

THEOLOGIA PRACTICA

Simon János*

Küküllőboldogfalva

A pánikbetegség és a hozzá kapcsolódó fóbiák lelkigondozói vetületei

Pastoral Aspects of Panic Disorder and of Some Related Phobias.

Abstract

There are several types of anxiety disorders including generalized anxiety disorder, panic disorder, post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and specific phobias. While each anxiety disorder has a different set of symptoms describing the disorder, each one involves a certain level of recurring, irrational and excessive fear. Anxiety disorders may cause distress that interferes with a person's ability to lead a normal life. In this article we will focus on panic disorder and the possibilities of pastoral care. First we will look at panic disorder and some related phobias, such as generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and agoraphobia. We continue with the therapeutic ways of psychiatry and psychotherapy, and will end up, with the special aspects of pastoral care.

Keywords: panic disorder, agoraphobia, social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, anxiety, pastoral care.

Aszorongásos betegségek elszaporodásáról szakemberek egész sora számol be. Így nem számít kurióznak, ha gyülekezeti tagjaink körében is találkozunk agorafóbiásokkal, pánikrohamot átélt gyülekezeti tagokkal, terápiás és/vagy gyógyszeres kezeléssel élő szorongókkal és pánikbetegekkel. Látogatásaim és lelkigondozói találkozásaim során többször előkerült a korábban felsorolt „betegségek” némelyike. Voltak, akik kimerítő orvosi vizsgálatok után és semmitmondó eredmények következtében jutottak pszichológushoz vagy pszichiáterhez, és a diagnózis felállítását követően meg tudták nevezni a „kórt”. A többség azonban nem járta végig a feltárás útját, rendszerint a tüneteket mondták el, és a megélések lelki vonatkozásait osztották meg. Nem egy esetben a feltárás első lépcsőfoka a lelkésztől való segítségkérés volt.¹

* Simon János (Kolozsvár, 1982) Küküllőboldogfalva megválasztott lelkipásztor. A hollandiai Protestantse Theologische Universiteit groningeni fakultásának doktorandusza. Teológiai tanulmányait a Kolozsvári Protestáns Teológiai Intézetben végezte, a Sárospataki Református Teológiai Akadémián börtönlelkészi oklevelet szerzett, majd a kampeni Theologische Universiteit van de Protestantse Kerk in Nederland hallgatójaként végzett mesteri tanulmányokat. Egyházi ismereteit a Babeş-Bolyai Tudományegyetem jogi karának hallgatójaként bővítette. Doktori kutatásában az emberi megbocsátás kérdéskörét vizsgálja. Kutatási területei: büntetés-étika és racionális etika, egyházjog és eklézsiológia.

¹ A szorongásos betegségek elszaporodására vonatkozó statisztikákat bőven találunk, de egyre többen vannak azok, akik a mediatizálást, a gyógyszeripar, illetve pszichiátria reklámját

Amikor a lelkipásztor pánikos esetekkel találkozik, kérdések sorával szembeül. Hogyan viszonyuljon a beteghez? Mit tanácsolhat annak, aki az istentisztelettől való távolmaradást választotta? Ha pedig nem mer elmenni az istentiszteletre, a gyülekezet miként lehet továbbra is az ő közössége? Hogyan élhetnek tovább a közösségi szálak, és ezek miként erősödhetnek meg? Milyen közösségi alkalmakat lehet kialakítani a pánikbeteg vagy más szorongásos betegek közösséggyakorlása érdekében? És nem utolsósorban: hogyan történjék lelkigondozásuk?

Mivel az előbb felsorolt kérdések részletes megválaszolása túlfeszítené egy tanulmány keretét, itt mindössze a pánik pszichológiáját, terápiás lehetőségeit és a lelkigondozás főbb szempontjait vizsgálom. A megfelelő gyülekezetgondozás érdekében elengedhetetlenül szükséges a pánik különböző lélektani vonatkozásainak megismerésére. Ezért előbb ezeket a lélektani vonatkozásokat ismertetem, majd pedig áttekintjük a pánikosok lelkigondozásának speciális kérdéseit.

A pánik története

A pánik történetét kutatva két nézettel találkozunk. Az egyik szerint már az ókorban ismerték, míg a másik jellegzetesen a modern és posztmodern ember gondjának tartja. Hippokratész vázlatosan jegyzett fel egy olyan tünetegyüttest, amely akár pánikként is értelmezhető, és gyógyszerként vízzel hígított bort javasolt erre. Később többen írtak le pánikhoz hasonló tünetegyüttest. Például Rousseau önmagáról leírt tüneteire is úgy tekinthetünk, mint amelyek a pánikbetegségekre utalnak. Annyi bizonyos, hogy az első szakmai leírást Thomas Burton klasszikus munkája nyújtja a pánikról, a *Melankólia anatómiája* (1621)²:

„Ez a félelem számos kellemetlen tünetet okoz az emberben, úgymint elvörösödés, elsápadás, remegés, verejtékezés, hirtelen hideg vagy meleg az egész testben, erős szívdobogás, ájulás, szédülés stb. Ez meglepheti az embert, amikor

látják a háttérben. Szendi Gábor éppen a pánik kapcsán fogalmazza meg kifogásait, és érvel amellett, hogy a pánik életünk természetes velejárója. Ld. Szendi Gábor: *A pánik: tények és tévhitek*. Jaffa, Budapest 2009. Kearney és Silverman közös tanulmányukban a pánik nem megfelelő definíciójára és kutatás-módszertani problémáira hívja fel a figyelmet. A fiatalok körében regisztrált pániknövekedést kutatás-módszertani hiányosságok és hibák sorozatának tulajdonítják. Többek között a felnőttek esetében alkalmazott módszertan téves átvételére mutatnak rá, és a problémát *adulthood morphism*-nak nevezik. Kearney, Christopher A. – Silverman, Wendy K.: Let's not push the "panic" button: A critical analysis of panic and panic disorder in adolescents. In: *Clinical Psychology Review* 1992/3, 293–305.

² Democritus Junior [Burton, Thomas]: *The Anatomy of Melancholy, What it is: With all the Kinds, Causes, Symptoms, Prognosticks, and Several Cures of it. In Three Maine Partitions with their several Sections, Members, and Subsections. Philosophically, Medicinally, Historically, Opened and Cut Up*. Henry Cripps, Oxford 1621. Thomas Burton írói állneve: Democritus Junior.

beszélni, illetve magát megmutatni szándékozik egybegyűltek vagy fontos személyek előtt [...]”³

A Burton kórképétől eltekintve a 19. századig kevés utalást találunk hasonló panaszokra. Ezek akkor bukkantak fel újra, amikor az orvosok kezdtek nagyobb figyelmet fordítani a szívtáji panaszokra: a mellkasi fájdalomra, a bordaközi szorításra, a szapora szívverésre, a nehézkes légzésre és a fojtogató érzésre. Elsőként a német orvosok figyeltek fel arra, hogy bizonyos közösségi terekbe való belépés szorongást vált ki. Az új kórt, előbb *Platzschwindelnek*, majd Carl Friedrich Otto Westphal (1833–1890) kezdeményezésére *agorafóbiának* nevezték el, amelyet az új térhez való alkalmazkodás közben megnyilvánuló neurológiai (szemizom vagy belső fül) defektusának vagy epileptoid (epilepsziás) betegségnek tekintettek.⁴

Freud leírja a pánikroham tünetegyüttesét, amit egyszerűen az elfojtott szexuális vágy megnyilvánulásaként értékeli. Mivel a rohamot idegességi érzet előzi meg, majd a belső feszültség növekedése és végül egy vulkánkitörés-szerű feszültségkiszabadulás követ, mindez az elfojtott vágy kitöréseként értelmezhető.⁵

A 20. század első felében nem igazán foglalkoztak a pániktünetekkel, mivel a szakma a skizofréniára és depresszióra összpontosított. Ebből fakadóan a pániktüneteket a leggyakrabban atipikus skizofréniaként értelmezték. Azt viszont furcsállták, hogy az ekkor alkalmazott antipszichotikus kábítók nem hatottak az atipikusnak tekintett esetekben, míg a beszélgetések megnyugtatták a szenvedőt és a tünetek enyhülését hozták az ilyen rohamok esetén. Donald F. Klein (szül. 1928-ban) amerikai pszichiáter figyel fel arra, hogy különbség van a pánik és a szorongásos állapot között. Ezen meglátás áttörésnek számított mind a kezelésben, mind a kiváltó tényezők kutatásában. Donald F. Klein úgy vélte, hogy a lélegzetvételek rövidsége kulcstényező a pánikroham megjelenésében. A kialakulást elsősorban biológiai okokkal magyarázta, továbbá észrevette, hogy az antidepresszánsok a pánikosok esetében is hatnak.⁶ 1978-ban A. J. Goldstein és D. L. Chambless értelmezte újra az agorafóbiát, és a komplex agorafóbiás jelenséget úgy határozta meg, mint amely félelem a félelemtől, vagy félelem az esetleges pánikrohamtól.⁷

³ Idézi Dattilio, Frank M. – Salas-Auvert, Jesus A.: *Panic Disorder*. Zeig, Tucker & Co., Phoenix 2000, 5.

⁴ Hinton, Devon – Nathen, Michael – Bird, Bruce – Park, Lawrence: Panic Probes and the Identification of Panic: A Historical and Cross-Cultural Perspective. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* Vol. 26, Issue 2 (Jun 2002), (137–153) 137–138.

