni kell egy összefoglalót és egy éves tervet, én ezt kiegészítem a gyülekezeti szolgálataimmal, és elküldtem a helyi vezető lelkésznek tavalyig, de mivel arra sem kapok visszajelzést, ha küldöm és arra sem, ha nem, akkor nem érdekel.	RMK-nak küld éves beszámolót és tervet a kórházlelkész, az egyházközségnek nem, mert érdektelenséget tapasztalt.	Éves beszámoló és terv a RMK-ba, az egyházközségnek érdektelenség miatt nem.	
Márk	3	Az egyházmegyében kíváncsiak rám, mert mindig fölszólalok gyűléseken, de alapvetően nem tudnak velünk mit kezdeni, van ilyen gondolat, hogy az alkalmatlanokat berakjuk kórházlelkésznek, nem tudják, mit csinálunk, ülünk az ágyak mellett és hümmögünk?	Egyházmegyei gyűléseken a kíváncsiság és a kórházlelkész felszólalásai ellenére is lenézett és meg nem értett a kórházlelkészi szolgálat.	A kórházlelkészi szolgálat lenézett az egyházban.	

Márk	4	Korábban gyülekezetben volt félállásom és egy másik fél állás volt a kórházlelkészi. De amióta idejöttem csak kórházlelkészkedem, van gyülekezeti kötődésem, de ez itt egy speciális helyzet.	Kórházlelkészként az egészségügyi intézménnyel és a helyi gyülekezettel is van kapcsolata.	Kórházlelkészként kapcsolat az egészségügyi intézménnyel és a helyi gyülekezettel.	**K1/a:** **A gyülekezeti és kórházi szolgálat viszonya** Speciális kötődés a helyi gyülekezethez. Alkalmanként gyülekezeti szolgálatok is. Mindkét helyen jelen, sehol sem otthon. Mindkét helyen idegen. Gyülekezettől figyelem és érdektelenség egyszerre.
Márk	5	A szolgálat a kórházhoz kötődik, a fizetésem és a státuszom, de a gyülekezettől kapom a szolgálati lakást, és valószínűleg cserébe végzek gyülekezeti munkát, van egy bibliaórám, tartom a kórházi istentiszteleteket, évente egyszer esketek, temetek, keresztelek, besegítek, ha kell, részt veszek a presbiteri üléseken.	A kórházlelkész fizetését a kórháztól kapja, szolgálati lakását az egyházközségtől, ezért gyülekezeti szolgálatai is vannak.	Az egészségügyi intézmény mellett alkalmanként a helyi egyházközségben is szolgál.	
Márk	6	Intézeti lelkész vagyok…lelkészi munkaközösségben részt veszek…bármi nyűgöm, bajom van, mehetek hozzájuk.	Intézeti lelkészként a gyülekezeti lelkészi munkaközösségnek is tagja.	Intézeti lelkészként a gyülekezeti lelkészi munkaközösségnek is tagja.	
Márk	7	…de óhatatlanul van egyfajta magányérzés bennem, lehet, hogy ez a kétlaki létnek köszönhető, hogy tulajdonképpen a gyülekezethez is tartozom, de nem töltöm ott a mindennapjaimat, sokan nem ismernek, nem tudják, mit csinálok, a kórházban meg református lelkész vagyok, ami az egészségügyi rendszertől idegen test.	Gyülekezethez is tartozik, meg a kórházhoz is, a kétlaki lét miatt magányosnak érzi magát.	Kórházban és gyülekezetben is, mégis magányosan.	

