

## BADANIA NAD EFEKTYWNOŚCIĄ WŁĄCZANIA TEMATYKI DUCHOWOŚCI I RELIGIJNOŚCI W PSYCHOTERAPII

### SCIENTIFIC RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF INCLUDING SPIRITUALITY OR RELIGIOSITY IN PSYCHOTHERAPY

Centrum Psychologiczne „Spotkanie”, Warszawa

**psychotherapy  
spirituality  
religiousness**

*Tematyka duchowości bądź religijności w psychoterapii pojawiła się w latach 80. i 90. XX wieku. Od tego czasu znacząco wzrosła liczba badań dotyczących efektywności tego rodzaju terapii. Badania naukowe wskazują, że psychoterapia uwzględniająca duchowość lub religijność pacjenta jest tak samo efektywna, jak inne rodzaje psychoterapii, a w pewnych przypadkach bardziej pomocna w terapii osób religijnych oraz w leczeniu depresji.*

**Summary:** Spirituality and religiosity appeared in psychotherapy in the 1980's and 1990's of the twentieth century. Since then, the number of studies on the effectiveness of including them in psychotherapy has significantly increased. Scientific research shows that psychotherapy which takes into account the patient's spirituality or religiosity is just as effective as other forms of psychotherapy, and in some cases even more effective, especially in the treatment of religious individuals and in the treatment of depression

### Wprowadzenie

Włączanie duchowych i religijnych zagadnień do psychoterapii zyskało wiele uwagi w literaturze ostatnich lat. Na świecie pojawia się coraz więcej książek na temat uwzględniania duchowości i religijności w psychoterapii oraz artykułów w naukowych wydawnictwach opisujących wyniki badań w tym zakresie. Publikacje te dotyczą wszelkiej duchowości/religijności [1–3], a w szczególności duchowości chrześcijańskiej [4–7]. W USA wyróżniono cztery modele dialogu między psychologią a chrześcijaństwem [8]. Duchowość i religijność są obecne w większości podejść teoretycznych [9]. Także psychoanaliza zdaje się otwierać na dialog w tym obszarze [10]. W roku 2013 Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologiczne zaczęło wydawać nowy periodyk „Spirituality in Clinical Practice” [11]. W Polsce ukazały się tłumaczenia znaczących pozycji książkowych dotyczących tej problematyki [3, 10]. Na łamach „Więzi” odbyła się też szeroka dyskusja w gronie psychoterapeutów dotycząca relacji między psychiatrią i psychoterapią a teologią [12].

Przyjęta przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne definicja psychoterapii opartej na dowodach mówi, że: „Praktyka oparta na dowodach to integracja najlepszych wyników badań z klinicznym doświadczeniem, uwzględniająca kontekst kulturowy, indywidualne cechy i preferencje pacjenta” [13, str. 273]. Zalecenia APA, jak również wyniki badań naukowych [14] wskazują, że pomoc psychologiczna jest najbardziej efektywna, gdy jest dostosowana do indywidualnych cech pacjenta, takich jak, między innymi, jego wartości, światopogląd, duchowość i religia.

Poniżej przedstawiam wyniki badań dotyczących psychoterapii uwzględniającej wymiar duchowy, a w szczególności — duchowość chrześcijańską. Omówienia zawierają informacje o tym, jakie specyficzne techniki brano pod uwagę w poszczególnych badaniach.

### **Definicje duchowości i religijności**

W literaturze przyjęto, że termin „duchowość” odnosi się do doświadczeń transcendentnych i sposobów pojmowania Boga i innych sił we wszechświecie, a „religijność” — do zinstytucjonalizowanego systemu przekonań, wartości i działań opartych na duchowym credo [9, 15].

Postulat uwzględniania duchowości lub religijności pacjenta dotyczy co do zasady wszelkich religii i form duchowości, na przykład buddyjskiej, judaistycznej czy chrześcijańskiej, jednak co do treści wystąpią tu różnice: duchowość wschodnia, do której nieraz odwołują się terapeuci, jest w inny sposób uwzględniana w psychoterapii niż duchowość chrześcijańska i — co najistotniejsze — w kulturze amerykańskiej czy europejskiej należy ona raczej do przekonań terapeutów, a nie pacjentów.