⁵ Freud, Sigmund.: *On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description of “Anxiety Neurosis”* (1894). In: Hinton, Devon – Nathen, Michael – Bird, Bruce – Park, Lawrence: *i. m.* 138.

⁶ Uo. 138–140.

⁷ Goldstein, A. J., Chambless, D. L.: A re-analysis of agoraphobia. In: *Behavior Therapy*, 9/1978. 47–59.

A *Mentális rendellenességek kórmeghatározó és statisztikai kézikönyve* – III. (rövidítve *DSM–III*, 1980) megjelenése⁸ némi differenciálódást hozott, de még ekkor is többnyire más (depresszió, skizofrénia stb.) betegségek súlyosságának indikátoraként tekintettek a pánikrohamra. A pszichiáterek hierarchikus betegségképekben gondolkodtak, s ezért másodlagos tünetként és többnyire a depresszió epiphenomenon velejárájának tartották. Ha már megállapították a depresszió diagnózisát, a pánikkal már nem is igen foglalkoztak. Pánikbetegségről akkor beszéltek, ha három hét alatt legalább három pánikroham jelentkezett, a pánikroham kialakulásától való félelem pedig előidézte a pánikhoz kötődő specifikus helyzetek elkerülését. A *Mentális rendellenességek kórmeghatározó és statisztikai kézikönyve* – III. revideált kiadása (*DSM–III–R*, 1987)⁹ meghatározása további differenciálódást mutatott. Ebben a pánikbetegség már nemcsak kísérőtünetként jelenik meg, hanem egyre inkább különválasztják, és külön is kezelik. A szűk időkeret (3 hét/min. 3 ismétlődés) fellazul az újabb definícióban (havonta min. 1).

Az 1990-es évek közepére a pánik kutatása a szenvedő „gondolataira és képzeleti képeire irányult”.¹⁰ A *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve* – IV. (*DSM–IV*, 1994.)¹¹ a fizikai tünetek felsorolása és a más biológiai vagy kémiai tényezők hatásának kizárása mellett a pánikrohamot átélt személy újabb roham megismétlődésétől való félelmét is fontos tényezőként látatja a pánikbetegség meghatározásában.

Diagnózis- (besorolási) -lehetőségek

Pánikrohama az emberek többségének legalább egyszer van életében, ez azonban még nem pánikbetegség. Az esetek döntő többségében egyedi élmény marad, amely nem eredményez sem viselkedésmódosulást, sem a fóbia megjelenését.¹² Ha a pánikroham egyedi élmény, esetleg csak ritkán, azaz többéni

⁸ Spitzer, Robert L. MD – Andrew E. Skodol, MD – Miriam Gibbon, MSW – Janet B.W. Williams, MSW: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM–III)*. American Psychiatric Association, New York 1981.

⁹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Revised Edition (DSM–III–R)*. American Psychiatric Association, Washington, D. C. 1987.

¹⁰ Dattilio, Frank M. – Salas-Auvert, Jesus A.: *i. m.* 3-9.

¹¹ Ld. American Psychiatric Association, American Academy of Family Physicians: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV.*, American Psychiatric Publishing, Arlington 2000. (Első kiadása: Thomas A. Widiger – Allen J. Frances – Harold Alan Pincus – Michael B. First – Ruth Ross – Wendy Davis (ed.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, D.C. 1994.)

¹² Szendi Gábor a következőképpen definiálja a pánikrohamot: „A pánikroham úgy határozható meg mint az extrém félelemnek vagy diszkomfortnak jól körülírható periódusa, amely hirtelen alakul ki, a tünetek intenzitását tekintve csúcspontját 10 percen belül eléri, és ezen időtartam alatt legalább négy jellemző tünet megjelenik: (1.) heves szívdobogás, szapora szívverés, (2.) izzadás, (3.) remegés vagy reszketés, (4.) fulladás- vagy légszomj-érzés, (5.) fuldoklás(torokgombóc-érzés), (6.) mellkasi fájdalom vagy diszkomfort, (7.) hányinger vagy hasi

kimaradással jelentkeznek, és nem alakul ki jelentősebb magatartás-módosulás, *küszöb alatti pánikkal* van dolgunk. Ezek az esetek rendszerint nem kerülnek terapeuták vagy lelkipáterek elé.

A *DSM-IV* szerint akkor beszélhetünk *pánikbetegségről*, ha a személy viselkedése legalább egy hónapon át diszfunkcionálissá válik a váratlanul jelentkező pánikrohamok miatt. A roham következtében az egyén vagy az újabb roham megjelenésétől, vagy a rohamok következményeitől fél. Mindkét esetben jelentős magatartásváltozás figyelhető meg a rohamokkal kapcsolatban.¹³

Az esetek harmadánál agorafóbia társul a pánikbetegséghez. Az agorafóbia esetén a beteg minden olyan helyzettől fél, amiből nem tudna kimenekülni, vagy ahol szükség esetén nem kaphat segítséget. Nem bírják a szűk, illetve túlszűrt tereket, vagy az egyszerű és apró terektől is félnek, mint például a lifttől és a metrótól. Agorafóbiás szorongás jelenhet meg váratlan pánikroham vagy pánikszerű tünetek esetében, például olyan helyeken, illetve helyzetekben, ahonnan nehezen lehet menekülni, vagy nincs kilátás a segítségre. Ezek leggyakrabban az egyedüllet idején jelentkeznek, amikor a beteg távol van a biztonságos otthontól, tömegben vagy sorban áll, liftben tartózkodik, vagy buszon, vonaton, repülőn utazik.

A magában küszködő beteg legtöbbször attól is retteg, hogy valaki észreveszi szorongását környezetében, és ezáltal nevetségessé válik.¹⁴ Ilyenkor elég egy mosoly vagy egy nem hallott mondat, netán nevetgélés, s mivel nem tudja okukat, máris „a rajtam vigadnak” vagy „valami nevetségés lehet rajtam”, illetve ezekhez hasonló asszociációk fogalmazódnak meg benne. Az ilyen asszociációk a visszatérő pánikrohamok megjelenése utáni évben jelentkeznek. A statisztikák azt mutatják, hogy az agorafóbiás pánik jóval ritkábban jelentkezik a beteg számára ismerős személyek körében.

A kognitív viselkedésterápia elmélete szerint úgy alakul ki agorafóbia, hogy a pánikbetegek, mivel emlékeznek minden olyan helyre, ahol valaha is pánikrohamot éltek át, kerülni kezdik ezeket a helyeket, és ennek következtében szorongásuk is csökken. Így egyre inkább a szorongásmentes helyekre korlátozzák jelenlétüket. Eszerint az agorafóbia egy tanulási folyamat eredménye, amelyben a kognitív tényezők játszanak fontos szerepet.¹⁵

diszkomfort, (8.) szédülés, bizonytalanság vagy ájulás-érzés, (9.) derealisatio vagy depersonalisatio, (10.) megőrléstől vagy az önkontroll elvesztésétől való félelem, (11.) halálfélelem, (12.) paresthesiák (zsibbadás, érzéketlenség, bizsergés), (13.) hidegrázás vagy kipirulás, hevülés.” Szendi Gábor: *Pánikbetegség: a probléma közel sincs megoldva*. In: *Praxis*, 9 évf. (2000/10), 13–17.

¹³ Ld. Comer, J. Ronald: *A lélek betegségei – Pszichopatológia*. Osiris, Budapest 2000, 190. Szendi azt is hangsúlyozza, hogy a betegség fontos jellemzője a váratlanság, a roham kiváltódása nem hozható összefüggésbe kémiai szerek használatával, szomatikus vagy más mentális betegségekkel. Szendi Gábor: *Pánikbetegség: a probléma közel sincs megoldva*, 13–17.

¹⁴ Atkinson – Hilgard – Smith, Edward E. – Nolen-Hoeksema, Susan – Fredrickson, Barbara L. – Loftus, Geoffrey R.: *Pszichológia*. Ford. Boross Ottilia, Gábris Krisztián, Nády Rozália Eszter, Nábrády Mária. Harmadik kiadás. Osiris Kiadó, Budapest 2005, 568.

¹⁵ Atkinson – Hilgard et alii: *i. m.* 569–570.

Noha az agorafóbia tünetei leginkább a húszéves kor felett jelentkeznek, feltételezhető, hogy az a személy, akiknél ez kialakul, már gyermekkorban rendelkezik egy úgynevezett *agorafóbiás predispozícióval*. Később latens félelme van olyan helyzetekben, amelyek kisgyermekkorban veszélyt jelenthettek számára, de nem jelentenek veszélyt egy felnőtt számára. Sebezhetősége érzésének fokozódásával az otthoni biztonságos zónája egyre jobban beszűkül, s ezért egy segítő személyhez fordul. Lehet, éppen lelkészével osztja meg gondját, de az sem ritka, hogy több szakembert is felkeres. Az általam megismert esetek döntő többségében én már a sokadik voltam. Rendszerint az agorafóbiás pánikosok azok, akik kerülni kezdik a templomot vagy más, korábban látogatott gyülekezeti alkalmakat.