Márk	8	Mindkét helyen jelen vagyok, de nem vagyok jelen, mindkét helyen idegen is vagyok, mert nem vagyok otthon, mindenhol számon tartanak, de nem is tartanak számon. Lehet, hogy ebből adódik ez az egyedüllét érzés, hogy hova is tartozom, ki figyel rám, kinek vagyok fontos.	Kórházban és gyülekezetben is jelen van, mégsem érzi magát egyik helyen sem otthon. Egyedüllét érzés.	Kórházban és gyülekezetben is, de sehol sem otthon. Egyedüllét.	
Márk	9	Egyfelől érződik, hogy abszolút velünk vannak, másfelől mégis magunkra vagyunk, vagyok hagyva. Ez egy nagyon kettős dolog.	Kettős helyzetben a kórházlelkész: a gyülekezet háttér, erő és mégsem az.	Látszólagos gyülekezet háttérrel, valójában gyülekezeti háttér nélkül.	
Márk	10	Tavaly volt tizenöt éves a kórházi szolgálat, szerveztem egy előadássorozatot, de nem jöttek el az egyházból, a Bethesdában a húszéves évfordulóra rendezett ünnepségre eljött a főigazgatónk, viszont a gyülekezet részéről senki.	Évfordulós ünnepségeken a kórház képviseltette magát, a helyi gyülekezet nem.	Évfordulós ünnepségeken a kórház képviseltette magát, a helyi gyülekezet nem.	
Márk	11	Elődömmel, aki itt volt 8-9 évig, három hónapig együtt tudtunk dolgozni, mindenhova elvitt magával, ott voltam csendes árnyékként, figyeltem, hogy dolgozik, bevezetett a rendszerbe.	Az elöd segített az egészségügyi rendszerbe beilleszkedni.	Az elöd segítség a kórházi beilleszkedésben.	**K2:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egészségügyi rendszerben** Elöd segítsége a beilleszkedésben. Onkológiai központban indul a szolgálat.

Márk	12	A legnagyobb feszültséget az okozta a kórházban, hogy legyen egy olyan keret, munkaköri leírás, amihez igazodom. Volt egy semmitmondó általános szöveg, de egy-két támadás ért itt a kórházban, ezért szerettem volna, hogy legyen világos mindenki számára, miért vagyok itt, ki mit vár tőlem, mi a feladatom és mik annak határai. Másfél évig nem történ semmi, majd egy szupervízióba elvittem a kérdést, ott kidolgoztunk egy munkaköri leírást, azt a főigazgató aláírta.	Semmitmondó munkaköri leírással kezdett a kórházban, ami nem védte. Később szupervízióban dolgozott ki magának egy részletesebb munkaköri leírást, amit a kórházigazgató elfogadott. Ez védelmet és biztonságot nyújt számára.	A kórházlelkész formálja munkaköri leírását. A keret biztonság és védelem.	Később az egész kórházat érinti. Van kórházlelkész kolléga. Főigazgatói támogatás. Vezetőségi támogatás. Kórházi képzésekben előadó a kórházlelkész. Jó kapcsolat pszichológussal, pszichiáterrel. Korábban rehabilitációs team tagja a kórházlelkész. Prevenciós team tagja a kórházlelkész. Egészségügyi törvénybe iktatva a kórházlelkészi szolgálat stabilabb helyen lenne.
Márk	13	1997-ben indult a lelkigondozói szolgálat, először csak az akkor létrejött onkológiai központban működött.	A lelkigondozói szolgálat az onkológiai központban indult.	A lelkigondozói szolgálat az onkológiai központban indul.	
Márk	14	Nem sokkal azelőtt, hogy idekerültem, a státusz kikerült az igazgatásra, és kiterjesztődött az egész kórházra.	A lelkigondozói szolgálat évekkel később vált egész kórházat érintő szolgálattá.	Később válik egész kórházat érintő szolgálattá.	
Márk	15	Nem egyedül vagyok, egy nyugdíjas kórházlelkész kollégámmal dolgozom, akinek félállását az egyházmegye fizeti.	Nincs egyedül a szolgálatban, kórházlelkész kollégával dolgozik.	Van kórházlelkész kolléga.	
Márk	16	A kórházi főigazgató úr kezdettől a mai napig nagyon nagy támogatója ennek a szolgálatnak.	A kórház főigazgatója egyértelműen támogatja a kórházlelkészi szolgálatot.	Egyértelmű támogatás a főigazgató részéről.	