### **Zasady integrowania duchowości/religijności z psychoterapią**

Włączanie tematyki duchowości do psychoterapii nie jest oczywiście procesem zupełnie dowolnym. Psychoterapia, w której wiara jest respektowana, powinna stosować się do pewnych zasad [3]. Przede wszystkim: Psychoterapeuta zajmuje się leczeniem i jest przygotowany profesjonalnie do leczenia zaburzeń psychicznych; nie jest kierownikiem duchowym. Terapeuta jest uważny i otwarty na wymiar duchowy pacjenta oraz jego doświadczenia religijne — zakłada się, że wymiar ten jest ważny dla pacjenta i nieredukowalny do wymiaru psychologicznego. Psychoterapeuta nigdy nie dewaluuje wiary pacjenta ani jego duchowych doświadczeń, nie próbuje go nawracać i nie zmusza do mówienia na te tematy. Jeśli został podjęty dialog terapeutyczny dotyczący wiary, religii czy doświadczeń duchowych, istotna jest uważność na proces przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Psychoterapeuta koncentruje się na celach terapii, a nie na teologicznych wyjaśnieniach.

Efektywność interwencji o charakterze religijnym lub duchowym zależy od kontekstu, w jakim są stosowane, oraz sposobu, w jaki porusza się te tematy [16]. Nie należy stosować interwencji oceniających i wzbudzających poczucie winy. Role terapeuty i lidera wspólnotowego czy duszpasterza muszą być rozdzielone. Interwencje o podłożu religijnym powinny być stosowane tylko w uzasadnionych przypadkach. Poruszanie tematów religijnych lub duchowych podczas psychoterapii musi odbywać się za zgodą pacjenta (niektórzy pacjenci, nawet bardzo religijni, mogą sobie tego nie życzyć).

Terapeuci, którzy chcą włączać kwestie duchowe i religijne do psychoterapii, powinni być do tego przygotowani. Powinni mieć wiedzę o możliwej różnorodności przekonań religijnych pacjentów i być szkoleni w odróżnianiu religijnej patologii od właściwego pojmowania wiary [17, 18]. Psychoterapeuci powinni być również świadomi własnych przekonań z tego obszaru i własnych postaw wobec religii oraz unikać negatywnych dla pacjenta skutków ideologicznego przeciwprzeniesienia [19, 20]. Świadomość w tym obszarze ma służyć nienarzacaniu własnych wartości.

### Stan badań nad uwzględnianiem religijności w psychoterapii w roku 1996

„Psychological Bulletin” prezentuje dokonany przez Worthingtona i wsp. [17] przegląd 148 artykułów nt. badań empirycznych dotyczących uwzględniania religijności w psychoterapii lub poradnictwie psychologicznym. Autorzy metaanalizy stwierdzili, że nastąpiła znacząca poprawa jakości metodologicznej tych badań; obecnie spełniają one odpowiednie naukowe standardy.

Przyjęto, że termin „religijny” odnosi się do wszelkiej religii, a termin „duchowy” do wiary czy uznawania siły wyższej niż materialna rzeczywistość. Jako religijne interwencje autorzy traktują techniki zapożyczone z tradycji religijnych i używane jako uzupełnienie tradycyjnej terapii w pracy z religijnymi pacjentami (np. poruszanie tematu grzechu, winy, przebaczenia czy udziału w religijnych praktykach), rozmowy wprost o wpływie na działania danej osoby jej religijnych przekonań i wartości, a także terapię realizowaną w jawnie religijnym kontekście, w którym poruszanie tych kwestii może być oczekiwane. Jako „świeckie” autorzy definiują interwencje niereligijne — zarówno pomijające religię przy ustalaniu istotnych wartości, jak i nie zgadzające się z religijnymi przekonaniami. Świecka terapia, nie włączająca treści religijnych, może pojawić się u religijnych psychoterapeutów, a religijna u niewierzących.

Badania wykazują, że osoby religijne nie mogą być traktowane jako psychicznie niezdrowe, a religijność nie powoduje negatywnych skutków dla zdrowia psychicznego. Religia może dawać poczucie sensu, wzmacniać nadzieję i optymizm, tworzy pozytywne normy społeczne, zapewnia społeczne wsparcie i daje jednostce poczucie transcendencji. Przekonania religijne pomagają ludziom w radzeniu sobie z samotnością i cierpieniem. Osoby głęboko religijne inaczej postrzegają świat niż osoby niereligijne, mają inne schematy poznawcze, w związku z tym inaczej też postrzegają psychoterapię. Tego typu osoby preferują terapeutów o podobnych przekonaniach i reagują negatywnie, gdy ich przekonania są podważane. W zależności od tego, co pacjenci wiedzą o religijności terapeuty, potrafią zmieniać stopień swojego otwarcia. Badani żydzi otwierali się bardziej, gdy terapeuta był w jarmulce, chrześcijanie zaś, gdy widzieli na ścianie krzyż. Pomimo tych preferencji, pacjenci nie chcieli, by ich terapia koncentrowała się na sprawach religijnych. Badania wykazują, że pacjenci mają tendencję do przejmowania wartości swoich terapeutów, szczególnie osobistych i dotyczących zdrowia psychicznego, ale osoby religijne korzystające ze „świeckiej” terapii raczej nie zmieniają swoich przekonań religijnych.