Ha az agorafóbiások nyilvános helyen élnek át pánikrohamot, akkor a *pánikzavar agorafóbiával* diagnózisról beszélünk. Az agorafóbia nélküli pánikrohamok megnevezése: *pánikzavar agorafóbia nélkül*. A pánikrohamok nélküli agorafóbiát pedig *agorafóbia pánikzavar nélkül* leírással illetik.¹⁶ Bármelyikről van szó, ismétlődés esetén a szenvedő nagy gondot fordít önkontrollja és kompetencia-ézésének megerősítésére. Legtöbbször hamar rájön, hogy azok elég ingatagok, és megrendül az az elvárása, hogy önmagában, azaz másoktól függetlenül is tud cselekedni. Ennek következtében egyre nagyobb mértékben támaszkodik a segítő személyre vagy személyekre. Aaron T. Beck szerint a fokozódó gátlások, az ugyancsak fokozódó negatív önértékelések és ebből fakadóan az alárendelő tendenciája a következőket váltják ki:

„[...] aláássák a páciens önbizalmát, és ez odavezet, hogy kapcsolatai kiegyensúlyozatlanná válnak, alkalmatlanságérzése tovább erősödik, és végül kialakul az érzés, hogy csapdába esett, és mások uralják.”¹⁷

Szükséges megemlítenünk a *szociális fóbiát* is, ugyanis ezt gyakran összetévesztik a pánikbetegséggel, illetve a fóbiást elkerülő viselkedés miatt az agorafóbiával. Fontos kritérium, hogy a szociális fóbiában szenvedő személy a szociális helyzetekben szorong, tehát akkor, amikor a figyelem középpontjába kerül, vagy ha úgy érzi, figyelik (evés, szereplés vagy pusztán mások előtt való megjelenés). A szociális fóbiában szenvedők irtózhatnak azoktól a helyzetektől, amelyekben mások megítélhetik őket. A baj többnyire serdülőkorban kezdődik. Gyakran valami korábbi negatív tapasztalat áll fóbiájuk hátterében, mint például leégés, lefagyás, nevetségessé válás mások előtt vagy esetleg hozzá közel álló emberek hasonló tapasztalatai. Nem ritka, hogy egyben nagyon alacsony önértékeléssel bírnak.

Ha a szociális fóbiát a korábban leírt pánikbetegségtől és agorafóbiától szeretnénk elhatárolni, elmondhatjuk, hogy míg a pánikbeteg a mások előtt rátörő roham gondolatától vagy a meghalástól, önkontrollvesztéstől, megőrüléstől, az agorafóbiás a menekülési lehetőségek, illetve a segítség korlátozottsága miatt

¹⁶ Comer, J. Ronald: *i. m.* 191.

¹⁷ Aaron T. Beck – Gary Emery: *i. m.* 110–120.

szorong, addig a szociális fóbiában szenvedő egyén a mások előtti megjelenéstől retteg.¹⁸

Meg kell említenünk még a generalizált szorongást is, hiszen tünetegyüttesében közel áll a pánikbetegséghez, illetve pontosabban a pánikrohamhoz, viszont nem meríti ki a pánikroham definícióját, mivel kialakulásuk nem olyan hirtelen történik, a tünetek nem annyira intenzívek, és lecsengésük is lassúbb. D. H. Barlow és munkatársai arra a következtetésre jutottak, hogy a generalizált szorongással küzdők 83%-a már átélt egy vagy több pánikrohamot. R. D. Goodwin és S. P. Hamilton pedig megállapították, hogy a pánikrohamot átélt személyek hétszer inkább hajlamosak a generalizált szorongás kialakítására. Viszont a pánikroham mégis különbözik a generalizált szorongástól. Míg a pánikbeteg fél egy újabb rohamtól, a generalizált szorongó aggodalmai abból támadnak, hogy ő magára vagy másokra leselkedhet valamilyen veszély.¹⁹ Az előbbiben az affektív és kognitív tünetek intenzívebbek, és az egyén olyan tüneteket is tapasztal, mint amilyen a derealizáció²⁰ és deperszonalizáció²¹. A generalizált szorongót általában egy állandó és hosszan tartó, a mindennapi dolgokra vonatkozó aggodalom tölti el.

Az agorafóbiás pánikbetegséghez rendszerint depresszió is társul. Ez első sorban azzal magyarázható, hogy a beteg egyre inkább kerül a pánikhelyeket, és ezért mind jobban beszorul a „biztonságot nyújtó otthon” védelmébe, ez pedig elszigetelődéssel és az élet átértékelődésével jár együtt, és nem egy esetben depresszióval is. Legtöbbször azonban nem lehet pontosan megállapítani, hogy melyik jelentkezett először: a depresszió vagy a pánik. A kutatások szerint az agorafóbiás pánikbetegséghez rendkívül gyakran társul depresszió, míg más kategóriák esetében nagyon ritkán. A második legmagasabb arányt a küszöb alatti pánik esetében mérték, ahol ettől függetlenül magas volt az öngyilkossági késztetések aránya is.²²

¹⁸ Szendi Gábor: *i. m.* 13–17. és Atkinson – Hilgard et alii: *i. m.* 571.

¹⁹ Goodwin, R. D. – Hamilton, S. P.: Early-Onset Fearful Panic Attack: A Possible Prodrome of Early-Onset Severe Psychopathology. In: *Comprehensive Psychiatry*, 2002/43, 22–27. Barlow, D. H. – Vermilyea, J. A. – Blanchard, E. B. – Vermilyea, B. B. – Di Nardo, P. A. – Cerny, J. A.: The Phenomenon of Panic. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 1985/94, 320–328. Szendi Gábor: *Pánikbetegség: a probléma közel sincs megoldva*, 13–17.

²⁰ A derealizáció a realitás elvesztésének érzése; elidegenülés a valóságtól.

²¹ A deperszonalizáció pszichológiai fogalom. Ez a saját személyiségre vonatkozó tudat zavarára, egyes testrészek idegennek érzése. Az ilyen tudatzavar azt az érzetet kelti a betegben, hogy kívülálló megfigyelője saját életének.

²² Skapinakis, P. – Lewis, G. – Davies, S. – Brugha, T. – Prince, M. – Singleton, N.: Panic Disorder and Subthreshold Panic in the UK General Population: Epidemiology, Comorbidity and Functional Limitation. In: *European Psychiatry*, Vol. 26, Issue 6 (September 2011), 354–362. Grant, B. F. – Hasin, D. S. – Stinson, F. S. – Dawson, D. A. – Goldstein, R. B. – Smith, S. et alii: The Epidemiology of DSM-IV Panic Disorder and Agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006/67, 363–374.

Pszichiátriai és pszihoterápiás segítség

Kelet-Európában az elsődleges segítség rendszerint a gyógyszeres kezelés. Ennek klasszikus útja a családorvos-pszichiáter vonalon mozog. A gyógyszerek antidepresszánsok, amelyeknek egy része képes enyhíteni a pánikzavar tüneteit, éspedig oly módon, hogy a szerotoninrendszerre²³ hatnak, és helyreállítják a norepinefrin működését.²⁴ Fontos tudni, hogy ezek a gyógyszerek a kezelés első napjaiban néha átmenetileg még rontják is a beteg állapotát, mivel meggátolják a szerotonin felszívódását a sejtekbe, tehát több szerotonin marad szabadon, és ez a szer a szokottnál is jobban izgatja a pánikbetegek receptorait. Legtöbbször húsz-negyven nap elteltével érzékelhető javulás.²⁵

A tapasztalatok azt mutatják, hogy pusztán gyógyszerrel kevés esetben érhető el gyógyulás, mivel a rögzült elkerülő viselkedések nem tűnnek el a gyógyszer hatására, s így leggyakrabban együttesen használják a gyógyszeres és terápiás gyógyítást.²⁶

A pszichoterápiás módszerek közül a kognitív terápia a legelfogadottabb. A segítő találkozások során a pánikrohamért felelős téves testiállapot-értelmezést igyekeznek helyreigazítani. A terapeuták megtanítják a beteget arra, hogy a roham egy korai stádiumában állítsa le a pánikrohamhoz vezető eseményláncolatot.

Egy másik terápiás módszer a viselkedésterápia, amely segít a betegnek a félt helyzeteket újra és újra átélni, és egy begyakorolt légzéstechnikát és relaxációt alkalmazva próbálja megtanítani a rátörő pánikon való uralkodást. Ez fokról fokra hántja le a pánikroham alatt keletkező félelmek irracionálisát, gondolati hibáit, és ezeket ésszerű következtetésekkel helyettesíti. A terápia fontos része, hogy a légzéstechnikát mindennap gyakorolni kell. Mivel a pánikroham során jelentkező tünetek nagy részét az okozza, hogy a vérben felhalmozódik az oxigén, és így lecsökken a szén-dioxid mennyisége a roham során kialakuló hiperventilláció²⁷ következtében, és a testben átmeneti érszűkületek képződnek. Ha viszont légzéstechnikával lelassítják a légzést, ez helyreállítja az oxigén és

²³ A szerotoninnal kapcsolatos tudásunk meglehetősen hiányos, de úgy tűnik, hogy ezt a központi idegrendszer szerotonerg neuronjai és a gyomor-bél rendszer enterokromaffin sejtjei állítják elő. Fontos szerepet játszik a testhőmérséklet, hangulat, hányinger, szexualitás, alvás és étvágy szabályozásában. Az alacsony szerotoninszint minden bizonnyal közrejátszik a depresszió, a migrén, a fülzúgás, valamint az idegi zavarok kialakulásában.

