

Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii

Igor Pietkiewicz*

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

RELIGIOUS COPING AND THE EXPERIENCE OF LOSS – CLINICAL IMPLICATIONS

The differentiation between spirituality and religion has been widely discussed in psychological literature however, the concept of religion is often reduced to institutions, practices, and symbols associated with a particular religious tradition. Spirituality, on the other hand, is described in terms of specific needs which reflect the awareness of one's existence, as well as mortality. The boundaries between both concepts become blurred, though, when a functional definition of religion is applied. Nevertheless, there is no doubt that religiousness and spirituality are essential aspects of human functioning and should be taken into consideration in a clinical setting, when a patient copes with suffering, experiences loss or frustration in the face of death. Religion can become the source of hope, strength or solace, but it may also produce additional frustration, anxiety and inner conflicts. This paper will elaborate on religious coping, describe its characteristic functions and styles, and discuss possible clinical implications.

Sytuacje utraty są niejako wpisane w życie ludzkie, ponieważ co chwilę człowiek traci ważne dla niego obiekty – osoby, przedmioty, możliwości lub idee. W odpowiedzi na utratę mogą pojawić się uczucia lęku, smutku, złości, żalu lub bezradności o zróżnicowanym nasileniu. Aby poradzić sobie z własną depresyjnością, ludzie uruchamiają w sobie określone mechanizmy adaptacyjne, włączając w to strategie copingu. Lazarus i Folkman (1984, s. 141) definiują coping jako nieustannie zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne, aby podolać zewnętrznym i/lub wewnętrznym wymaganiom, ocenianym jako trudne lub przekraczające zasoby jednostki. Autorzy odróżniają coping (zachowania wymagające wysiłku i ukierunkowane na cel) od automatycznych zachowań adaptacyjnych, choć przyznają, że często nie widać jasnej granicy między nimi. Na przykład w nowych sytuacjach reakcje ludzi nie są z reguły automatyczne, natomiast wskutek ciągłej ekspozycji na stresor i dzięki procesowi uczenia się nasze odpowiedzi staną się zautomatyzowane. Pargament (1997) tłumaczy *coping* jako poszukiwanie znaczenia (*significance*) w sytuacji stresu. Pojęcie „znaczenia” odnosi do uczuć i przekonań związanych z wartością lub ważnością oraz mających związek z opieką, przyciąganiem, więzią. Według Pargamenta ludzie poszukują **sygnifikantów** (obiektów posiadających znaczenie lub reprezentujących określone wartości). Sygnifikanty mogą odnosić się zarówno do sfery sacrum, jak również profa-

num. Autor identyfikuje na przykład typowe sygnifikanty materialne (pieniądze, żywność, samochody, domy, leki, broń), sygnifikanty fizyczne (zdrowie, fitness, wygląd), sygnifikanty psychologiczne (komfort, znaczenie, rozwój) oraz sygnifikanty społeczne (intymność, sprawiedliwość społeczna). Wyróżnia też sygnifikanty duchowe w postaci pragnienia kontaktu z Bogiem lub innych doświadczeń religijnych. Wyszczególnione przez Pargamenta sygnifikanty korespondują z czterema klasami wartości opisywanych wcześniej przez Maxa Schellera, tj. hedoniczne, witalne, duchowe i religijne (Tatarkiewicz, 2005). Coping może więc (ale nie musi) zawierać w sobie zachowania religijne/duchowe. Jest to zjawisko wielopłaszczyznowe, związane z określonym kontekstem i różnymi obszarami funkcjonowania (poznawczym, efektywnym, behawioralnym). Cechą charakterystyczną copingu jest wiara w możliwość wydobycia się z trudnej sytuacji albo że problem można przewidzieć, rozwiązać lub uchronić się od niego. W zależności od oceny sytuacji, człowiek może podjąć aktywność ukierunkowaną na odzyskanie równowagi pomiędzy wymaganiami i własnymi możliwościami lub też na poprawę stanu emocjonalnego. W literaturze omawiane są zróżnicowane wzorce radzenia sobie ze stresem, na przykład: 1. koncentracja uwagi na stresorze i/lub własnej reakcji poprzez poszukiwanie, gromadzenie, przetwarzanie informacji dotyczącej stresora; 2. styl unikowy, charakteryzujący się odwracaniem uwagi, pomijaniem, zaprzeczaniem, wypieraniem; 3. styl skoncentrowany na emocjach, np. kontrola emocji, szukanie uspokojenia i pocieszenia albo przewartościowanie sytuacji, aby móc ją zobaczyć w kategoriach pozytywnych, znaleźć dobre strony kryzysu i zachować nadzieję, że z druzgocącą utratą można sobie poradzić w zintegrowa-

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Igor Pietkiewicz, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, ul. Kossutha 9, 40-844 Katowice.

email: ipietkiewicz@swps.edu.pl

ny sposób – unikając dekompensacji (Łosiak, 2008; Sęk, 2005).

Wybór strategii copingu w różnych sytuacjach może nie być w pełni świadomy, gdyż wiele z zachowań tego typu nabywa się w procesie enkulturacji¹ i nie wymagają one świadomościowego przetwarzania.

RELIGIA I DUCHOWOŚĆ JAKO ŹRÓDŁO COPINGU

Jak już wspomniałem powyżej, coping może być związany z obszarem sacrum. Należy jednak nadmienić, że w literaturze coraz częściej różnicuje się religię i duchowość. Oba pojęcia są bardzo złożone i definiowane w różnorodny sposób. Większość definicji religii można podzielić na dwie kategorie: substancjonalne i funkcjonalne. Definicje substancjonalne mają charakter wyłączny (*exclusive*) i są próbą odnalezienia odpowiedzi na pytanie: „Czym jest religia?”. Niektóre z nich podkreślają emocje i doświadczenia, inne koncentrują się na przekonaniach, praktykach i rytuałach religijnych, a jeszcze inne na aspekcie instytucjonalnym i interakcjach. Niemniej wszystkie z wymienionych aspektów odnoszą się do sfery sacrum. Definicje funkcjonalne mają charakter włączający (*inclusive*) i opisują działanie religii, co religia robi. Opisy te odnoszą się do wierzeń, praktyk, symboli oraz osobistych doświadczeń. Opisują, w jaki sposób ludzie radzą sobie z podstawowymi problemami egzystencjonalnymi, takimi jak śmierć, cierpienie, tragedia, zło, ból, niesprawiedliwość. Dobry przykład definicji funkcjonalnej, zaproponowanej przez Batson, Schoenrade i Ventis (1993, s. 8) brzmi: „cokolwiek czynimy jako jednostki, aby poradzić sobie z pytaniami konfrontującymi nas ze świadomością, że my wszyscy i inni, podobni do nas, żyją i że umrzemy”. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że ze wszystkich gatunków tylko człowiek jest tak szczególnie świadomy własnej egzystencji, egzystencji innych, możliwości istnienia innych światów oraz własnej śmiertelności. Religia może być natomiast sposobem radzenia sobie z pytaniami egzystencjonalnymi. Pomaga w poszukiwaniu odpowiedzi na pytania typu: jaki jest sens życia? jak powinienem się odnosić do innych? jak poradzić sobie ze świadomością, że umrę? co powinienem robić z własnymi wadami? Stanowi też podstawę przekonań eschatologicznych (dotyczących śmierci i egzystencji pośmiertnej – życia pozagrobowego). Pargament (1997, s. 32) definiuje z kolei religię jako „poszukiwanie znaczenia za pomocą sposobów odnoszących się do sfery sacrum”. Przedstawione definicje są dość obszerne i zawierają w sobie postawy kognitywne, emocjonalne oraz behawioralne, które mogą równie dobrze opisywać obszar duchowości. Pojęcie duchowości (*spirituality*) zakłada, że człowiek jest istotą z natury duchową, która żyje w świecie fizycznym i du-

chowym. Odnosi się to do transcendentnego wymiaru życia i przekonania, że jest coś lub ktoś poza możliwością naszej percepcji i doświadczenia.