W artykule [17] wyraźnie odróżnia się kierownictwo duchowe od psychoterapii czy poradnictwa psychologicznego. Kierownictwo duchowe definiowane jest jako udzielanie porad mających na celu rozwój duchowy, ale niekoniecznie rozwiązanie problemów danej osoby. Nawrócenie religijne nie jest celem terapii, chociaż poruszanie tematów religijnych w kontekście problemów pacjenta może dać w efekcie ożywienie wiary.

Autorzy wymieniają techniki religijne stosowane w ośrodkach prowadzonych przez protestantów lub mormonów, takie jak: odniesienia do Biblii, wyjaśnienie religijnych pojęć, używanie religijnych symboli, zachęcanie do przebaczenia, praca domowa o charakterze religijnym, rozmowa na temat wiary, modlitwa za pacjenta poza sesją, modlitwa z nim w czasie sesji. Jednak stwierdza się, że techniki te nie są często stosowane, a jeśli są, to

wyłącznie w pracy z bardzo religijnymi osobami. Z innych religijnych tradycji wymienia się tu medytację buddyjską.

### **Zastosowanie terapii zorientowanych duchowo**

Rezultaty religijnych i duchowych zastosowań w psychoterapii przedstawili w „Psychotherapy Research” w 2007 roku Smith i wsp. [9]. Omówili wyniki metaanalizy 31 badań terapii „duchowych” przeprowadzonych w latach 1984–2005 wśród 1845 osób (chrześcijanie, muzułmanie, żydzi, buddyści) cierpiących na różnego rodzaju dolegliwości psychiczne. Ustalenia dostarczają dowodów empirycznych, że zorientowane duchowo podejście w psychoterapii może przynieść korzyści (np. w pracy z depresją, lękiem, stresem, zaburzeniami jedzenia).

Interwencje duchowe są stosowane coraz częściej we wszystkich formach leczenia, w tym w psychoterapii indywidualnej, terapii grupowej, terapii małżeńskiej i rodzinnej oraz w terapii dzieci i młodzieży. Perspektywa duchowa i duchowe interwencje zostały włączone w większość głównych podejść teoretycznych, w tym w tradycję psychoanalityczną, terapię adlerowską, terapię behawioralną, terapię poznawczą, racjonalno-emotywną terapię zachowań, terapię skoncentrowaną na kliencie, terapię egzystencjalno-humanistyczną, terapię Gestalt, analizę transakcyjną. Religia i duchowość są coraz częściej postrzegane jako ważne aspekty zróżnicowania pacjentów, a duchowe interwencje są włączane do leczenia różnorodnych, wielokulturowych i specyficznych populacji.

Wykazano spójny związek obu pojęć ze zdrowiem psychicznym. Podejście religijno-duchowe do psychoterapii daje możliwość podejmowania zagadnień religijno-duchowych wtedy, gdy jest to wskazane, posługując się językiem i interwencjami uwzględniającymi szacunek dla kontekstu religijnego/duchowego pacjenta. Takie podejście do leczenia daje możliwość większej spójności z systemem wartości pacjenta i wykorzystania w leczeniu już używanych przez niego sposobów religijnego/duchowego radzenia sobie z trudnościami.

Specyficzne duchowe interwencje najczęściej podejmowane w analizowanych badaniach to: prywatna (wewnętrzna) modlitwa za pacjentów, przedstawianie religijnych i duchowych koncepcji, zachęcanie do przebaczenia, nawiązywanie do ich religijno-duchowej historii, odwoływanie się do świętych pism. Do najrzadziej stosowanych interwencji należały: duchowa medytacja, religijna relaksacja i symbolika, dogłębna ocena religijno-duchowa oraz modlenie się na głos podczas sesji.