²⁴ A norepinefrin vagy noradrenalin a pozitív izgalmi állapotért felelős hormon és neurotranszmitter. Az adrenalinnál sokkal erősebben szűkíti az ereket, közvetlenül emeli a szívfrekvenciát, glükózt szabadít fel az energiaraktárakból, és növeli az izomtónust. Továbbá hatására az erek összeszűkülnek a pupillában és a bőrben, a vérnyomás és a vércukorszint pedig emelkedik. Stresszhormonként az agynak a figyelmet és a válaszreakciókat ellenőrző részére van hatással (pl. „üss vagy fuss”-reakció). Ld. Morschitzky, Hans: *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Springer, Wien 2009, 232–233.

²⁵ Comer, J. Ronald: *i. m.* 192–193.

²⁶ Uo. 194.

²⁷ A *hiperventilláció* vagy *túllégzés* leggyakrabban lelki, pszichés okokból alakul ki, és gyakori a hisztériások, illetve pánikbetegségben szenvedők körében.

szén-dioxid arányát. Ezt először nyugalomban, majd járás közben és végül azon a helyen kell gyakorolni, amelyhez félelem kapcsolódik.²⁸

Amit a lelkigondozó tehet

Korábban már említettem, hogy eddig kilenc pánikos beteget kísértem lelkigondozóként hosszabb-rövidebb ideig. Ezek közül háromról gyülekezeti családlátogatások alkalmával szereztem tudomást, a többi esetben vagy mint ismerőst kerestek meg (2 esetben), vagy egy számukra bizalmas személy bátorítására jöttek el (4 esetben). Az utóbbiak, egy kivételével, már az első találkozásban bevállalták a megkeresés okát. Itt fontosnak látom megjegyezni, hogy ezek a megkeresések nem gyülekezet-lelkész kapcsolatban történtek, noha mint lelkészt kerestek meg. Az esetek több mint felében (5), mielőtt hozzám fordultak, lelkészükkel is megosztották a gondjukat. Hárman konkrét segítséget kértek, egyikük pedig a „rendszeres, évi családlátogatás” alkalmával fordult hozzám betegségével. A beszámolók szerint több esetben *bagatellizálás* volt a reakció (vagy legalábbis ezt érzékelték a beszámolóalanyok), és ilyen válaszokat kaptak: „Magát a templomban senki nem bántja, nincs, mitől féljen.” „Ha az orvosok azt mondták, hogy nincs gond, akkor nem lehet semmi.” „Jöjjön a templomba, ott majd megnyugszik.” „Mindenkinek vannak félelmei, Isten majd elveszi.” Stb. Úgy gondolom, hogy ez a bagatellizáló reakció tájékozatlanságból fakad. Talán abból a téves vélekedésből, hogy a pánik közönséges félelem, ami kognitívan kontrollálható, holott, éppen ez az, ami pánik esetén nem működik. A bagatellizálás rendszerint összezavarja a beteget, vagy azt az érzést kelti benne, hogy nem veszik komolyan őt.

Mit is mondhat a lelkigondozó egy pánikos beszámoló esetében? Hogyan reagáljon? A lelkigondozás általános szabályai itt is érvényesek. Tartózkodjunk a túl korai tanácsadástól. Közeledjünk őszinte alázattal a másik felé, például így: *Lehet, hogy mást nem tehetek érted, de itt vagyok, hogy meghallgassalak. Nincs bejártott módszerem, a nadrárgzsebből előbúzható ígés cetlim vagy idézhető ígetáram bizonyos gondokra. Azt azonban megtehetem, hogy figyelek rád és arra, amit mondani akarsz.* Tartózkodjunk attól, hogy a pánik irracionálisára mutassunk, ezt rendszerint ő maga is tudja. A pánik vagy a hozzá kötődő fóbiák során jelentkező gondolati asszociációk megkérdőjelezésével és irracionálisuk kiemelésével a segített személyt tesszük nevetségessé, és aláássuk amúgy is megrendült önbizalmát.

Az egzisztenciális megtapasztalásból fakadó kérdéseket engedjük kibontakozni, megfogalmazódni, és kérdésekkel segítsük ezeket, de ne transzponáljuk azokat a hit területére. Ha ez a hit területét is érinti, valószínű, hogy majd ő maga fogja elmondani ezt. Ha pedig megosztja kételyeit, elbizonytalanodását, tartózkodjunk a dogmatizálástól. Olyan veszély ez, amely akadálya lehet a segítségnek, hiszen ebből fakadva születnek az ilyen segítő(?) mondatok: „Nem kell

²⁸ Kiss Noémi: „*Polip a szűzben*”. II. *A pánikbetegség*. <http://www.vital.hu/themes/psyc/panik2.htm> (2013. nov. 5.)

félni: a teljes szeretet kiűzi a félelmet.” Vagy: „Bízza magát Istenre! Ne adja fel a reményt!”

A dogmatizálás főként akkor jelent nagy veszélyt, ha a beszélgetés a hit területét is érinti, vagy a létérzésnek olyan megosztása történik, amelyet a lelkigondozó a hit kríziseként értelmez. Ez rendszerint abból a téves alaptételből táplálkozik, miszerint „nekünk minden ellenére hinnünk kell”, és nem számol a hit elgyengülésének lehetőségével, vagy azt csak rövid ideig tartó, átmeneti jellegűnek tudja elfogadni. Ahogyan a hit születése is lehet éveken át tartó folyamat, úgy a megrendülés-megerősödés is eltarthat évekig.

Az istenkép kérdése

Mielőtt az istenkép kérdésében elmélyülnék, egy pánikos lelkigondozói beszélgetés vázlatos jegyzőkönyvét közlöm. Ez tipikusnak tekinthető a pánikos személy istenképtorzulása szempontjából.

Fiatal, húszas évei második felében járó fiatalember. Ismétlődő pánikrohamai következtében orvosi kivizsgálásra jelentkezett. E kivizsgálások során kizárták a rohamok szervi eredetét. Orvosa tanácsára lelkigondozóhoz fordult. Telefonon egyeztettünk időpontot a találkozásra. A telefonos megkeresésben mindössze annyit árult el, hogy mint szakemberrel szeretne beszélgetni velem. Némi kíváncsisággal néztem a találkozás elé. Nem igazán tudtam, hogy a szakmaiság éppen melyik szeletére gondolhat. Néhány hónappal korábban egy továbbképzési programon ismerkedtünk meg. A továbbképzés szüneteiben többször is beszélgettünk a hit kérdéseiről, és megosztott több részletet saját, illetve családja történetéből. Azóta nem találkoztunk, így nem tudom, hogy miként alakult élete. Az újabb találkozásra és a segítői beszélgetésre a lelkészi irodában került sor. Érkezése után szinte azonnal rátért a segítségkérés miéértének tisztázására:

– Azért kerestelek meg, mert egy szakember segítségére van szükségem.

Kíváncsian várom, hogy vajon mire gondolhat.

– Tudod, hogy a nyáron felvételiztem a [...] -ba.²⁹

– Igen, mesélted telefonon.

– Aznap reggel valami furcsa történt velem. Máskor is izgultam, de így még soha életemben. Azt hiszem a vércukorszintem nagyon lecsökkent, mert majdnem elájultam. Kirázott a hideg, majd reszketés fogott el. A fogaim vacogtak. A kollégák vizet akartak itatni velem, de annyira reszkettem, hogy nem tudtam meginni. Leültettek a földre, mert nem volt semmi a folyóson, ahol várakoznunk kellett.

Néhány másodpercig hallgat. Időt adok neki, ő pedig folytatja:

– Nehéz erről beszélni. Soha ilyet nem éltem át. Szégyelltem magam... A többiek úgy néztek rám, mintha egy hisztis tinilány lennék, aki magára akarja vonni a figyelmet, s ezért ájulást szimulál... Úgy éreztem ott magam, mint egy

²⁹ Szakmai szervezet, amelyet a lelkigondozott identitásának megvédése érdekében nem közlök.

őrült, aki nem tud uralkodni magán. Nem találtam a helyem, mintha kiléptem volna a testemből, de mégis benne lennék..., és a testem játszadozik velem... Nehéz leírni azt, amit éreztem.

– Értem...

– Az volt bennem, hogy ha ezt nem fogom túlélni... Lényeg, ami a lényeg – mondja szaggatottan – lassan megszűnt. Magamhoz tértem. Levizsgáztam, és még sikerült is. Aztán két héttel később újra rám tört... Otthon voltam, semmi különös nem történt, és egyszer csak letepert. Azt sem tudom, hány órát ülhettem így. Rettenetes volt. Aztán utána még kétszer előjött. Persze a család nyomására orvoshoz mentem. Szinte kinevettek, hogy ilyen fiatalember, mint én, rosszulétre panaszkodik. Letudták azzal, hogy megerőltettem magam a sok tanulással. Vitaminokat adtak, és azt mondták, hogy pszichiátriára küldenek, ha még lesznek további rohamaim. Vannak. A családom kezd kétségbeesni. Piszkálnak, orvoshoz küldenek... Egyik orvos azt mondta, hogy keressek lelkipáterrel. Nem értem, hogy mi történik. Jó eredménnyel végeztem az egyetemem. A tanáraink úgy tekintenek rám, mint aki sikeres lesz a szakmában. Egyikük doktoriális lehetőséget kínált fel. Sportolok. Jó a fizikumom. Az emeleten is minden rendben van, azt hiszem... – mondja nevetve –, vagy legalábbis eddig... Most meg... Nem tudom elfelejteni azt a... Reszkettem..., nem kaptam levegőt.