Podsumowując, jeżeli ograniczamy rozumienie religii do określonych systemów wierzeń, rytuałów i instytucji związanych z daną tradycją, to duchowość będzie się jawić jako coś odrębnego, aczkolwiek związanego z religią. U niektórych zaangażowanie religijne może częściowo stanowić ekspresję potrzeb duchowych. W codziennym życiu znajdziemy też zarówno przykłady religii bez duchowości, jak również duchowości bez religii. Aktywności religijne nie muszą być bowiem z natury duchowe. Dobrym przykładem są zachowania definiowane przez Allport i Ross (za: Batson i in., 1993) jako „religijność zewnętrzna” (*extrinsic religiosity*), które służą uzyskiwaniu różnych zysków zewnętrznych (np. uznania i podziwu ze strony otoczenia, możliwości nawiązania kontaktów społecznych, załatwienia interesów), a niekoniecznie podyktowane są potrzebą ducha. Z drugiej strony, widać wiele przykładów realizacji potrzeb duchowych bez osadzenia w konkretnej tradycji wyznaniowej, bez afiliacji religijnej. Testerman (1997) podaje przykład osób „duchowo bezdomnych”, które odrzuciły system religijny, w jakim się wychowały, a jednak rozpoznają w sobie potrzeby duchowe i realizują je z dala od „religii zorganizowanej”. Podobną tendencję można zauważyć u ludzi wychowanych w krajach wysoce zsekularyzowanych. Różnice między duchowością a religią definiowaną funkcjonalnie są jeszcze bardziej rozmyte. W artykule tym chciałbym skupić się głównie na potrzebach jednostki, które odnoszą się do sfery sacrum i przejawiają się zarówno w zaangażowaniu w praktykę religijną, jak też rozmaitych sposobach poszukiwania spokoju, wewnętrznej harmonii lub sensu. Przedstawię również znaczenie duchowości w sytuacji klinicznej, jak i jej implikacje do terapii.

FUNKCJE I STYLE COPINGU RELIGIJNEGO

Wiele badań poświęconych roli duchowości i religii wskazuje, że jest to bardzo ważny obszar funkcjonowania człowieka i ma szczególne znaczenie w radzeniu sobie w sytuacji utraty, choroby, zbliżającej się śmierci. Pargament (1997) przedstawia pięć głównych funkcji religii, które w istotny sposób wpływają na zachowanie pacjenta w chorobie i radzenie sobie ze stresem:

1. Religia jako system atrybucji znaczeń (znaczenie i sens),
2. Religia jako źródło poczucia kontroli,
3. Religia jako źródło ukojenia,
4. Religia jako sposób na uzyskanie poczucia bliskości,
5. Religia jako czynnik stymulujący do transformacji życiowej.

Pierwsza funkcja (znaczenie i sens) odnosi się do podstawowej potrzeby ludzi, jaką jest nadawanie znaczenia i poszukiwanie sensu w celu uniknięcia dyskomfortu,

¹ Enkultura to pojęcie bliskie socjalizacji, określające proces świadomego i nieświadomego nabywania kompetencji kulturowych. Proces ten wiąże się z internalizacją określonych wzorców zachowań, norm i wartości społecznych reprezentowanych przez grupę, w której wzrasta dana jednostka.

zwątpienia lub niepewności. Religia jest systemem, który dostarcza narzędzi interpretacyjnych, dających poczucie rozumienia sytuacji.

Druga funkcja dotyczy pragnienia i potrzeby kontroli nad sytuacją, okolicznościami. Realna możliwość kontrolowania czynników zewnętrznych miewa mniejsze znaczenie niż wiara, że nawet największe trudności i przeszkody mogą być pokonane. Chociaż poczucie kontroli bywa iluzoryczne, często wspiera konstruktywne zachowania adaptacyjne. Według Hood i in. (1996), wierzenia i praktyki duchowo-religijne dostarczają trzech rodzajów kontroli: interpretatywnej, predykcyjnej i zastępczej. Kontrola interpretatywna (*interpretative control*) wiąże się z możliwością nadania sytuacji nowego znaczenia, co czyni ją mniej frustrującą, a nawet pozwala zobaczyć trudności w pozytywnym świetle. Kontrola predykcyjna (*predictive control*) dotyczy pragnienia przewidywania przyszłości. Kontrola zastępcza (*vicarious control*) charakteryzuje natomiast sytuację, w której osoba utraciła nadzieję poradzenia sobie z problemem i zwraca się w kierunku obiektu wiary, identyfikuje z nim i czerpie z niego siłę poprzez uczucie duchowej łączności (np. w trakcie komunii świętej w Kościele katolickim albo medytacji na bóstwo w tradycji buddyjskiej).

Trzecia funkcja (ukojenie/duchowość) odnosi się do tych aspektów religii, które redukcją niepokój jednostki związany ze świadomością nietrwałości wszystkich rzeczy (np. że w każdej chwili może zdarzyć się klęska) i z własną śmiertelnością. Pargament, Koenig, Perez (2000) zauważają jednak, że ciężko jest postawić jasną granicę między copingiem religijnym zorientowanym na uzyskanie ukojenia, a czysto duchową funkcją zachowań religijnych, np. pragnieniem transgresji.

Czwarta funkcja (uczucie bliskości/duchowość) dotyczy możliwości uzyskania poczucia bliskości, bycia potrzebnym i pomocnym dla innych oraz uzyskiwania wsparcia od przewodników duchowych i innych praktykujących poprzez kontakt z nimi i angażowanie się w działania organizowane przez społeczność duchowo-religijną.

Wreszcie piąta funkcja religii (transformacja życia) odnosi się do tego aspektu religii, który zachęca ludzi do własnego rozwoju, bowiem religia może stymulować praktykujących do porzucenia starych celów i wartości oraz poszukiwania nowych, do wychodzenia poza egotyczne postawy, do transgresji.

Poszczególne jednostki różnią się od siebie w zakresie poczucia sprawstwa (autokreacji lub umiejscowienia kontroli) oraz odpowiedzialności za daną sytuację. To z kolei wpływa na stopień aktywnego angażowania się w działania i poszukiwanie rozwiązań problemów. Pargament (1997) wyróżnia w tym wymiarze trzy charakterystyczne style copingu religijnego: styl autodyrektywny, styl cedujący i styl współpracujący.

Styl autodyrektywny lub niezależny (*self-directing*) odnosi się do osób, które polegają bardziej na sobie niż na Wyższej Mocy w poszukiwaniu rozwiązań. Styl cedujący (*deferring*) opisuje jednostki, które oddelegowują moc sprawczą Sile Wyższej, pozostają bierne i zdają się

na los, za to styl współpracujący (*collaborative*) wyróżnia tych, którzy podejmują wysiłki oraz próby działania i równocześnie odwołują się do Wyższej Istoty po pomoc, opiekę, siłę i ochronę. Przedstawione style mogą być zależne od omawianego przez Rizutto (1979) indywidualnego obrazu Boga jako reprezentacji pierwszych relacji z opiekunami (obiektami pierwotnymi).

PATOGENNY I PATOPLASTYCZNY WYMIAR RELIGII

Należy zauważyć, że oprócz wielu właściwości salutogennej religia może wpływać na niektóre jednostki w sposób negatywny, jeśli staje się źródłem stresu i uruchamia psychopatologię (Grzymała-Moszczyńska, 2004). Przykładem mogą być obsesyjne myśli dotyczące grzechu i winy lub patologiczny wstyd. Pargament i in. (2003) opisują trzy wymiary nieskutecznego lub nieefektywnego copingu religijnego:

1. niewłaściwy kierunek,
2. niewłaściwa droga,
3. pod wiatr.

Pierwszy dotyczy takiego sposobu angażowania się w określone cele i wartości, który odzwierciedla brak równowagi między troską o siebie (*self-concern*) a troską o to, co wychodzi poza obszar *self*. Może to dotyczyć wyolbrzymiania spraw religijnych przy jednoczesnym zaniedbywaniu potrzeb własnych, nadmiernej koncentracji na własnym życiu duchowo-religijnym i pomijaniu innych lub „apatii religijnej” związanej z utratą zainteresowania sprawami duchowymi.

Drugi wymiar (niewłaściwa droga) charakteryzuje strategię copingu niedopasowaną do okoliczności i życiowych potrzeb. Dotyczy to budowania błędnych przekonań oraz nadawania znaczeń różnym sytuacjom na podstawie własnych przekonań religijnych bez brania pod uwagę innych, potencjalnie właściwych sposobów interpretacji (na przykład wyjaśnianie przeciwności losu tylko w kategoriach boskiej kary albo upatrywanie przyczyn swojej choroby nowotworowej w grzechu, a następnie odmawianie leczenia i pozostawanie biernym, oddając się całkowicie w ręce Boga).