Márk	17	Amióta itt van kórházi szolgálat, azóta mindenki: a kórházigazgató, ápolási igazgató, orvosigazgató a szolgálat mellett áll, ami részben annak is köszönhető, hogy ők hívő katolikus emberek.	A kórház vezetősége támogatja a lelkigondozói szolgálatot.	Támogatás a kórház vezetőségétől.	
Márk	18	A hospice képzésben is megtartjuk a magunk spiritualitással kapcsolatos blokkját, az önkéntesképzésekben is, bevonnak minket a hospice önkéntes rendezvényekbe…minden lelkészi tudásunkra, identitásunkra igényt tartanak a kórházban.	A kórház bevonja a kórházlelkészt különféle képzésekbe: hospice, önkéntesképzés, igényt tartanak a lelki, lelkészi vonalra.	A kórház igényt tart a lelkész szaktudására.	
Márk	19	Korábban rehabilitációs team tagja volt a kórházlelkész, ez feloszlott, de folyamatos kapcsolatot tartok a pszichiáternővel és az új pszichológus lánnyal.	A kórházlelkésznek jó kapcsolata van a pszichiáterekkel, pszichológussal.	Jó kapcsolat a pszichiáterekkel, pszichológussal.	
Márk	20	A prevenciós team tagja vagyok, az onko-pszichiáternő, a pszichológusnő,illetve van egy ápolónő, ez most az "új családom", velük tartok a kórház nővéreinek kiégést megelőző tréningeket.	A kórházlelkész a prevenciós team tagja, kiégést megelőző tréningeket tart.	A kórházlelkész a prevenciós team tagja, kiégést megelőző tréningeket tart.	
Márk	21	Azóta közvetlenebb kapcsolatom van a nővérekkel, ők is jobban ismernek engem, jobban benne vagyok a rendszerben, tehát ezekhez kötődöm jobban.	Mióta a kórházlelkész a prevenciós team tagja, sokkal jobb a kapcsolata a nővérekkel, jobban kapcsolódik a rendszerhez.	A prevenciós team tagjaként a erősödik a kapcsolat a nővérekkel.	

Márk	22	Vannak stratégiailag fontos emberek […] akik tanácsot adhatnak nekünk és bedobják a politikai kapcsolataikat…nekünk egyfajta stabilitást ad majd biztos, hogy benne vagyunk az egészségügyi törvényben, hogy státuszunk biztosabb.	Fontos lehetne a kórházlelkészi szolgálatot az egészségügyi törvénybe rögzíteni. Ez a kórházlelkésznek stabilitást adna.	A kórházlelkészi szolgálat egészségügyi törvénybe rögzítésének igénye, a stabilitásért. (A terv nem valósult meg a dolgozat írásának idején.)	
Márk	23	Félállásban a Dunántúlon voltam segédlelkész, és a dél-balatoni gyülekezetek összefogásával és finanszírozásával egy félállású kórházlelkészi állást kaptam.	Félállásban segédlelkész, félállásban kórházlelkész.	Félállásban segédlelkész, félállásban kórházlelkész.	**K3:** **A kórházlelkészi szolgálat és a kórházlelkész identitásának alakulása** Félállásban segédlelkész és félállásban kórházlelkész. Főállású kórházlelkész, alkalmi gyülekezeti szolgálattal. Előd egyszerre segítség és gát a beilleszkedésben. Továbbtanulásra, képzésre való igény. Alkalmi szupervízió. Szolgálat a kicsinyek mellett. Kiüresedés, identitásválság.
Márk	24	Egy év után váltottam, most már csak kórházlelkészkedem, gyülekezeti kötődéssel, egy speciális helyzetben, K-en.	Főállású kórházlelkész, gyülekezeti kötődéssel, alkalmi szolgálattal.	Főállású kórházlelkész, alkalmanként gyülekezeti szolgálattal.	
Márk	25	Elődömmel dolgoztam három hónapot, volt egy kialakított rendszer, ami biztonságot adott, ugyanakkor bennem élt nyomasztó ideálként, hogy vagyok-e olyan jó, mint az elődöm?	Második generációs kórházlelkész számára az elöd éppúgy jelenthet biztonságot, mint bizonytalanságot.	Második generációs kórházlelkész számára az elöd biztonságot és bizonytalanságot is jelent egyszerre.	
Márk	26	Kórházlelkész kollégámmal való beszélgetés felszabadított […] hogy arra koncentráljak, ami nekem van.	Kórházlelkésszel való beszélgetés segít az öndefiniálásban és az önértékelésben.	Szupervízori beszélgetés segíti a kórházlelkész identitásának alakulását.	
Márk	27	Ha már valaki kórházlelkész lesz, az vegye komolyan, képződjön ki, végezzen lelkigondozói képzést, mentált, vagy valamit, szakmailag legyen profi.	A kórházlelkész legyen igényes, legyen kórházi lelkigondozói szakirányú végzettsége, és képezze magát tovább.	Fontos a kórházlelkész igényessége, szakmai tudása, képződése.	