– Értem... – jelzem, hogy figyelek rá –, most mi van?

– Ugyanaz. Időnként előjön. Volt, hogy egy héten kétszer is, máskor pedig hetekig semmi. Ha hiszed, ha nem, halálfélelmeim vannak. Utánaolvastam a neten. Pánikbeteg vagyok, s azt hiszem agorafóbiás is. De ebben nem vagyok biztos.

– Igen, lehet, de erről inkább később beszéljünk. Én arra vagyok kíváncsi, hogy mit élsz meg, mi van benned mostanság?

– Félek felébredni, félek elaludni, félek az élettől... – majd némi indulattal mondja: Istenre meg haragszom, hogy miért nem veszi el. Imádkozom, mert érzem, hogy más nincs, aki segítsen, de nehéz hinni... Nem is hiszek..., a hitem elhagyott.

Rám néz... reakciót vár.

– Ezt hogy érted?

– Olyan változó bennem ez a kérdés. Van, amikor kétségbeesetten imádkozom. Volt úgy, hogy a pánikroham idején egyszercsak beugrott, hogy imádkozz, kiálts... Megtettem, és rövid időn belül enyhült. De amikor utólag visszagondolok erre, megijedek. Milyen Isten az, aki ezt a mélységet járhatja meg velem?

– Úgy gondolod, hogy Isten járhat téged ebben?

– Hát nem? Nekem ezt tanították. A rosszat is el kell fogadni, ha egyszer Isten így akarta. Mert mi van az ő akaratán kívül?

Rám néz választ várva.

– Jó kérdés. Én úgy gondolom, hogy nem minden az ő akaratára, ami velünk történik.

Közben azon gondolkozom, hogy vajon ugorjunk-e fejest a „megengedő akarat” és a „tényleges akarat” témakörébe, vagy inkább később, egy további találkozásban? Nem tudom eldönteni.

– Ezt én soha eddig így nem hallottam. Hogy nem minden az ő akarata? Lehet, hogy az én rohamaim... Hm...

Megdöbbenve néz maga elé.

– Én úgy gondolom, hogy nem. Más kérdés az, hogy megengedte ezt. De erről talán egy következő találkozásakor beszélgethetünk.

Arra gondolok, hogy jobb, ha most egy kérdéssel megy tovább, mintha kész választ adnék.

– Inkább mesélj arról, hogy mi volt benned, körülötted az első pánikrohamod előtti időszakban.

A továbbiakban erről oszt meg részleteket. Az is kiderül, hogy a vizsgái miatt folytonos stresszben élt az utóbbi hónapokban. Napi 17–18 órát töltött el aktív tanulással. Továbbá mesél diszfunkcionálissá váló életéről is. A találkozás második részében többnyire erre összpontosít.

Az első találkozást több másik lelkigondozói beszélgetés követi. Kapcsolati problémák is előkerülnek. Kiderül, hogy a szakmai továbblépéséért folytatott harcot, és emellett társkapcsolati válságot él át, amiről a kívülállók semmit nem tudnak. Családtagjai és barátai előtt nem akarnak beszélni erről. A lelkigondozói találkozások egyre inkább a társkapcsolati gondokra irányulnak. A rohamok fokozatosan kimaradnak. Fél évvel az első beszélgetés után teljesen kimaradnak, és azt követően két évig (amíg lelkigondozói találkozásaink tartottak) teljesen szünetelnek. A társkapcsolati kérdések mellett a megrendült hit volt beszélgetéseink állandó témája.

A fenti beszélgetésben előjövő istenképproblémát több pánikos esetében is tapasztaltam. A jelen „balsors” nem véletlen, azt Isten büntetése vagy haragja váltja ki. Ilyen haragvó, bosszúálló istenkép áll sok ilyen mondat mögött: „A rosszat is el kell fogadni, ha egyszer Isten így akarta. Mert mi van az ő akaratán kívül?” A pánikos lelkigondozások során rendszerint megjelenik a démonikus Isten elleni lázadás is, aki büntető, passzív szemlélő stb.: „Istenre meg haragszom, hogy mért nem veszi el [ti. a rohamot]. Imádkozom, mert érzem, hogy más nincs, aki segítsen, de hinni nehéz... Nem is hiszek... a hitem elhagyott.” Vagy: „Milyen Isten az, aki ezt a mélységet járhatja meg velem?”

Pánikos eseteimben rendszerint vagy egy passzív, a lelátó távoli, felső sorai-ból a küzdőterre csak le-lenéző Isten képével találkoztam, vagy egy „keménykezü” bíró Istennel. De említhetnék egy könyvelő istenképet is, ahol Isten a jó és rossz cselekedetek nagy számontartója. Illetve egy halált hozó Isten képét is, ahol a roham egyik kényszerképzete ez volt: „Isten most hozza el a halált.” Ez elsősorban a roham idején, de bármikor bekövetkezhet, mivel Isten rendelkezik élet és halál felett, és egy-egy roham arra szolgál, hogy figyelmeztesse a szenvedőt, hogy „mennie kell”. Az élet pedig a „kikönyörgött halasztásnak” tudható be.

Ilyen és hasonló esetekben mélyen rögzült istenképtorzulással van dolgunk. A sokszor évtizedek óta rögzült téves képzeteket pedig nehéz megváltoztatni.

Mit tehetünk, ha torz istenképpel találkozunk? Nem kell már az első alkalommal lecsapni és kiigazítani a teológiai eltévelyedést. Az egyén Istenről kialakított képe érzelmekkel átszőtt tapasztalatokból, ismeretekből tevődik össze. Ez a belső kép meghatározza az Istennel való kapcsolatot, és mélyen befolyásolja a hitmegélést, valamint a krízishelyzetek megélését, a megküzdést és az önértékelést.

„Az emberek – köztük bizony mi is – Istent gyakran úgy élik meg, mint valami gyötrő szellemet vagy kicsinyes könyvelőt, önkényes zsarnokot vagy könyörtelen bírót Istent. Ilyenkor többnyire a gyermekorból származó, az étellel és a szeretettel kapcsolatos – alapvetően negatív – tapasztalatok rejlenek a háttérben, amelyek a szülők negatívan megélt személyiségjegyeinek Istenre való vetítései. Ilyen módon a keresztyén örömhír »rémhírré« formálódik, és démoni istenképekkel jellemzett hiedelmekké torzul. Sokszor lényeges különbség van aközött, amit Istenről tudatosan mondunk, vallunk, és ahogyan őt konkrétan megéljük. Szerető Istenről beszélhetek, de közben nem tudatosan olyan »Istennel« van dolgom, aki például elvárja, hogy minden percemet kihasználva szüntelenül dolgozzak, sőt tökéletes munkát végezzek, és állandóan szemrehányást tesz nekem, ha szeretnék kikapcsolódni.”³⁰

Rendszerint sokkal mélyebben gyökerezett istenképtorzulással van dolgunk, semmint azt egyetlen beszélgetés megoldhatná, hiszen az istenképek gyakran még a korai gyermekkorban alakulnak ki, ahol nagy szerep jutott a szülői attitűdöknek. Teret kell engedni ennek, és számolni kell azzal, hogy a feltárás lehet akár hosszan tartó folyamat, és még hosszabb folyamat a tudatosítás és az átállás.

Az embert uraló istenkép(ek) megismerése nem lehet elhamarkodott, mivel számos tudattalan motivációt is figyelembe kell vennünk. Itt fontos magunkban megerősíteni, hogy a biblikus megközelítés a változni képes ember lehetőségeire összpontosít a feltárás mellett.

Az istenkép-asszociációk mint az életet támogató vagy akadályozó minták „meghatározzák az érzéseket, a gondolkodást és a cselekvést is”. Szorosan összefüggenek például az ősbizalommal, a kötődni tudás képességével és az önálló életképességgel (autonómia), amelyek még az 5. életév előtt kialakulnak. Ezek hiányának következményeként pedig

„[...] kialakulhat az étellel és önmagunkkal szembeni alapvető bizalmatlanság, kétségbeesés, masszív fásultság és lelki bénultság, azaz olyan démonok, melyek

³⁰ Tózsér Endre: *Karl Frielingsdorf istenképekről szóló könyvének ismertetése*. <http://www.piarista.hu/hirek/karl-frielingsdorf-istenk%C3%A9pekr%C5%91l-sz%C3%B3l%C3%B3-k%C3%B6nyv%C3%A9nek-ismertet%C3%A9se> (2014. nov. 15.)

később párkapcsolati és munkahelyi kudarcokhoz, s végső soron akár öngyilkossághoz is vezethetnek.”³¹

A démonikus istenképek lélek feletti hatalma pedig rendszerint rejtetten mutatkozik, és csak hosszú idő után jön felszínre.

A torzult istenképre történő rámutatás adott esetben megijesztheti az azzal szembesülő beteget, és ellenállást válthat ki belőle. Nem mindig van hajlandóság arra, hogy feladja a sokszor bibliai igeversekkel alátámasztott, de mégis démoni belső istenképet. A szembesülés azért is lehet nehéz, mivel

„[...] a tudatlan istenkép soha nem egyezik teljesen a tudattal, gyakran akár ellentétesek is egymással.”³²

A fokozatos tudatosítás elősegítheti az elfogadást, és nagyobb hajlandósággal fog dolgozni akkor, ha az istenkép egy-egy szeletével találkozik, és nem kell túl nagy falattal megbirkóznia. A valódi Istennek tartott démonikus képek feltárása gyakran csak a bonyolult családi szálak, szülői modellek feltárása által válik némi képp érthetővé. A torz kép olykor az emlékezést megelőző történetekben, az első életévek megtapasztalásaiban gyökerezik, vagy generációkon átívelő modellekben.