Trzeci wymiar (pod wiatr) dotyczy konfliktów z innymi osobami ze społeczności praktykujących, z Bogiem albo konfliktów wewnętrznych w obszarze religijności, co powoduje frustrację, poczucie odrzucenia i problemy emocjonalne. Oprócz interpersonalnych konfliktów religijnych obszar ten zawiera również konflikt dotyczący zasad wiary i dogmatów głoszonych przez Kościół i duchowieństwo, złość na Boga za jego domniemany udział w przykrym wydarzeniu, wątpliwości w obszarze wiary. Opisane zachowania mogą upośledzać funkcjonowanie jednostki w świecie i powodować dużo napięć wewnętrznych. Czasami mogą prowadzić do apostazji (odstępstwa od lub porzucenia wiary) lub zaburzeń psychicznych.

Należy również wyróżnić patoplastyczną funkcję religii, kiedy poprzez zachowania religijne wyraża się psychopatologia jednostki (zob. Grzymała-Moszczyńska,

2004; Pietkiewicz, 2008). W niektórych społecznościach religijnych pewne zachowania posiadające znamiona patologii mogą być legitymizowane, a nawet postrzegane jako pożądane, wyjątkowe. Na przykład fanatyczne zaangażowanie w działania mające na celu promowanie „moralności”, a nakierowane przeciwko określonym mniejszościom wyznaniowym, etnicznym, seksualnym lub odmiennym stylom życia, mogą ukrywać zaburzenia osobowości lub psychozę. Inni mogą wykorzystywać swoje przekonania religijne jako sposób racjonalizacji własnej wrogości i uprzedzeń. Mechanizmy takie zauważa się czasem u osób z wysoką potrzebą zależności, obsesyjnym myśleniem, skłonnością do perfekcjonizmu, silnym poczuciem winy i nasilonym lękiem. Funkcja patoplastyczna jest też egzemplifikowana w psychiatrii międzykulturowej opisami syndromów specyficznych kulturowo. Typowym przykładem jest interpretowanie przez przedstawicieli lokalnej społeczności epizodów epilepsji (w myśl ICD-10 lub DSM-IV) jako trans szamanistyczny, podróż do krainy duchów lub utrata duszy. Natomiast zachowania niezrozumiałe lub agresywne, które mogą wynikać z zaburzeń osobowości, kryzysów wieku adolescencji albo dekompensacji psychotycznej, bywają interpretowane w niektórych społecznościach w kategoriach demonologicznych jako bycie pod wpływem złych duchów (zob. Pietkiewicz 2008). Kontekst religijny daje ponadto szansę na zaspokojenie ludzkich potrzeb w zakresie władzy, pozycji społecznej, wpływu (Koenig i Larson, 2001).

WPŁYW COPINGU RELIGIJNEGO NA ZDROWIE PSYCHICZNE

Jak wynika z wielu prac, zaangażowanie w praktyki duchowo-religijne ma korzystny wpływ na funkcjonowanie człowieka, radzenie sobie z trudnościami i kryzysami egzystencjalnymi, jakość życia i zdrowie psychiczne. Rytuały, modlitwa, medytacja, czytanie świętych pism albo duchowy kontakt z naturą mogą przynieść ukojenie i nadzieję. Badania nad copingiem religijnym wykazują szczególnie ważny wpływ wierzeń i praktyk duchowych na radzenie sobie z chorobą przewlekłą i żalobą oraz przeciwnościami dnia codziennego (Koenig, 2002, 2004; Koenig i in., 2004; Lorenz i in., 2005; Pargament i in., 1998; Harrison i in., 2001; Yangarber-Hicks, 2004).

Należy też podkreślić szczególną wartość religijności i duchowości u osób w podeszłym wieku. Pargament i in. (2003, 2004) zwracają uwagę, że osoby starsze są szczególnie narażone na sytuacje utraty (utrata roli społecznej lub rodzinnej, związków, różnych aspektów zdrowia, postrzegania i możliwości w zakresie funkcjonowania). Muszą na nowo budować swoją tożsamość z powodu zmieniających się okoliczności. Dochodzi do tego świadomość zbliżającej się śmierci albo obawy, że jest się niepotrzebnym czy stanowi obciążenie dla rodziny i znajomych. Zmiany te mogą być źródłem lęku, smutku, poczucia bezradności lub beznadziei. W religii ludzie ci odnajdują wtedy często ukojenie i nadzieję. Afiliacja religijna czasami wpływa pozytywnie na poczucie tożsamości, przynależności do grupy.

Z tego samego powodu przynależność do grupy duchowej i pielęgnowanie wartości religijnych może mieć szczególne znaczenie w procesie akulturacji² u emigrantów (Pietkiewicz, 2008). Nie wolno jednak ignorować wpływu negatywnych form copingu religijnego, mających związek z podwyższonym poziomem depresyjności, gorszą jakością życia i zwiększoną liczbą trudności psychologicznych (zob. Puchalski, 2006; Pietkiewicz, 2008).

EKSPLORACJA OBSZARU DUCHOWO-RELIGIJNEGO W WYWIADZIE KLINICZNYM

Duchowość i religijność są istotnym obszarem funkcjonowania człowieka i mają wpływ na jego samopoczucie, jakość życia oraz radzenie sobie z sytuacjami kryzysu, utraty. Szczególnie często podkreśla się ich rolę w medycynie paliatywnej. Dlatego z kilku powodów warto eksplorować w wywiadzie klinicznym potrzeby, przekonania oraz źródła konfliktów duchowo-religijnych.

Po pierwsze, poznanie tego obszaru dostarcza wartościowych informacji na temat zasobów pacjenta, tj. umiejętnego stosowania strategii copingu religijnego w sytuacji choroby lub kryzysu oraz posiadanego oparcia w grupie reprezentującej określony system wierzeń. Dla wielu osób obszar religijności jest też ważnym elementem własnej tożsamości (por. Pietkiewicz, 2008).

Po drugie, poszerza rozumienie pacjenta w zakresie jego postaw wobec choroby, sposobów leczenia lub sytuacji granicznych, takich jak nadchodząca śmierć. Kultura i religia są bowiem systemami kontekstualizującymi doświadczenie choroby. Uwzględnienie tych obszarów pomaga zrozumieć, jak pacjent tworzy idiom zdrowia i choroby, jakie sposoby wykorzystuje, aby nadać sens trudnym wydarzeniom życiowym i jak w związku z tym reaguje. W niektórych sytuacjach, świadomość wpływu religii na zachowania w chorobie jest niezbędna, aby zrozumieć przyczyny odmowy bądź niestosowania się pacjenta do proponowanych sposobów terapii (tzw. *non-compliance*). Typowym przykładem może być brak zgody na transfuzję krwi wśród przedstawicieli Świadków Jehowy. Eksplorując obszar duchowo-religijny możemy dowiedzieć się więcej o ewentualnych konfliktach i kryzysach wiary, które mogą wpływać na leczenie i wywoływać dodatkowe napięcie psychiczne.

² Akulturacja jest pojęciem określającym szereg zjawisk powstałych w wyniku zderzenia się różnych kultur i powodujących zmiany w tychże kulturach – zarówno u przyjezdnych poddanych ekspozycji na kulturę kraju gospodarzy, jak również u społeczności przyjmującej przedstawicieli obcej kultury. Do najczęściej wyróżnianych stylów akulturacji zalicza się asymilację – tendencję do wtapiania się i przyjmowania wzorców kulturowych gospodarzy, integrację – częściowe przejmowanie obcych wzorców kulturowych i włączenie ich w swój własny system, separację – skłonność do unikania obcej kultury i koncentracji na pielęgnowaniu własnego dziedzictwa kulturowego oraz marginalizację – odrzucenie obu kultur i próbę tworzenia odrębnej tożsamości kulturowej.