Márk	28	Kialakult bennem, hogy úgy nem tudom csinálni a kórházlelkészi munkát, ha nem tanulok erről, tehát felvételiztem a SOTE lelkigondozó-képzésére.	Kórházlelkészként hamar megérezte szükségét a speciális lelkigondozói ismeretek elsajátításának.	Kórházlelkészként igény a lelkigondozói továbbképzésre.	
Márk	29	A SOTE-ra felvettek, de a gyülekezeti vezető lelkész azt mondta, hogy nem tudja támogatni a SOTE képzést, ha már indul a Gyökössy Intézet, menjek oda. Vissza kellett mondani a SOTE-t, nem volt választási lehetőségem, ami eleinte nehéz volt nekem, egyrészt lenyelni, másrészt annál képződni, aki az elődöm volt.	Az eredeti elképzelések helyett a szűkös egyházi anyagi keret miatt más képzést kellett végeznie a kórházlelkésznek, mint amit szeretett volna. Elődje oktatta.	SOTE képzés helyett Gyökössy Intézetben képződhet.	
Márk	30	A képzésben hat egyéni szupervízió kötelező volt, ahová én erősen vittem a kórházi elakadásaimat, voltak esetek, protokollok, ez sokat segített, hogy átlássam a rendszert.	A képzés keretében kapott szupervízió sokat segített a kórházlelkész számára a rendszer átlátásában.	A képzés alatti szupervízió segítséget nyújt a munkában.	
Márk	31	Erős a meggyőződésem a magam lelkigondozói vagy lelkészi identitását, tudását, meg a szolgálatom értékét tekintve. Nekem fontosabb maga a názáreti ácsmester, a Megváltónk, aki a kicsinyek mellett volt és a peremre sodródott.	A kórházlelkész korábbi bizonytalanságai és kisebbrendűségi érzése után, önértékelése pozitívnak hat.	Erős meggyőződés a krisztusi példát követő kórházlelkészi szolgálatot tekintve.	
Márk	32	Küzdök ezzel rendesen, hogy mennyi időt töltsek a betegek között.	A kórházlelkész számára nehéz a szolgálati területek közötti prioritás felállítása.	Nehézség a szolgálati területek közötti prioritás felállításában.	