A téves asszociációkkal való szembesülés lehet felemelő is. Többen örülnek a felfedezett torzulásnak, hiszen sok addig érthetetlen szál, esemény, megta-

³¹ Ld. Hojdák Gergely: „Ahogy beteggé tesznek – és ahogy gyógyítanak”. In: *A Szív . Léleki-ségi és kulturális folyóirat*, 2011. április. <http://old.asziv.hu/?newart=9&newmag=11&show=arch> (2014. nov. 15.) Hojdák Gergely ismerteti a Frielingsdorf által azonosított leggyakoribb torz istenképeket (Frielingsdorf, Karl: *Istenképek. Ahogy beteggé tesznek – és ahogy gyógyítanak*. Szent István Társulat, Budapest 2007.):

„A) *A büntető Bíró-isten (Richtergott)*, aki minden hibát szívtelenül megtorol. Gyakran pl. a fogyasztósságot mint Isten büntetését értelmezik korábbi vétkeik miatt. Negatív következménye, hogy az ember önbüntetéssel próbálja kiengesztelni a mindig haragos Istent. Másik módja, hogy kivonja magát a büntetés alól, mintegy lefokozza Istent egy veszélytelen ‘nagyapa-istenképpé’. Harmadik formája ennek az istenképnek az önkényes, kiszámíthatatlan Apa-isten, akivel szemben csak meghunyászkodni lehet.

B) *A démoni Halál-isten (Todesgott)*. Nem életet, hanem halált hoz. Egyeseknél ez úgy jelenik meg, hogy nem kívánt gyermeknek tartják magukat, sem szüleik, sem Isten nem akarta őket, véletlenül vannak. Ezt már a magzat átveszi alaphangulatként. Később a perfekcionizmussal próbál az ember kimenekülni ebből a nyomasztó alapállapotból: ha tökéletesként tudok élni, több esélyem van a túlélésre.

C) *A Könyvelő-isten (Buchhaltergott)*. Szívtelen démon, Robot-isten, akit csak a tettek pusztja mérlege érdekel. Jelen van a félelem a végidők ítéletétől, ahol kinyílik a nagy könyv és az örök bíró kinyilvánítja mindenki vétkeit. Mindez gyakran téves erkölcsi nevelés következménye, amelynek alapja az volt, hogy „Isten szeme mindent lát...” Gyakran vezet aggályossághoz.

D) *A Teljesítmény-isten (Leistunggott)*. Gyakran túlzásokban jelenik meg, amikor a tevékenység és a munka általi megváltásra buzdít a kísértés. A mai, teljesítményre orientált világban ez nagyon gyakori, ahol a gyermek és az idős, beteg ember teher, mert az egyik még nem, a másik már nem produktív. Ez az istenkép az értéktelenség és az alacsonyrendűség érzésében jelenik meg. Az ember Isten szemében sem tudja magát értékelni: szemétnek, sejtétnek tartja önmagát.”

Hojdák Gergely: *i. m.* <http://old.asziv.hu/?newart=9&newmag=11&show=arch> (2014. nov. 15.)

³² Uo.

pasztalás, hitkérdés, lelki folyamat érthetővé válhat. Korábbi megtapasztalások tűnnek fel más fényben, sőt a teljes hitélet is átértékelődhet.

A lelkigondozó a torz istenkép feltárása és tudatosítása mellett a generációk fölött is átívelő rossz láncolatának a megszakítására törekszik. Hogyan teheti ezt?

„A válasz nem éppen »habkönnyű« (mint ahogy Jézus válasza sem volt az – vö. Mt 17,21). Az istenképek »átírása« kemény lelki munka, nem kevés megpróbáltatás, melyben a szerető-támogató környezetre, az Egyház szó szoros értelmében vett lelki pasztorációjára hárul a legnagyobb felelősség.”³³

Lelkigondozói beszélgetésekben fontos annak felmutatása, hogy lehet találkozni az irgalmas és szerető Istennel, a berögzült teljesítménydémon helyett a Jó Pásztorral, a gyilkolni kész Isten helyett az életet akaró és támogató Istennel. Mint azt már kiemeltem, a hamis (nem biblikus) istenkép leépítése nem egyszeri alkalommal történik meg, és nem lehet elhamarkodott. A lelkigondozás során fontos annak hangsúlyozása, hogy Isten elfogadja az embert. Már sokan rámutattak a bibliai elbeszélések istenképet alakító szerepére. Bátran hivatkozhatunk ezen elbeszélésekre.

A lelkigondozás során, különösen akkor, ha a pánikrohamok nem maradnak ki, sőt ritkulás sem tapasztalható, számolni lehet egyfajta elerőtlenedéssel, reményvesztéssel. Mivel nagyon sok bibliai történet beszél arról, hogy Isten az erőtlenség mellé áll, és támogatja őket, bátran hivatkozhatunk ezekre. Azonban vigyázzunk arra, hogy ne tegyük ezt úgy, hogy megkérdőjelezzük a jelen megtapasztalásait.

A spiritualitás

Az utóbbi években sokan és sokat írtak a spiritualitásról.³⁴ Leginkább úgy határozzák meg, mint a szentség utáni vágyakozást. Alister McGrath a keresztyén spiritualitás lényegét „a lelki ember formálódásában, megerősödésében, és felnövéseben” látja. Itt olyan emberre kell gondolni, aki számol Isten jelenlétével a saját életében és a világban. McGrath a Szenlélek munkáját és a keresztyén közösség szerepét hangsúlyozza a formálódás-megerősödés-felnövése folyamatában.³⁵ D. Willard szerint spirituális életet élni azt jelenti, hogy bizonyos tevékenységek által közelebbi kapcsolatba kerülünk Istennel.³⁶ R. J. Foster a bibliai hitgyakorlatban gyökerező keresztyén spiritualitási formák szerint mutat be olyan tevékeny-

³³ Hojdák Gergely: *i. m.* <http://old.asziv.hu/?newart=9&newmag=11&show=arch> (2014. nov. 15.)

³⁴ Augsburg, D.: *Dissident Discipleship: A Spirituality of Self-Surrender, Love of God, and Love of Neighbor*. Brazos, Grand Rapids 2006. Bloesch, D.: *Spirituality Old & New: Recovering Authentic Spiritual Life*. Inter Varsity Press, Downers Grove 2007. Foster, R. J.: *Streams of Living Water: Celebrating the Great Traditions of Christian Faith*. Harper, New York 1998. Willard, D.: *Spirituality: Going beyond the Limits*. In: *Christian Counseling Today* 1996/4, 16–20.

³⁵ McGrath, Alister: *Evangelicalism and the Future of Christianity*. Inter Varsity Press, Downers Grove 1995, 125.

³⁶ Willard, D.: *The Spirit of Disciplines*. Harper & Row, San Francisco 1988, 18.

ségeket, amelyek különböző embereknek nyújthatnak segítséget az Istennel való kapcsolat megerősítésében, hitük megerősítésében, lelki életük átalakításában. Ő hat ilyen formát ismertet: *kontemplatív lelkiség*, amely az imádsággal átítatott életet nyomatékosítja; *a szentség lelkisége*, ami az erényes életet hangsúlyozza; *karizmatikus lelkiség*, amely a Lélek általi megerősítést hozza előtérbe; *a társadalmi igazságosság lelkisége*, amely az együttérzést láttatja meg; *az evangélikál lelkiség*, amely az igeközpontúságra összpontosít, és a *testet öltés (inkarnáció) lelkisége*, amely a sakramentális életet helyezi előtérbe.³⁷ A *lelki temperamentum* szerint e különböző formák jobban vagy kevésbé segíthetik egy-egy ember hitbeli megerősödését, lelki növekedését.

A lelki vérmérsékletnek nem megfelelő formák erőltetése és az azoknak való megfelelni akarás diszfunkcionális spiritualitáshoz, lelki vergődéshez is vezet(het). Ez csak fokozhatja a pánikkal gyakran együtt járó megrendülést vagy a hitéleti válságot. Mivel a pánik, illetve a generalizált szorongás pánikszerű megélése sok esetben a személyes hitet rendíti meg (például halálfélelem, különböző téves bibliaértelmezések stb.), és ezáltal a spirituális gyakorlatokat is, fontos, hogy ezekre külön figyeljünk a pásztori munkában. Hívő embereknél is jelentkezhet szorongásos betegség, amelynek „egyházi megnyilvánulása” lehet a „hitet érintő” tünet.³⁸ A *lelki temperamentum* szerinti spirituális igény alapján különböző spirituális cselekvésekre bátoríthatunk. Samuel Pfeifer például azt hangsúlyozza a hisztériás rohamok esetén, hogy a bibliai igeversék és imádságok megnyugtadják a beteget, és a belső szenvedések oldódását eredményezhetik.³⁹ Ezek ugyanúgy elmondhatók a szorongásos esetekre is. A J. Maltby és munkatársai által végzett kutatások arra derítettek fényt, hogy téves az a képzet, miszerint a vallásnak és ezen belül a vallásos cselekedeteknek központi szerepe volna a lelki egészség megőrzésében. Ők arra a következtetésre jutottak, hogy inkább az imádkozásnak van ilyen szerepe, amely segít a kritikus helyzetek leküzdésében.⁴⁰

Fontos kiemelnünk, hogy torz istenkép rendszerint megjelenik az egyén imádságában is. Mít tehet e tekintetben a lelkigondozó? Mindenekelőtt a lelki vezetővel való együtt imádkozást kell megemlítenem, és annak lehetőségét, hogy a pánikos beteg mással együtt is gyakorolja az imaközösséget. Lelkigondozói találkozásaimat szinte minden esetben imádsággal zárom, rendszerint úgy, hogy elmondom: először én fogok imádkozni, utána pedig csendben maradok, és ha akarja, akkor magában vagy hangosan ő is imádkozhat. A másokkal való együtt imádkozást úgy javasolhatjuk, hogy ha van olyan presbiter vagy gyüleke-

³⁷ Foster, R. J.: *i. m.*

³⁸ A szakirodalomban találkozunk az ekléziogén neurózis gondolatával. Ld. Samuel Pfeifer: *Pszichiátria és lelkigondozás. Hogyan segíthetünk lelki zavarokkal küzdő embertársainkon*. Koinónia, Kolozsvár 2000.