Szczególnie w wielokulturowym środowisku klinicznym istotne jest negocjowanie tego, co w psychiatrii międzykulturowej określa się mianem „modelów wyjaśniających” (*explanatory models*) – indywidualnych postaw wobec danego epizodu choroby u wszystkich osób zaangażowanych, czyli pacjenta, członków rodziny oraz personelu medycznego (Kleinman, 1981). Modele wyjaśniające rzucają światło na indywidualne rozumienie przez te osoby etiologii choroby, jej wpływu na życie, stopnia ciężkości, spodziewanego rozwoju, najsukcesowniej formy leczenia i obaw z nią związanych. Budowanie konsensusu między dostawcami usług leczniczych i korzystającymi z nich jest podstawą dobrej współpracy obu stron (szczególnie gdy prezentowane przez nich modele wyjaśniające są ze sobą w konflikcie). Temat obszaru duchowo-religijnego w wywiadzie klinicznym dostarcza ponadto informacji o różnicach kulturowych, wyznaniowych i istotnych potrzebach indywidualnych pacjenta i/lub rodziny, które często pozostają niezwerbalizowane i sfrustrowane. Może być również podstawą, aby skierować pacjenta po pomoc do właściwych osób – psychologa, psychoterapeuty albo osoby duchownej.

Wielu lekarzy jest zgodnych co do ważności adresowania potrzeb duchowych u pacjentów terminalnych. Sami pacjenci zgłaszają często potrzebę rozmów o swojej duchowości z personelem medycznym. A jednak z różnych powodów obszar ten pozostaje często zaniedbywany w praktyce klinicznej. Lekarze rzadko pytają pacjentów o ich duchowe potrzeby. Uważa się raczej, że jest to domena duszpasterzy (Kennedy i Lloyd-Williams, 2006; Seccareccia i Brown, 2009). Różne są przyczyny unikania rozmów na temat duchowości lub religii z personelem medycznym. Część z nich leży po stronie personelu, część po stronie pacjenta, a jeszcze inne związane są z kontekstem. Biorąc pod uwagę perspektywę klinicysty, można wymienić brak odpowiedniego treningu i świadomość ograniczonych kompetencji w poruszaniu zagadnień duchowo-religijnych w życiu pacjenta oraz obawę dotyczącą zachowania neutralności i granic. Klinicysta może zadawać sobie pytania: Czy jeśli pacjent mówi o znaczeniu modlitwy w jego życiu, powinienem się do tego odnieść? Jak reagować na pytania pacjenta, czy jestem osobą wierzącą? Czy rozmowa na tematy duchowe nie jest domeną duszpasterzy?

Pacjenci natomiast często obawiają się redukcjonizmu psychologicznego lub psychiatrycznego ze strony klinicysty, czego wyrazem byłoby sprowadzenie ich potrzeb lub doświadczeń duchowo-religijnych do poziomu psychopatologii, mechanizmów psychologicznych lub obron. Nierzadko boją się krytyki lub wyśmiania. Nie mają również pewności, w jakim stopniu adekwatne jest poruszanie z klinicystą tematów potrzeb i strategii duchowo-religijnych. Łatwiejsze wydaje się omawianie tych wątków z księdzem. Ich postawa w tym zakresie wydaje się komplementarna w stosunku do postawy klinicysty, który również zastanawia się nad granicami swoich kompetencji. Wielu chorych będzie się starało wnieść wątek duchowości do rozmów z psychologiem, jeżeli takowy

jest w ogóle obecny w oddziale. Jeśli odczytujemy takowe sygnały, warto już na początku rozmowy z pacjentem zwerbalizować obawy tego typu i określić nasz własny stosunek do poruszania wątków duchowych w terapii.

Trudno nie brać również pod uwagę uwarunkowań zewnętrznych, utrudniających głębszy kontakt z pacjentem, a tym bardziej rozmawianie na tak intymne tematy, jak duchowość lub religijność. Do czynników tych trzeba zaliczyć zbyt małą ilość czasu przypadającą na jednego pacjenta, brak psychologów lub psychoterapeutów w oddziałach somatycznych, warunki mało sprzyjające rozmowie (brak odpowiednich pomieszczeń i intymności w salach zbiorowych). Ponadto możliwości instytucji, by odpowiadać na indywidualne potrzeby pacjentów, są często ograniczone. O ile konsekwencje tego mogły być słabiej zauważalne w czasach poprzedniego ustroju i w społeczeństwie wysoce homogenicznym, o tyle stają się bardziej wyraziste wskutek procesów globalizacyjnych i rosnącego w społeczeństwie (a tym samym w *settingu* klinicznym) zróżnicowania dotyczącego pochodzenia, stylów życia, przekonań i potrzeb.

PROCEDURY ZBIERANIA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH SFERY DUCHOWO-RELIGIJNEJ

W literaturze spotyka się różne propozycje narzędzi badających afiliację religijną, potrzeby duchowe oraz przekonania i wartości religijne, które mogą mieć wpływ na sytuację kliniczną i zachowania w chorobie (LaRocca-Pitts, 2009; Puchalski, 2006). W krajach zachodnich, jak donosi Christina Puchalski (2006), system opieki duchowej jest bardziej rozbudowany, gdzie w oddziałach szpitalnych i hospicjach spotyka się osoby profesjonalnie do tego przygotowane – kapelani, duchowieństwo, doradcy duchowi i przewodnicy duchowi. Kapelanami (*chaplains*) mogą być osoby wywodzące się z duchowieństwa lub osoby świeckie, które udzielają wsparcia pacjentom z różnych tradycji religijno-duchowych, określającym się zarówno jako wierzący, jak i niewierzący. Natomiast osoby duchowne (*clergy*) są zazwyczaj wyszkolone do udzielania porad przedstawicielom tego samego wyznania, które sami reprezentują. Doradcy duchowi (*pastoral counselors*) to profesjonaliści, zazwyczaj po studiach w zakresie *counsellingu*³ i dodatkowych przeszkoleniach w obszarze opieki duchowej (*pastoral care*). Autorka wyróżnia jeszcze kategorię przewodników duchowych (*spiritual directors*), którzy prowadzą na ścieżce duchowej, ale nie podejmują się *counsellingu*. W polskim systemie opieki zdrowotnej niewiele uwagi poświęca się formalnie kwestiom duchowym. Do rozmów na temat życia duchowo-religijnego delegowany jest najczęściej ksiądz pełniący funkcję szpitalnego kapelana lub psycholog. Księża nie są jednak traktowani jako część zespołu klinicznego i nie ma między nimi a personelem medycznym wymiany informacji o stanie psychicznym pacjenta. Wątpli-

³ *Counsellingiem* określa się fachowy rodzaj usług w zakresie udzielania pomocy i wsparcia psychologicznego.

wość budzi również poziom przygotowania kapelanów do pełnienia swych funkcji w oddziałach szpitalnych oraz mechanizmy w jakich są oni do tej roli delegowani. Jest to jeden z wątków prowadzonych aktualnie przez autora badań. Należy też zwrócić uwagę, że do oddziałów przyjmowani są często pacjenci niezwiązani z Kościołem katolickim, którzy mają potrzebę porozmawiania na tematy duchowe, ale nie chcą tego czynić z przedstawicielem wspomnianej denominacji. Wielu psychologów unika z kolei rozmów na tematy duchowo-religijne, ponieważ obawiają się przekroczenia granic swoich kompetencji. Warto dlatego podkreślić, że życie duchowo-religijne jest równie ważnym (a w niektórych sytuacjach najważniejszym) obszarem funkcjonowania człowieka i nie należy go pomijać w ocenie stanu zdrowia pacjenta. Nie uważam również, aby warunkiem *sine qua non* niesienia pomocy w tym zakresie była sytuacja, w której pacjent i klinicysta dzielą te same przekonania lub afiliację duchowo-religijną. Kompetentny oraz wrażliwy na różnice kulturowe i indywidualne klinicysta jest w stanie prowadzić szczerą, otwartą i wspierającą rozmowę w duchu ekumenicznym.