Márk	33	Mindenki másként csinálja, mindenki másként szervezi a rendszert, mindenkinek mások az adottságai.	Ahány kórház, ahány kórházlelkész, annyiféle a szolgálat.	Minden kórház és kórházlelkész más és mást igényel.	
Márk	34	Kicsit kiüresedtem, lehet ezt kiégésnek nevezni […] bizonyos szempontból ez vele jár, tehát ebben nagyon meg kell újulnom vagy a rendszert kell megújítani. Most egyhelyben toporgok.	Kiüresedett a kórházlelkész, érzi, hogy megújulás kéne, de nincs segítsége, nem találja az utat.	Kiüresedettség érzés, egyhelyben toporgás.	
Márk	35	Identitásválságban vagyok, valami bizsereg körülöttem, valaminek történnie kell. Vagy megújulok ezen a helyen, a szolgálat is megújul, vagy pedig valamerre lépni fogok.	Identitásválságban van a kórházlelkész, megújulást vár.	Identitásválságban, megújulást várva.	

"SZOLGÁLAT AZ EGYHÁZ PEREMÉN"

Interjú	Sorszám	Interjúrészlet/ Parafrázis	Generalizálás	I. Redukció	II. Redukció
Győző	1	Mit értsek az egyház szó alatt? Az egyházszervezetet: megyét, kerületet vagy a zsinatot? Az első kettő nem vesz rólam tudomást, a harmadik sem nagyon.	Az egyházmegye, kerület és zsinat nem vesz tudomást a kórházlelkészről.	Az egyház nem foglalkozik a kórházlelkésszel.	**K1:** **A kórházlelkészi szolgálat helye az egészségügyi rendszerben** Egyházi figyelem nélkül. Kórházlelkészek lebecsülése. Egyház peremén. A két rendszer összehangolásának hiánya. Az egyház nem figyel a kórházi szolgálatra. Csak helye van a szolgálatnak az egyházban.
Győző	2	Az egészségügy periféria az egyház számára.	Az egészségügy periféria az egyház számára.	Az egészségügy periféria az egyház számára.	
Győző	3	Aki lelkészként az egészségügyben dolgozik, az biztosan nem volt elég jó máshova, sem gyülekezetbe, sem vallástanárnak.	A kórházlelkész nem felelt meg gyülekezeti vagy vallástanári állásra.	A kórházlelkészeket lebecsülik az egyházban.	
Győző	4	Van persze zavarodottság a tekintetben, hogy a kórházlelkészet az misszió vagy pszichológiai esetleg diakóniai munka.	Senki nem tudja, hogy a kórházlelkészség missziói, pszichológiai vagy diakóniai munka.	Bizonytalanság a tekintetben, hogy a kórházlelkészség missziói, pszichológiai vagy diakóniai munka.	
Győző	5	Munkám az egyház peremén zajlik.	A kórházlelkészi munka az egyház peremén zajlik.	A kórházlelkészi munka az egyház peremén.	
Győző	6	Kórházlelkészi, egyházi oldalról is szemléletváltásra lenne szükség, hogy ez a munka missziós tevékenység, vagy lelkigondozói.	Egyházi oldalról kérdés, hogy a kórházlelkészi munka missziós vagy lelkigondozói tevékenység.	Egyházi oldalról kérdés, hogy a kórházlelkészi munka missziós vagy lelkigondozói tevékenység.	
Győző	7	A két nem kompatibilis rendszer: egyház és egészségügy közötti kapcsolat összehangolására lenne szükség.	A két nem kompatibilis rendszer: egyház és egészségügy közötti kapcsolat összehangolására lenne szükség.	Igény az egyház és egészségügy közötti kapcsolat összehangolására.	