³⁹ Uo. 76.

⁴⁰ Maltby, J. – Lewis, C. – Day, L.: Religious Orientation and Psychological Well-Being: the Role of the Frequency of Personal Prayer. In: *British Journal of Health Psychology*, Vol. 4 (1999), 363–378.

zeti tag, esetleg ismerős, akiben megbízik, megkérheti, hogy imádkozzék vele együtt. Ez azért is lehet segítség, mert a saját problémáira koncentráció helyett mással vagy másokkal együtt imádkozva, rácsodálkozhat a vele imaközösséget vállaló személyek életkérdéseire és másfajta imamegtapasztalásaira. Ez a közös imádkozás pedig utat nyithat a másokért való imádságnak, és ezáltal is könnyebben szakadhat el saját bajától, s önmaga szemlélése helyett figyelme átirányulhat mások megsegítésére, és könnyen fedezhet fel önmagában rejtett erőforrásokat. Az alkalmi imaközösség helyett vagy mellett bátorítsuk a rendszerességet. Találkozhatnak hetente vagy akár ennél gyakrabban. Az is segítség lehet, ha imádságoskönyvet használ, ami ugyanúgy másfajta imádkozásra tanítja, és kiemeli abból, hogy folyton a saját gondja körül forogjon.

A megrendült hit kérdése rendszeresen előjöhethet a beszélgetések rendjén. Ebben inkább a hinni akarást kell észrevenni a kérdések vagy a megfogalmazott kételyek mellett. Nem a kételyek racionális leépítése a feladatunk. A kételyek rendszerint eltűnnek a megváltozó istenkép következtében. A kételyek kimondásának amúgy is helye van a dinamikus Isten-ember kapcsolatban. A feddés vagy a hitbeli eltévelyedés kijavítása helyett bátorítsunk az őszinteségre.⁴¹

Isten jelenléte némelyek számára a mindennapokban való eligazodásban nyújt segítséget, mások viszont sokkal többet akarnak megtapasztalni: Isten csodáit kérik és várják. Nemcsak a betegség enyhítését, hanem a teljes gyógyulást. Fontos annak a tisztánlátása, hogy csoda nemcsak akkor történik, ha a (pánikos) beteg teljességgel meggyógyul. Minden nap lehetőség a hálaadásra. A hálaadás pedig az egyén élethez és betegséghez való belső viszonyulásán is változtathat.

Érzelemmegnyilvánulások és -elhárító mechanizmusok

Pánikos lelkigondozások közben problémás érzelemmegélésekre lettem figyelmes. Meglátásomat a szakirodalom is visszaigazolta: M. T. Tull és L. Roemer kutatásai fényt derítettek arra, hogy a pánikos esetében jóval nagyobb az érzelemelkerülési és érzelemelfogadási százalék a vizsgálatok során, továbbá ködös érzelmi megélések voltak megfigyelhetők a pánikot át nem élt tesztalányokhoz viszonyítva. Az érzelem kifejezésében sokkal erősebb lett a negatív töltetű érzelem, és szorosabb kapcsolataikra is inkább a negatív kötődés volt jellemző.⁴² R. Baker és munkatársai rámutattak, hogy a pánikbetegek az egész-

⁴¹ Némelykor Ady példájával bátorítok (Ady Endre: *Hiszéke hitetlenül Istenben*).

⁴² Tull, M.T. – Roemer L.: Emotion Regulation Difficulties Associated with the Experience of Uncued Panic Attacks: Evidence of Experiential Avoidance, Amotional Non-Acceptance, and Decreased Emotional Clarity. In: *Behavior Therapy*, 2007/38, 378–391. Tull M. T. – Stipelman, Brooke A. – Salters-Pedneault, Kristalyn – Gratz, Kim L.: An Examination of Recent Non-Clinical Panic Attacks, Panic Disorder, Anxiety Sensitivity, and Emotion Regulation Difficulties in the Prediction of Generalized Anxiety Disorder in an Analogue Sample. In: *Journal of Anxiety Disorders* 2009/23, 275–282. Tull, M. T.: Expanding an Anxiety Sensitivity Model of Uncued Panic Attack Frequency and Symptom Severity: the Role of Emotion Dysregulation. In: *Cognitive Therapy and Research*, 2006/30, 177–184.

séges kontrollal rendelkezőkkel összevetve sokkal nehezebben tudnak érzéseket felismerni és megnevezni.⁴³

A szorongásos érzés jelentkezése a pánikroham természetes velejárója. Gyakran jelentkezik a halálfélelem, melyet azok a váratlan fizikai érzetek válthatnak ki, amelyekre nem bír az egyén megfelelő magyarázattal. Szorongásos beteg lelkigondozásakor a lelkipásztor tudatában kell legyen annak, hogy az elhárító mechanizmusok a lelkigondozás során is hatnak, ezért ezek felismerése elengedhetetlen a kapcsolat normalizálódásához. Ha hitbeli kérdések is felmerülnek (gyakori a halálfélelemmel küzdő), nem szabad elfelejteni azt, hogy tartalmilag és formailag is a neurozisz jegyében állnak. A lelkigondozás az ember teljes megváltozását segítő vezetés kell legyen.⁴⁴

Gyakori a pánikos lelkigondozások során, hogy a segítségkérő újra és újra elmeséli egy-egy rohamát, a maga és az őt hallgató számára is jelezve a helyzet súlyosságát. Nem könnyű ezen elbeszéléseket átirányítani, és egy-egy átirányítási kísérlet lehet, hogy éppen az ellenkező hatást éri el: az illető még inkább bizonyítani akarja problémája komolyságát. Jó időt adni az első taálkozásokban a roham részletes leírására, de figyeljünk arra, hogy a lelkigondozás ne ragadjon meg ebben. Törekedjünk a fokozatos továbbvezetésre, kivezetésre.

A segítői triangulum: orvos-pszichológus-lelkész

Kultúránkban a pszichológusi vagy a pszichiáteri segítségnyújtás rendszerint negatív társításokat hordoz. Lelkigondozóként nem egyszer tapasztaltam a segített személy ellenállását, amikor pszichológus vagy pszichiáter bevonását javasoltam neki. Különösen tradicionális emberek ódzkodnak attól, hogy pszichológus vagy pszichiáter segítsen rajtuk, hiszen világképük szerint ez egyenlő a megbélyegzettséggel, a „bolond vagyok”-státussal. A lelkigondozás során fontos, hogy a lelkigondozó ne erősítse a már amúgy is rögzült szorongást. Természetesen vannak olyan esetek, amelyek nem(csak) lelkigondozói kompetenciát igényelnek. Ebben az esetben irányítsuk szakemberhez a lelkigondozottat. Ha egyelőre nem óhajt pszichológushoz fordulni, nem szabad erőltetnünk. Sokan csak „végső esetben” merik megtenni ezt, vállalva az ezzel járó szégyent. Ebben az esetben a lelkigondozó sokat tehet a szégyen leépítése érdekében, természetesként kezelve más segítő szakemberek munkáját.

Gyakran előjött pánikos lelkigondozásaimban „az orvosban” (pszichiáterben) való bizalomvesztés kérdése. Többen az amúgy is meglévő idegenkedés legyőzése után szánják rá magukat a segítségkérésre, de amikor a gyógyszeres kezelés első fázisában tapasztalt testi vagy pszichikus „zavartsággal” találkoznak, bizalmuk megrendül. Többen arra panaszkodtak, hogy rosszabbul érzik magukat a gyógyszerektől, és ezért annak megszakításában gondolkodnak. A kimondással

⁴³ Baker, R. – Holloway, J. – Thomas, P. W. – Thomas, S. – Owens, M.: Emotional Processing and Panic. In: *Behaviour Research and Therapy*, 2004/42, 1271–1287.

⁴⁴ Hézsér Gábor: *A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve*. A Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest 2002, 171–180.

egy időben pedig a lelkésztől várják döntésük helyességének visszaigazolását. Vigyázzunk arra, hogy ilyen esetekben ne erősítsük meg a bizalmatlanságot, ne aknázzuk alá mások munkáját. Inkább támogassuk abban, hogy visszamenjen, és ossza meg a fejleményeket orvosával. Segíthetünk annak tudatosításában, hogy minden test egyedi, és ugyanarra a gyógyszerre nem mindenki reagál egyformán. Lehetséges, hogy éppen az általa elmondottak segítenek az orvosnak egy jobb kezelés megállapításában vagy a gyógyszer kiiktatásában.