Za pomocą pytań dotyczących spraw duchowo-religijnych w kontekście choroby i hospitalizacji można stwierdzić, czy przekonania pacjenta będą pełnić funkcję salutogenną (pro-zdrowotną) czy patogenną. Aby uzyskać informacje o życiu duchowym pacjenta, Mark LaRocca-Pitts (2009) wyróżnia w swoim artykule na temat pomocy duszpasterskiej w służbie zdrowia trzy typy procedur: badanie przesiewowe ukierunkowane na obszar duchowości (*spiritual screen*), wywiad duchowy (*spiritual history*) i ocena duchowa (*spiritual assessment*). Są to procedury zbierania informacji przydatne w większości sytuacji klinicznych i dostarczające istotnych informacji na temat indywidualnych potrzeb chorego, kwestii mogących wspierać lub utrudniać terapię, potencjalnych zasobów chorego i strategii copingu oraz ewentualnych źródeł konfliktu, stresu. Narzędzia tego typu należą w Polsce raczej do rzadkości (o ile są w ogóle stosowane). Czasami jednak, elementy wspomnianego wywiadu duchowego lub oceny duchowej mogą pojawić się w wywiadzie psychologicznym.

Omawiane przez LaRocca-Pitts badanie przesiewowe może przeprowadzać rejestratorka w trakcie przyjmowania pacjenta do oddziału (jeżeli są ku temu odpowiednie warunki) lub pielęgniarka zbierająca wywiad. Składa się zazwyczaj z paru pytań dotyczących afiliacji religijnej, przekonań pacjenta oraz szczególnych potrzeb religijnych lub kulturowych, które mogą wpływać na jego funkcjonowanie w szpitalu. Przykładowe pytanie może brzmieć następująco: „Czy są jakieś ważne dla Pana/i kwestie kulturowe lub religijne, które mogą mieć wpływ na Pan/i leczenie, procedury medyczne lub samopoczucie w trakcie pobytu w szpitalu? Jeśli tak, to jakie?” Cechy te są względnie stałe i nie ulegają zmianie w trakcie hospitalizacji. Typowym przykładem jest uwarunkowane kulturowo lub religijnie unikanie przez pacjenta spożywania produktów zwierzęcych, trudność w omawianiu

intymnych spraw z lekarzem przeciwnej płci albo brak zgody na określone zabiegi. W Polsce nadal brakuje świadomości i wrażliwości na indywidualne potrzeby pacjentów związane z różnicami kulturowymi. W obliczu trudności finansowych w wielu oddziałach inne priorytety, aniżeli wspomniane potrzeby, będą brane pod uwagę w pierwszej kolejności. Wprowadzenie jednak tego typu pytań przesiewowych, na które można uzyskać odpowiedzi w krótkim czasie, mogłoby dostarczyć cennych informacji umożliwiających lepsze zrozumienie i polepszenie komfortu hospitalizowanych pacjentów, jak również zwiększenie ich poczucia podmiotowości.

Drugim typem procedury jest wywiad duchowy, z pytaniami dotyczącymi wcześniejszego i obecnego funkcjonowania pacjenta w obszarze duchowo-religijnym oraz potencjalnego wpływu tego obszaru na leczenie. Procedurę tą mogłaby przeprowadzać dowolna osoba z personelu medycznego, przygotowana w tym zakresie. W oddziałach szpitalnych o wysokim standardzie, przeszkolone pielęgniarki zbierają często od pacjentów wywiad na temat ich funkcjonowania psychospołecznego, społecznego, sytuacji rodzinnej, itp. Jest on uzupełnieniem do wywiadu lekarskiego, koncentrującego się zazwyczaj na obszarze medycznym. Dołączenie do wywiadu pielęgniarskiego pytań dotyczących kultury i religii może być prostym i skutecznym rozwiązaniem. Materiał uzyskany na podstawie wywiadu duchowego dostarcza więcej informacji o sposobach radzenia sobie pacjenta w sytuacjach kryzysu i utraty, grupie podstawowego oparcia, potrzebach duchowych pacjenta i potencjalnych trudnościach. Dostarcza ważnych informacji o stanie psychicznym i pozwala wskazać na ewentualną potrzebę konsultacji specjalistycznej. Należy pamiętać, że potrzeby duchowe pacjentów są dynamiczne – mogą się zmieniać w trakcie hospitalizacji i dlatego zaleca się powtarzać wywiad co jakiś czas – szczególnie w przypadku zmiany historii medycznej. Przykładowo pacjent przyjęty z krwiotłuciem do oddziału pulmonologii, który obawia się rozpoznania gruźlicy, może dobrze radzić sobie ze stresem i korzystać z bogatych zasobów związanych z obszarem duchowo-religijnym. Kiedy jednak w trakcie hospitalizacji okaże się, że jego objawy są spowodowane rakiem płuc, jedyną dostępną formą terapii jest opieka paliatywna, a szanse przeżycia ocenia się na około rok czasu, zasoby duchowe pacjenta mogą być niewystarczające, aby poradzić sobie z utratą i odnaleźć sens w nowej sytuacji. Być może pacjent będzie potrzebował interwencji kryzysowej, a także rozmów na temat zbliżającej się śmierci, sensu życia itp. W przypadku, gdy przekonania i praktyki duchowe-religijne ułatwiają pacjentowi uzyskanie poczucia sensu, koherencji, klinicysta może te zachowania wzmocnić poprzez uznanie ich wartości i zachęcenie do ich dalszego stosowania. Jeżeli jednak rozpozna, że zachowania pacjenta charakteryzuje negatywny coping, który wyraża nierozwiązane konflikty i powoduje stres, może zastosować odpowiednie interwencje terapeutyczne, zachęcić pacjenta do rozmowy z psychologiem, psychoterapeutą, doradcą lub przewodnikiem duchowym.

Trzecim rodzajem procedury zbierania informacji na temat życia duchowo-religijnego pacjenta jest ocena duchowa dokonywana na podstawie wywiadu pogłębionego, co pozwala utworzyć duchowy profil pacjenta. Dostarcza informacji o duchowej historii pacjenta, tradycji rodzinnej, przynależności do grup duchowych lub religijnych, wyznawanych wartościach i stosowanych praktykach oraz potencjalnych zasobach i trudnościach w obszarze duchowo-religijnym, które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie pacjenta, zachowania w chorobie oraz decyzje dotyczące leczenia. Ze względu na specyfikę tego wywiadu powinien być przeprowadzany przez osobę posiadającą specjalne przeszkolenie w tym zakresie. Zazwyczaj będzie to psycholog lub psychoterapeuta. Tak jak niezbędna wydaje się obecność psychologa w dobrze funkcjonującym oddziale szpitalnym lub hospicjum, tak samo ważne jest uwzględnienie potrzeb i dylematów natury duchowo-religijnej w rozmowach z niektórymi pacjentami, na przykład zmagającymi się z przewlekłą chorobą lub terminalnymi. Niestety, liczba psychologów w polskich oddziałach somatycznych jest wciąż mała i tego typu badania nie należą do standardów.

ROZMOWY O DUCHOWOŚCI W OBLICZU ŚMIERCI

Sytuacje graniczne stawiające ryzyko utraty zdrowia lub życia uruchamiają często w pacjentach myśli dotyczące sensu życia i cierpienia. Nieuchronnie pojawiają się pytania: czym jest śmierć? jak będę jej doświadczać? czy istnieje życie po śmierci? Przekonania duchowo-religijne mają w tych momentach duże znaczenie, jak również dotychczasowy sposób realizacji potrzeb związanych z tą sferą. Pacjenci umiejscawiający efektywnie korzystać z copingu religijnego mogą łatwiej radzić sobie w obliczu śmierci. Z drugiej strony, będzie ona większym wyzwaniem dla ludzi przeżywających konflikty w obszarze religii lub osób przekonanych, że wraz z ustaniem funkcji fizjologicznych znika świadomość wszystkiego i nie ma już nic poza tym. W pacjencie mogą aktywizować się pierwotne lęki anihilacyjne, przerażenie i rozpacz. W obliczu śmierci mogą również ulec przemianie postawy wobec życia, duchowości. Pacjent określający się jako niewierzący albo słabo zaangażowany w praktykę duchową może odczuć nagłą potrzebę pojednania z Bogiem albo zacząć poszukiwać odpowiedzi dotyczących zagadnień eschatologicznych w różnych systemach filozoficznych lub religijnych. Jest to prawdopodobnie jeden z powodów, że publikacje poświęcone śmierci i procesowi umierania zyskały na całym świecie tak dużą popularność, np. napisana przez buddyjskiego łamę Sogyala Rinpoche „Tybetańska Księga Życia i Umierania” albo „Rozmowy o śmierci i umieraniu” szwajcarskiej badaczki tego zjawiska, lekarza psychiatry Elizabeth Kübler-Ross. W ostatnich latach dyskusje na temat postaw wobec śmierci są też podejmowane w środkach masowego przekazu. Może się to wiązać zarówno z rosnącą świadomością dotyczącą istoty zjawiska, pragnieniem przełamania tabu i oswajania się z lękiem towarzyszącym śmierci.