Győző	8	A betegként létezéshez is hozzátartozik az átmeneti vagy tartós peremhelyzet, a kórházlelkész szolgálata osztozik ezzel a közösséggel, munkája is a végeken helytállás terheit osztja.	A kórházlelkész munkájában a beteg emberek peremhelyzetével vállal közösséget, a végeken szolgál.	Beteg emberek peremhelyzetével való közösségvállalás, szolgálat a végeken.	
Győző	9	Nem lehet a kórházlelkészség a figyelem és a működés központjában, de egy picivel több jelentőséggel fel lehetne ruházni, mint amennyivel jelenleg van.	A kórházlelkészség több figyelmet és jelentőséget érdemelne az egyházban.	Több egyházi figyelemre való igény.	
Győző	10	Ezt eredménynek kell tartani: az egyházban van helye a kórházlelkésznek.	Az egyházban van helye a kórházlelkésznek.	Az egyházban van helye a kórházlelkésznek.	
Győző	11	A gyülekezetekben élő egyház önmeghatározása mellett nyilván a gyülekezeti lelkészség kell a fókuszban legyen, a klinikai lelkigondozás pedig inkább határterület.	Az egyház a gyülekezetekre fókuszál, a klinikai lelkigondozás határterület.	Az egyház a gyülekezetekre fókuszál, a klinikai lelkigondozás határterület.	**K1/a:** **A gyülekezeti és kórházi szolgálat viszonya** Gyülekezetekre fókuszáló egyház. Kórházi szolgálat határterület. Gyülekezeti lelkész megbecsültebb, mint a kórházlelkész. Gyülekezetek érdeklődése a kórházi szolgálat iránt.
Győző	12	Keserű szemrehányást hallgattam az esperestől, szembeállította egymással az intézményi és a gyülekezeti lelkészséget, az utóbbit magasabbra értékelve.	Az esperes is többre becsüli a gyülekezeti, mint az intézményi lelkészi munkát.	A gyülekezeti lelkész jobban megbecsült az egyházban, mint az intézményi lelkész.	
Győző	13	Sokszor jártam gyülekezetben a kórházat és a munkámat bemutatandó, s azt tapasztaltam, hogy szeretetteljes az érdeklődés.	A kórházlelkész munkája során a gyülekezetekben szeretetteljes érdeklődést tapasztalt.	A gyülekezetekben van érdeklődés a kórházlelkészi szolgálat iránt.	

Győző	14	A főigazgató azt a feladatot gondolta ki számomra, hogy a dolgozói közösséget támogassam munkámmal, szervezzek belőlük spirituális közösséget.	A kórházlelkész munkájának medrét a főigazgató jelölte ki, a munkatársak közösséggé formálásában.	Főigazgatói kérés és támogatás a kórházlelkész munkájában.	**K2: A kórházlelkészi szolgálat helye az egészségügyi rendszerben** Főigazgatói támogatás. Rendszeres kapcsolat a főigazgatóval. Munkaköri leírás saját megfogalmazása. Minden szinten jelen van a kórházlelkész. Kezdetben gyanakvás a munkatársak között. Szupervízió a családban megoldott. Egységes jogi, financiális háttér hiánya. Nincs egyértelmű helye a kórházi szolgálatnak az egészségügyben.
Győző	15	A főigazgatóval rendre megbeszéltük a kórház ügyeit, emberekkel, szakmai kérdésekkel kapcsolatos gondjait, egyházi kérdéseket, mindent.	A kórházlelkész a főigazgatóval rendszeres kapcsolatot, megbeszéléseket tart.	Rendszeres kapcsolat, megbeszélés a főigazgatóval.	
Győző	16	Munkaköri leírásomat magam írtam magamnak.	A kórházlelkész magának írta munkaköri leírását.	A kórházlelkész magának írta munkaköri leírását.	
Győző	17	Feladatai….rendszeres főigazgatói megbeszélés, közösségi élet szervezése, csoportok kalauzolása, prezentációk készítése, önkéntesek, gimnáziumi tanítás, osztályok látogatása, betegek és hozzátartozók látogatása, temetés, keresztelés, esketés, diakóniai munka, továbbképzéseken való részvétel.	A kórházlelkész feladata az egész kórház működését érinti, sokrétű, minden szinten jelen van.	A kórházlelkész feladata az egész kórház működését érinti.	
Győző	18	Kezdetben, mint az egyház küldöttjét, és mint az egyház által kinevezett igazgató bizalmasát, kellő gyanakvással fogadtak. Sokat kellett dolgoznom, hogy számukra is kiderüljön, az én munkám az ő segítésükről szól. Úgy gondolom, elfogadnak, szeretnek, vagy inkább bizalommal fogadnak.	A kórházlelkészt kezdetben gyanakvással fogadták, de ma már bizalommal fogadják.	Kezdetben gyanakvás, később bizalom a kórházlelkész iránt a kórházban.	