Azt is tudnunk kell, hogy a pánikbetegség kétszer gyakoribb a nők körében. Mivel sok nő már az első szorongásos tünetek jelentkezésekor orvoshoz fordul, a gyógyszeres terápia az első, amelyben részesülnek. Az is lehet, hogy a gyógyszer hatásosnak bizonyul, de fontos figyelembe venni azt a tényt is, hogy a gyógyszeres kezelés sok nő számára nem tűnik rokonszenvesnek. Olykor elfogadja az első sokk hatására, de utólag kérdések merülnek fel benne ezzel kapcsolatosan.

A kapcsolatvesztés

A pásztori lélektan szerint a szorongásos emberből hiányoznak vagy elcsökevényesednek:

„[...] az alapvető transzcendentáló erők, amelyek a kiegyensúlyozott hitélet hordozói (pl. az öröm, a reménység, a bizalom, az ünneplés, a hálaadosság, az együttérzés, a megragadottság).”⁴⁵

Mindez a pánikosokra csak részben igaz. Az azonban bizonyos, hogy minden szorongásos betegség úgy alakítja át a személyiséget, illetve annak környezetét, hogy az abban szenvedők kapcsolatvesztő emberekké válnak.

Az elébb bemutatott jegyzőkönyv azt is tükrözi, ami nagyon sok pánikos esetében ugyanígy történik: környezetének meg nem értése tetézi a saját problémája kapcsán tapasztalt irracionálisitást, s ez rendszerint valamilyen formában jelentkezik akkor, ha kiderül, hogy a roham nem szervi eredetű. Ez a meg nem értés lehet a rohamnál is nyomasztóbb. Könnyen arra készítheti a pánikost, hogy szigetelje el magát a nyomasztó beszélgetésektől. Fennáll a kapcsolatokból való visszavonulás veszélye. (Itt fontosnak látom azt is megemlíteni, hogy sok esetben éppen ez a nyomasztó meg nem értés indította lelkigondozottaimat a segítségkérésre.) Ez a kapcsolatvesztés veszélye fenyegeti a közösséggel, az egyházzal és a közösségi vezetőkkel való kapcsolatát is. Fontossá válik az utánamenetel, a kapcsolattartás. A lelkigondozó ráfigyelése, megértése, bizalma segít megtalálni rejtett erőforrásait. Elindíthatja őt önbecsülése helyreállításában és kapcsolatai újrafelfedezésében. A lelkigondozó lelkipásztor itt sokkal többet tehet, mint bármilyen más segítő szakember.

⁴⁵ Hézser Gábor: *i. m.* 180.

Hol ér véget a lelkipogozás?

Gyakori, hogy stresszes életvitel, megfelelni akarás, el nem gyászolt veszteségek, lekiismereti vagy bűnterhek hozzák elő a pánikot, szorongást. Kérdés, hogy hol érjen véget a lelkipogozás? Értelmezésemben ott, ahol sikerült a segítettnek a teherletétel, megszűnt a diszfunkcionális élet, és visszatért a gyülekezeti közösségbe.

Felhasznált irodalom

- American Psychiatric Association, American Academy of Family Physicians: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV.*, American Psychiatric Publishing, Arlington 2000.
- Atkinson – Hilgard – Smith, Edward E. – Nolen-Hoeksema, Susan – Fredrickson, Barbara L. – Loftus, Geoffrey R.: *Pszichológia*. Ford. Boross Ottilia, Gábris Krisztián, Nády Rozália Eszter, Nábrády Mária. Harmadik kiadás. Osiris Kiadó, Budapest 2005.
- Augsburger, D.: *Dissident Discipleship: A Spirituality of Self-Surrender, Love of God, and Love of Neighbor*. Brazos, Grand Rapids 2006.
- Baker, R. – Holloway, J. – Thomas, P. W. – Thomas, S. – Owens, M.: Emotional Processing and Panic. In: *Behaviour Research and Therapy* 2004/42, 1271–1287.
- Barlow, D. H. – Vermilyea, J. A. – Blanchard, E. B. – Vermilyea, B. B. – Di Nardo, P. A. – Cerny, J. A.: The Phenomenon of Panic. In: *Journal of Abnormal Psychology* 1985/94, 320–328.
- Bloesch, D.: *Spirituality Old & New: Recovering Authentic Spiritual Life*. Inter Varsity Press, Downers Grove 2007.
- Comer, J. Ronald: *A lélek betegségei – Pszichopatológia*. Osiris, Budapest 2000.
- Dattilio, Frank M. – Salas-Auvert, Jesus A.: *Panic Disorder*. Zeig, Tucker & Co., Phoenix 2000.
- Foster, R. J.: *Streams of Living Water: Celebrating the Great Traditions of Christian Faith*. Harper, New York 1998.
- Frielingsdorf, Karl: *Istenképek. Ahogy beteggé tesznek – és ahogy gyógyítanak*. Szent István Társulat, Budapest 2007.
- Goodwin, R. D. – Hamilton, S. P.: Early-Onset Fearful Panic Attack: A Possible Prodrome of Early-Onset Severe Psychopathology. In: *Comprehensive Psychiatry* 2002/43, 22–27.
- Grant, B. F. – Hasin, D. S. – Stinson, F. S. – Dawson, D. A. – Goldstein, R. B. – Smith, S. et alii: The Epidemiology of DSM-IV Panic Disorder and Agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006/67, 363–374.
- Hézszer Gábor: *A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve*. A Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest 2002, 171–180.
- Hinton, Devon – Nathen, Michael – Bird, Bruce – Park, Lawrence: Panic Probes and the Identification of Panic: A Historical and Cross-Cultural Perspective. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* Vol. 26, Issue 2 (Jun 2002), 137–153.
- Hojdák Gergely: „Ahogy beteggé tesznek – és ahogy gyógyítanak”. In: *A Szív. Lelkiségi és kulturális folyóirat*, 2011. április. <http://old.asziv.hu/?newart=9&newmag=11&show=arch> (2014. nov. 15.)

- Kearney, Christopher A. – Silverman, Wendy K.: Let's not push the "panic" button: A critical analysis of panic and panic disorder in adolescents. In: *Clinical Psychology Review* 1992/3, 293–305.
- Kiss Noémi: „Políp a szívben”. II. *A pánikbetegség*. <http://www.vital.hu/themes/psyc/panik2.htm> (2013. nov. 5.)
- Maltby, J. – Lewis, C. – Day, L.: Religious Orientation and Psychological Well-Being: the Role of the Frequency of Personal Prayer. In: *British Journal of Health Psychology*, Vol. 4 (1999), 363–378.
- McGrath, Alister: *Evangelicalism and the Future of Christianity*. Inter Varsity Press, Downers Grove 1995.
- Morschitzky, Hans: *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Springer, Wien 2009, 232–233.
- Pfeifer, Samuel: *Pszichiátria és lelkipozozás. Hogyan segíthetünk lelki zavarokkal küzdő embertársainkon*. Koinónia, Kolozsvár 2000.
- Skapinakis, P. – Lewis, G. – Davies, S. – Brugha, T. – Prince, M. – Singleton, N.: Panic Disorder and Subthreshold Panic in the UK General Population: Epidemiology, Comorbidity and Functional Limitation. In: *European Psychiatry*, Vol. 26, Issue 6 (September 2011), 354–362.
- Szendí Gábor: *A pánik: tények és tévhitek*. Jaffa, Budapest 2009.
- Szendí Gábor: Pánikbetegség: a probléma közel sincs megoldva. In: *Praxis* 9. évf. (2000/10), 13–17.
- Tőzsér Endre: *Karl Frielingsdorf istenképekről szóló könyvének ismertetése*. <http://www.piarista.hu/hirek/karl-frielingsdorf-istenk%C3%A9pek%C5%91-sz%C3%B3l%C3%B3-k%C3%B6nyv%C3%A9nek-ismertet%C3%A9se> (2014. nov. 15.)
- Tull, M. T.: Expanding an Anxiety Sensitivity Model of Uncued Panic Attack Frequency and Symptom Severity: the Role of Emotion Dysregulation. In: *Cognitive Therapy and Research* 2006/30, 177–184.
- Tull, M. T. – Roemer L.: Emotion Regulation Difficulties Associated with the Experience of Uncued Panic Attacks: Evidence of Experiential Avoidance, Amotional Non-Acceptance, and Decreased Emotional Clarity. In: *Behavior Therapy*, 2007/38, 378–391.
- Tull M. T. – Stipelman, Brooke A. – Salters-Pedneault Kristalyn – Gratz Kim L.: An Examination of Recent Non-Clinical Panic Attacks, Panic Disorder, Anxiety Sensitivity, and Emotion Regulation Difficulties in the Prediction of Generalized Anxiety Disorder in an Analogue Sample. In: *Journal of Anxiety Disorders* 2009/23, 275–282.
- Willard, D.: Spirituality: Going beyond the Limits. In: *Christian Counseling Today* 1996/4, 16–20.
- Willard, D.: *The Spirit of Disciplines*. Harper & Row, San Francisco 1988, 18.
- Wright, H. Norman, *Crisis Intervention and Emergency Practice: Issues and Interventions*, In: Clinton, Timothy, Ohlschlager, George (szerk.): *Competent Christian Counseling*. Vol. One, Waterbook Press, Colorado Springs 2002.