Rozmowy na tematy potrzeb duchowo-religijnych są w medycynie paliatywnej szczególnie istotne. Kleinman (1981) podkreśla, że w wielu sytuacjach, gdy nie potrafimy wyleczyć choroby (*cure the disease*), nadal jest możliwe uśmierzenie cierpienia związanego ze sposobem przeżywania symptomów i byciem w roli chorego (*heal the illness*). Pułapką, w którą wpadają lekarze praktykujący na podstawie modelu biomedycznego, było traktowanie śmierci pacjenta w kategorii własnej porażki i nieumiejętności kontrolowania jakże naturalnych procesów. Pojawiające się wtedy frustracja, poczucie winy i bezradność prowadziły często do unikania chorego i rozmów na temat śmierci z pacjentem.

Badane postawy wobec śmierci i przekonania dotyczących tego, co się dzieje potem, łączą się z domeną wyznawanych poglądów duchowo-religijnych. Współgrają jednocześnie z różnymi mechanizmami psychologicznymi. Rolą klinicysty będzie zrozumienie tych relacji i ich wpływu na samopoczucie pacjenta. Ponieważ większość z nas nie ma bezpośredniego doświadczenia własnej śmierci klinicznej, jest to obszar projekcji własnych wyobrażeń na ten temat. Obawy niektórych pacjentów przyjmą postać pierwotnych lęków przed dezintegracją, nicością, końcem istnienia, inni będą się starali postrzegać ją w kategoriach transformacji, przejścia w inny wymiar egzystencji. Elizabeth Kübler-Ross w trakcie jednego z wystąpień publicznych nawiązywała do rozmów o śmierci z dziećmi, które często rysowały gąsienice w kokonie, przeobrażające się w motyle. Podobne rysunki znalazła w obozie koncentracyjnym w Majdanku. Badaczka twierdzi, że wiele dzieci wyobrażało sobie ten moment jako uwolnienie od ciała i przejście do innego, lepszego świata. Niektórzy z moich pacjentów używali natomiast metafory środków komunikacji: „Jadę autobusem do pewnego przystanku, a potem przesiadam się w kolejny. Moje ciało jest takim pojazdem”. Wyrażali explicite swoje przekonania dotyczące istnienia poza materią sfery duchowej lub strumienia świadomości związanego, ale nie tożsamego z ciałem fizycznym.

Bez względu na rodzaj przekonań na temat życia i śmierci, wielu pacjentów będzie zgłaszać obawy związane z bólem, zależnością od innych lub uczuciem opuszczenia oraz złości lub smutku z powodu antycypacyjnej żałoby (na okoliczność przewidywanej utraty ważnych osób, rzeczy, możliwości). Niektórzy przeżywają także obawy o bliskich, identyfikują się z nimi i wyobrażają rozdzierający smutek, jaki tamci będą przeżywać po ich śmierci lub zastanawiać się, jak sobie poradzą bez nich. Zarówno „wierzący” i „niewierzący” będą przejawiać potrzebę odnalezienia sensu w sytuacji zbliżającej się śmierci, utraty, żałoby.

W rozmowach z pacjentem można też przyjąć perspektywę, że wszyscy jesteśmy wierzący, chociaż różniemy się od siebie obiektem wiary – dla jednych będzie to Bóg, Allah, dla innych oświecona natura umysłu, Tao, Kosmos, siły przyrody albo rozum, biologia, nauka. Eksplorując natomiast obszar duchowości, warto zwrócić uwagę na obszary konfliktu. Ponieważ rodzina i kultura

pochodzenia kształtują tożsamość człowieka, to konflikty w obszarze religijnym mogą stanowić ekspresję trudności separacyjnych lub trudności w zakresie identyfikacji z obiektami pierwotnymi (pierwszymi znaczącymi opiekunami). Jeżeli rodzice są zagorzałymi praktykującymi, ich dorosłe dzieci mogą odwrócić się od tej tradycji i szukać alternatyw, jako sposobu zaznaczenia swojej odrębności. Pacjent wychowany na przykład w katolickiej rodzinie, który deklaruje, że nie wierzy w Boga, ma też często skonfliktowany obraz Boga – nie jest to Bóg, w którego chciałby wierzyć. Może posiadać obraz Boga opuszczającego, niesprawiedliwego, który podobnie jak rodzice, jest obiektem różnych pragnień i oczekiwań, a jednocześnie zawodu. Złość na zewnętrzne reprezentacje religii, tj. instytucje, Kościół, duszpasterzy może mieć charakter przeniesieniowy, związany z idealizacją i zawodem w stosunku do obiektów pierwotnych. W konsekwencji zdarza się, że dochodzi do negacji tradycji religijnej – apostazji lub tzw. spirali konwersji – ciągłych poszukiwań i prób odnalezienia się w kolejnych systemach religijnych lub grupach wyznaniowych. Zachowania takie mogą stać się wtedy przedmiotem analizy w trakcie terapii. Być może okaże się, że konflikty i kryzysy wiary były w danym przypadku ekspresją innych problemów niezwiązanych ze sferą sacrum. Ponadto, wiedza o sposobie postrzegania Boga, udziału Boga w życiu, stosunku do Boga i stosunku Boga do pacjenta oraz jego obrazie Boga staną się użyteczne, ponieważ dadzą nam więcej informacji o obiektach pierwotnych i sposobie ich przeżywania, a tym samym sposobie, w jaki pacjent może aktualnie przeżywać sprawiających opiekę (psychologa, psychoterapeutę, lekarza, pielęgniarki), w stosunku do których łatwo rozwija przeniesienie – szczególnie w trakcie hospitalizacji i sytuacji zagrożenia życia.

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE POZYSKIWIANIU DANYCH NA TEMATY DUCHOWO-RELIGIJNE

Trzeba pamiętać, że życie duchowo-religijne pacjenta należy do tematów bardzo intymnych. Rozmowy na nie powinny być przeprowadzane w atmosferze otwartości i poszanowania indywidualnych przekonań. Umiejętność podjęcia tych wątków da terapeutę szansę na zbudowanie bliższego kontaktu z pacjentem i lepsze zrozumienie jego potrzeb oraz systemu wartości. Pozwoli też na wsparcie posiadanych przez pacjenta adaptacyjnych strategii zachowań – poprzez szacunek, okazanie zrozumienia, podkreślenie ich wartości oraz zachęcenie do dalszego stosowania tych strategii copingu, które okazywały się pomocne. W ten sposób, pacjent może poczuć się ważny, zaopiekowany, traktowany podmiotowo.

Pacjenci komunikują swoje potrzeby i zaangażowanie duchowe na różne sposoby – explicite poprzez komunikaty werbalne, niewerbalnie (np. przesuwając w trakcie rozmowy koraliki różańca) lub też za pomocą elementów pozabehawioralnych, tj. źródeł komunikatów i sygnałów, które są nośnikami znaczenia, ale nie wiążą się z konkretnymi zachowaniami (np. umieszczony przez pacjen-

ta na stoliku lub nad łóżkiem obrazek przedstawiający święty obiekt).

Podobnie jak terapeuta bada postawy pacjenta za pomocą różnych pytań, tak samo pacjent może sondować gotowość klinicysty do omawiania wątków duchowo-religijnych przy pomocy niezobowiązujących komentarzy, np. „Jak Bozia da, to może dożyję nadchodzących świąt.” „Och pokarało mnie w tym życiu. Mam nadzieję, że anioły będą nade mną czuwać w tej chorobie.” „Modłę się tylko, żeby dać sobie z tym radę.” Funkcja tych komunikatów będzie oczywiście zależeć od kontekstu. Czasami pacjent w pewnym sensie bada w ten sposób reakcję terapeuty – czy ten zignoruje te wypowiedzi, czy potraktuje jak zaproszenie do rozmowy. W niektórych przypadkach warto, by terapeuta wprost zakomunikował swoją otwartość na poruszanie tematów związanych z duchowością, religijnością albo zapytał pacjenta, czy ma chęć poruszenia wspomnianych tematów w tej relacji. Przykładem może być fragment rozmowy terapeuty z pacjentką:

Terapeuta: Zauważyłem, że często trzyma Pani w dłoni różaniec i obraca koralikami. Zastanawiam się, jak ważny jest dla Pani obszar duchowo-religijny.