Győző	19	Van egy olyan családi hátterem, amelyikre nagyon számíthatok, szakmai segítségben is.	A kórházlelkész szakmai segítséget a családi háttérből kap.	Szakmai segítség a családtól.	
Győző	20	A mentálhigiénémet megtanultam egyedül elvégezni.	A kórházlelkész saját magának a lelkigondozója.	A kórházlelkész saját magának a lelkigondozója.	
Győző	21	Sokat segítene a kórházlelkészeknek, ha nemcsak az egyéni jóindulatra és helyi szokásokra, lehetőségekre alapozott mezsgyén mozoghatnánk, hanem egységesen szabályozott, szakmailag megalapozott körben mozoghatnánk.	A kórházlelkészek munkájára nézve egységesen szabályozott, szakmailag megalapozott háttérre lenne szükség.	Egységesen szabályozott, szakmailag megalapozott háttérre igénye a kórházlelkészi munkában.	
Győző	22	Az állam (az egészségügy) oldaláról jelenleg hiányzik a jogi és financiális háttér, amelyre alapozva az intézményfenntartóknak természetes lehetősége, kötelessége volna klinikai lelkigondozó alkalmazása.	Állami jogi és financiális háttér hiánya a lelkigondozó alkalmazására nézve.	Jogi és financiális háttér hiánya.	
Győző	23	A kórházlelkészek egészségügyi intézményben elfoglalt helye még felfedezésre vár. Maga a rendszer, az egészségügy rendszere nem vett tudomást erről a segítő szakmáról.	A kórházlelkészek egészségügyi intézményben elfoglalt helye még nem egyértelmű, nincs beépítve az egészségügy rendszerébe.	A kórházlelkészek egészségügyi intézményrendszerben elfoglalt helye nem egyértelmű.	

Győző	24	K-on voltam segédlelkész, majd X téren beosztott lelkész, azután vallástanár a M-ban, ahonnan egyik napról a másikra kívül találtam magamat a kapun, amikor megszólalt a telefon, és megkérdezte T. nem volna-e kedvem a B-ba jönni kórházlelkésznek.	Segédlelkészség, gyülekezeti beosztott lelkészség, vallástanárság után állás nélkül maradt, mikor kórházlelkészi állásba hívták.	Gyülekezeti lelkészi munka után, majd vallástanári munka nélkül maradva lesz kórházlelkész.	**K3: A kórházi szolgálat és a kórházlelkész identitásának alakulása** Gyülekezeti lelkész. Vallástanár. Kórházlelkész. Továbbképzés szükségessége. Bizonytalanság, misszió, diakónia, pszichológia vagy lelkigondozás. Szakmailag megalapozott háttér hiánya. Betegek peremhelyzetével való közösségvállalás. Saját munkaköri leírás.
Győző	25	Nem volt ismeretlen a kórházi világ, jártam pár évet az orvosi egyetemre.	A kórházlelkész rendelkezett korábbi egészségügyi ismeretekkel és gyakorlattal.	Korábbi tanulmányok miatt ismerős az egészségügyi rendszer.	
Győző	26	Nagyon hamar világossá vált, hogy ez a rengeteg és szerteágazó feladat új ismereteket kíván, elkezdtem újra tanulni is, szakmai fórumokra, orvos-ápolás szakmai konferenciákra járni.	A kórházlelkész számára szükségesnek látszott a továbbtanulás, elkezdett továbbképzésekre járni.	Továbbképzések szükségessége a kórházlelkészi szolgálatban.	