Pacjentka: To prawda, Panie Doktorze. W trudnych chwilach zawsze biorę różaniec i próbuję się modlić. Dzięki temu mogę się trochę uspokoić.

Terapeuta: Domyślam się, że może się Pani modlić właśnie o spokój.

Pacjentka: No tak. Nie wiem, jak to będzie z moim zdrowiem. Jak się modłę, to mam nadzieję, że Matka Boska będzie mnie trzymać w opiece. Ten różaniec dostałam dawno temu od mojej chrestnej i wiele razy przyniósł mi szczęście. Mam wrażenie, że opatrność czuwa nade mną. Czasem wystarczy, że trzymam go po prostu przy sobie i czuję się przez to bezpieczniej. Pewnie wyda się to Panu dziwne.

Terapeuta: Wręcz przeciwnie. Z tego, co słyszę, potrafi Pani czerpać dużo siły i nadziei z obszaru duchowego. Być może chciałaby Pani opowiedzieć mi więcej o swoich doświadczeniach i przeżyciach.

W podanym przykładzie, zarówno zachowania religijne (wyobrażanie sobie obiektu wiary, modlitwa), jak również sam różaniec pełnią specyficzną funkcję kojącą. Można ją porównać do roli obiektów lub czynności przejściowych opisywanych przez analityka Donalda Winnicotta – kiedy dziecko nuci sobie melodie albo ścisną ulubionego misia, kocyk lub poduszkę, aby uzyskać uspokojenie pod nieobecność matki. Rozmowa, szacunek i uznanie tych czynności za ważne umożliwi nie tylko nawiązanie bliższej relacji z pacjentem, ale też wesprze strategię copingu, które mają często korzystny wpływ na jego samopoczucie i funkcjonowanie.

Otwartość klinicysty i profesjonalizm w omawianiu duchowo-religijnego obszaru funkcjonowania pacjenta wiąże się z zachowaniem odpowiedniej etyki, jak również neutralnej postawy terapeutycznej. Wątpliwość budzą interwencje niosące znamiona misjonarstwa. Przykłady tego obserwowałem czasem pośród terapeutów,

którzy entuzjastycznie i bezkrytycznie inkorporowali do swej pracy zarówno techniki, jak i światopogląd pochodzący z innego kontekstu kulturowo-religijnego. Zagubionych lub „duchowo bezdomnych” pacjentów uczyli na przykład, jak będą doświadczać rzeczywistości po swojej śmierci, zamiast eksplorować własne fantazje pacjenta na ten temat, obawy i dylematy z tym związane. Interwencje takie przypominały bardziej nieświadomą próbę klinicysty skontrolowania własnych lęków związanych z tematem śmierci, niekoniecznie służyły jednak pacjentowi. Mimo to opuszczony, wylękniony i zależny pacjent jest w stanie tolerować większość zachowań personelu medycznego. Mając to na uwadze, terapeuta powinien umieć oddzielić własne przekonania i wartości duchowo-religijne od tych, które należą do pacjenta oraz pozostać względnie neutralnym.

Przed przystąpieniem do rozmowy na tematy duchowe klinicysta powinien mieć jasność, co do własnych postaw dotyczących religii i duchowości w terapii. Dane (2004) zauważa również, że musi być świadomy swoich własnych uprzedzeń, wartości i przekonań związanych ze „zdrową” duchowością. Powinien też zadać sobie pytania dotyczące granic kompetencji i języka używanego w komunikacji. Przekaz powinien być profesjonalny, szczery i dostosowany do pacjenta. Równocześnie istotne jest negocjowanie z pacjentem znaczenia niektórych terminów, np. „religia”, „duchowość” itp. Komentarze klinicysty będą zapewne różnić się od wypowiedzi duszpasterza. Warto, by pamiętał o pozostaniu względnie neutralnym, a jednocześnie wystrzegał się komentarzy, które mogą być przeżyte przez pacjenta jako redukcjonistyczne (o czym była mowa wcześniej).

Kolejnym rozstrzygnięciem będzie ustalenie granic i stopnia „przejrzystości” terapeuty – czy bardziej otwarcie będzie się dzielił własnymi doświadczeniami w duchu humanistycznym, czy przyjmie funkcję zaciekawionego badacza, eksplorującego materiał pacjenta na sposób analityczny. Jak zareaguje na pytanie pacjenta, czy wierzy w Boga, co myśli o śmierci itp. Czy podzieli się własnymi doświadczeniami, czy zripostuje: „jakie ma to dla Pana/i znaczenie?”. Szukając odpowiedzi na te pytania, warto mieć na uwadze kontekst pracy i typ pacjenta, z którym pracujemy. Niewątpliwie jednak, zapytany przez pacjenta, powinien wyjaśnić swój stosunek do spraw duchowo-religijnych w kontekście leczenia. Należy też sprawdzić, w jakim stopniu zrozumienie i zainteresowanie terapeuty eksploracją materiału dotyczącego duchowości jest kompatybilne z oczekiwaniami pacjenta.

Kolejnym istotnym czynnikiem mającym wpływ na gotowość klinicysty do podjęcia z pacjentem rozmowy na tematy religijne, jest rozpoznanie własnych przekonań duchowych i posiadanie uporządkowanego stosunku do spraw duchowo-religijnych. Trudno rozmawiać o duchowości osobom, które same doświadczają konfliktów w zakresie duchowości lub wyznania. Dane (2004) podkreśla, że klinicyści powinni być świadomi, jak własna historia życia i religia wpływa na postawy wobec kresu życia, decyzje dotyczące preferowanych sposobów

leczenia, postawy wobec eutanazji, aborcji, transplantacji organów. Chociaż rozeznanie własnych postaw w obszarze duchowym jest tak istotne, nawet psychoterapeuci często pomijają te wątki w trakcie własnej terapii szkoleniowej, tak jakby istniało w nich przekonanie, że o sprawach tych nie mówi się w terapii, ale z opiekunem duchowym. W konsekwencji często brakuje im okazji na przeanalizowanie własnego rozwoju duchowo-religijnego.

W rozmowie na tematy duchowe niektóre z przekonań pacjenta mogą być niezgodne z systemem wierzeń terapeuty, stanowić wyzwanie, budzić lęk lub irytację. Niewątpliwie w sytuacji takiej wskazana jest superwizja. Dane (2004) zwraca też uwagę na „duchowe przeciwprzeniesienie” terapeuty zajmującego się terminalnie chorymi. Pacjent, który traci życie, może wzbudzać w klinicyście lęk przed śmiercią, bezradność, jak również postawę określaną jako *survivor guilt* – poczucie winy dotyczące osób, którym udaje się przeżyć. Może też uruchamiać jego własne problemy związane z obszarem egzystencjalnym. Dlatego ważne jest eksplorowanie własnych postaw dotyczących śmiertelności, przemijania, sensu życia.

W sytuacji, gdy pacjent odmawia leczenia lub jakiegóż konkretnej formy terapii ze względu na przekonania religijne, wskazane jest rozpoznanie wierzeń pacjenta i rodziny, aby zrozumieć naturę problemu. Pomocne bywa zasięgnięcie informacji u innych przedstawicieli danego systemu. Może się czasem okazać, że o ile proponowany sposób leczenia wydaje się pacjentowi niezgodny z zasadami wyznawanej religii, to pozostali członkowie wspólnoty nie widzą w tym większego problemu. I odwrotnie – procedury, którym chce się poddać pacjent, mogą być w konflikcie z wartościami prezentowanymi przez resztę wspólnoty. Trudności mogą wynikać z indywidualnego sposobu interpretacji doktryny. Rolą klinicysty będzie zrozumienie motywów stojących za decyzjami chorego, ewentualne negocjowanie znaczeń i skierowanie go na rozmowę z terapeutą lub przewodnikiem duchowym, z którym zostaną omówione wspomniane obszary konfliktu.

Przed przystąpieniem do wywiadu klinicysta powinien mieć jasność, czego chce się dowiedzieć na temat sfery duchowo-religijnej pacjenta i dlaczego. Niewątpliwie różny będzie zakres pytań i stopień eksploracji obszaru potrzeb i praktyk duchowo-religijnych w rozmowie z lekarzem, pielęgniarką, psychologiem lub psychoterapeutą. Odpowiedzi na pytania mogą stanowić bogaty materiał kliniczny dotyczący grupy podstawowego oparcia, zasobów pacjenta, strategii copingu, ale równocześnie konfliktów wewnętrznych, niezrealizowanych potrzeb, dylematów egzystencjalnych, kryzysów wartości. Należy postępować z wyczuciem, cierpliwością, pozwalając pacjentowi dzielić się swoimi przemyśleniami i przeżyciami we własnym tempie. Trzeba też liczyć się z tym, że omawianie spraw duchowo-religijnych z osobą świecką będzie dla pacjenta rzeczą nową, budzącą obawy lub opór. Nie należy wtedy na pacjenta naciskać. Zamiast tego klinicysta powinien stworzyć mu przestrzeń, zbudować odpowiednią atmosferę i pozwolić, by pacjent sam zdecydował, czy i kiedy skorzysta z zaproszenia do rozmowy na ten temat.

LITERATURA

- Batson, C.D., Schoedrade, P., Ventis, W.L. (1993). *Religion and the individual*. New York: Oxford University Press.
- Dane, B. (2004). Integrating Spirituality and Religion. W: J. Berzoff, P. Silverman (red.), *Living with dying. A handbook for end-of-life healthcare practitioners* (s. 424–438). New York: Columbia University Press.
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2004). *Religia a kultura*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A.G., Pargament, K. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13, 86–93.
- Hood, R., Spilka, B., Hunsberger, B., Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Jacobs, C. (2004). Spirituality and end-of-life care practice for social workers. W: J. Berzoff, P. Silverman (red.), *Living with dying. A handbook for end-of-life healthcare practitioners* (s. 188–205). New York: Columbia University Press.
- Kennedy, V., Lloyd-Williams, M. (2006). Maintaining hope: Communication in palliative care. W: F. Stiefel (red.), *Communication in cancer care* (s. 47–60). Berlin-Heidelberg, Springer.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture*. London: University of California Press.
- Koenig, H.G. (2002). Religion, congestive heart failure, and chronic pulmonary disease. *Journal of Religion and Health*, 41, 3, 263–278.
- Koenig, H.G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97, 12, 1194–1200.
- Koenig, H.G., Larson, D.B. (2001). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67–78.
- Koenig, H.G., George, L.K., Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 554–562.
- LaRocca-Pitts, M. (2009). In FACT, chaplains have a spiritual assessment tool. *Australian Journal of Pastoral Care and Health*, 3, 2, 8–15.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lorenz, K.A., Hays, R.D., Shapiro, M.F., Cleary, P.D., Wenger, N.S. (2005). Religiousness and spirituality among HIV-infected Americans. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 4, 774–781.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 4, 710–724.
- Pargament, K.I., Zinnbaur, B.J., Scott, A.B., Zerowin, J., Stanik, P. (2003). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 12, 1335–1348.
- Pargament, K.I., Emery, E.E. (2004). The many faces of religious coping in late life: conceptualization, and link to well-being. *Aging International*, 29, 1, 3–27.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 4, 519–543.
- Pietkiewicz, I. (2008). *Culture, religion, and ethnomedicine. The Tibetan diaspora in India*. Lanham: University Press of America.
- Puchalski, C.M. (2006). *A Time for listening and caring: Spirituality and the care of the chronically ill and dying*. New York: Oxford University Press.
- Rizutto, A. (1979). *The birth of the living God. A psychoanalytic study*. Chicago: University of Chicago Press.
- Seccareccia, D., Brown, J.B. (2009). Impact of spirituality on palliative care physicians: Personally and professionally. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 9, 805–809.
- Sęk, H. (2005). *Psychologia kliniczna* (t. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Tatarkiewicz, W. (2005). *Historia filozofii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Testerman, J.K. (1997). *Spirituality vs religion: Implications for healthcare*. Silver spring, institute for christian teaching. http://circle.adventist.org/files/CD2008/CD1/ict/vol_19/19cc_283-297.pdf
- Yangerber-Hicks (2004). Religious coping styles and recovery from serious mental illness. *Journal of Psychology and Theology*, 32, 4, 305–317.

Tabela 1

Przykłady pytań diagnostycznych stosowane przez autora w wywiadzie pogłębionym dotyczącym sfery duchowo-religijnej pacjenta

Pytania otwierające

Na ile łatwo lub trudno jest Panu mówić o sferze duchowo-religijnej? Z kim zazwyczaj rozmawiał Pan o sprawach duchowo-religijnych? Jakiego znaczenia miały dla Pana te rozmowy? Jakiego miał Pan oczekiwania w związku z nimi?

Potrzeby duchowo-religijne pacjenta

Jakiego miejsca w hierarchii ważności zajmują u Pana potrzeby duchowo-religijne? Jakiego są Pana główne potrzeby duchowe i w jaki sposób je realizuje w codziennym życiu? Co dotychczas pomagało lub utrudniało realizować swoje duchowe potrzeby? W jakim stopniu uważa się Pan za osobę religijną? W jaki sposób przejawia się Pana duchowość?

Afiliacja religijna

Czy jest Pan zaangażowany w jakiś ruch religijny lub duchowy? Jeśli tak, to jaki? Jaki ma Pan kontakt ze społecznością praktykujących? W jakim stopniu jest Pan bezpośrednio zaangażowany w kontakty z innymi praktykującymi? Jakiego znaczenia ma dla Pana kontakt z tą społecznością? W jakim stopniu kontakt ten wpływa na realizowanie swoich potrzeb duchowych? Jakiego ma Pan oczekiwania w stosunku do osób należących do społeczności praktykujących? Czy posiada Pan osobę, która pełni funkcję Pana przewodnika duchowego? Kim ona jest? Jaki ma Pan stosunek do swojego przewodnika duchowego (lub przewodników duchowych)? Jak często ma Pan kontakt ze swoim przewodnikiem, jak długo trwają te spotkania, w jakim kontekście się odbywają i na czym polegają? Co Panu dają te spotkania?

Zaangażowanie duchowo-religijne

Na czym polega Pana praktyka duchowa/religijna? W jaki sposób Pan praktykuje? Jak często? W jakim stopniu, sposób i częstotliwość dotychczasowej praktyki odpowiada Pana potrzebom? Czy jest coś, co chciałby Pan zmienić w swoim życiu w zakresie realizacji potrzeb duchowo-religijnych? Czy chciałby Pan, aby coś się zmieniło w Pana sposobie lub częstotliwości praktyki? Jeśli tak, to co i dlaczego? Czy miał Pan jakieś doświadczenia duchowo-religijne, które były dla Pana szczególnie ważne lub o których chciałby Pan opowiedzieć?

Stosunek do potrzeb duchowo-religijnych w rodzinie pacjenta

Jak oceniliby Pan potrzeby duchowo-religijne u swoich najbliższych? W jaki sposób wyrażają oni te potrzeby? Jaki stosunek ma rodzina do Pana praktyk duchowo-religijnych? (Jak się do nich odnoszą, co mówią lub myślą według Pana?) W jakim stopniu wspierają Pana w wyrażaniu lub realizacji potrzeb duchowo-religijnych?

Coping religijny

W jakim stopniu Pana przekonania duchowo-religijne wpływają na przeżycia związane z obecną chorobą / sytuacją utraty, z którą się Pan zmagasz? W jaki sposób Pana praktyka duchowo-religijna pomaga w przetrwaniu / lepszym radzeniu sobie? Co takiego Pan robi? Jakiego znaczenia mają podejmowane działania? O co się Pan zazwyczaj modli? Co jest tematem Pana kontemplacji? W jaki sposób Pan medytuje? (Jeżeli pacjent zgłaszał tego typu formy) Jaki udział mają Pana przewodnicy duchowi i społeczność praktykujących w radzeniu sobie z trudną sytuacją? Na jaki rodzaj wsparcia może Pan liczyć? Jaki rodzaj pomocy z ich strony wykorzystuje Pan na co dzień?