Praktycy powinni unikać błędów etycznych i upewniać się, czy religia i duchowość są zintegrowane z psychoterapią w sposób, który jest korzystny dla pacjentów i zgodny z etyką zawodową. Pacjent musi być odpowiednio doinformowany i wyrazić zgodę na poruszanie kwestii duchowych, musi być uwzględniony rozwój jego tożsamości duchowej, muszą być respektowane jego wartości i przestrzegane ustalenia kontraktu. Ponadto psychoterapeuta powinien być kompetentny w stosowaniu tego typu psychoduchowego integracyjnego podejścia.

Zaprezentowany metaanalityczny przegląd badań wskazuje, że podejścia włączające duchowość do psychoterapii są efektywne. Klinicyści wydają się usprawiedliwieni w podejmowaniu interwencji opartych na duchowości, pod warunkiem wyrażenia na nie zgody

przez pacjenta oraz odpowiedniej oceny jego wierzeń i praktyk duchowych. Uzyskane dane sugerują także, że pacjenci w terapii zorientowanej duchowo mogą w szczególnie sposób czerpać korzyści w tych momentach, kiedy uczą się zastosowania swoich własnych religijnych i duchowych przekonań do rozwiązywania problemów związanych ze swoim zdrowiem psychicznym.

### **Efektywność psychoterapii chrześcijańskiej**

Także w 2007 roku i także w „Psychotherapy Research” zaprezentowali swoje badania nad efektywnością psychoterapii chrześcijańskiej Wade i wsp. [21]. Przedstawili różne sposoby rozumienia pojęcia „terapia chrześcijańska”. Na potrzeby badania przyjęli założenie, iż są to formy pracy określane przez ośrodki i praktykujących psychoterapeutów jako „chrześcijańskie”, bez względu na rzeczywistą liczbę stosowanych technik o zabarwieniu religijnym. Autorzy prezentują także przegląd badań, z którego wynika, że zintegrowana terapia religijna jest tak samo skuteczna jak tradycyjna psychoterapia. Przedstawiona seria badań dotyczących zaangażowania religijnego psychoterapeuty i pacjenta wskazuje, że podobieństwo w tym obszarze ma największe znaczenie dla pacjentów o wysokim stopniu religijności. Wśród terapeutów istnieje zgodność co do tego, że zagadnienia duchowe mogą być włączane do psychoterapii. Zarówno psychoterapeuci religijni, jak i niereligijni zgadzają się, iż niektóre formy interwencji, takie jak omawianie doświadczeń religijnych czy cicha modlitwa za pacjentów (modlitwa wewnętrzna terapeuty), mogą znaleźć zastosowanie w terapii. Niektóre formy interwencji nie powinny być stosowane, na przykład wspólna modlitwa z pacjentem lub zachęcanie go do podjęcia lub porzucenia praktyk religijnych.

Wade i wsp. przeprowadzili badanie, w którym wzięło udział 220 pacjentów i 51 psychoterapeutów z sześciu ośrodków chrześcijańskich i jednego ośrodka świeckiego z terenu całych Stanów Zjednoczonych. Terapeuci oceniali za właściwe lub niewłaściwe takie interwencje, jak: poznanie religijnych przekonań pacjenta, modlitwa z pacjentem, prywatna modlitwa za niego, nawiązywanie do religijnego języka lub koncepcji, polecenie religijnych publikacji, zachęcanie do aktywności religijnej. Pacjenci natomiast oceniali swój komfort związany z interwencjami o charakterze religijnym — takimi jak modlitwa z nimi lub za nich, odniesienia do Biblii, rozmowa na temat wiary i przebaczenia przez Boga, wyznaczanie zadań o charakterze religijnym — oraz z interwencjami świeckimi, takimi jak: koncentrowanie się na zmianie zachowania, na rozwiązaniu problemu, na emocjach, rozmowa o doświadczeniach w dzieciństwie, omawianie relacji terapeutycznej, myśli i przekonań, rozmowa na temat przebaczenia sobie i innym.

Zarówno pacjenci poszukujący chrześcijańskiego terapeuty, jak i terapeuci pracujący w nurcie psychoterapii chrześcijańskiej, uznali interwencje o charakterze religijnym za adekwatne. Pacjenci w ośrodkach chrześcijańskich i świeckich deklarowali podobne poczucie bliskości z terapeutami oraz podobną (znaczącą) poprawę w miarę trwania terapii. W porównaniu z terapeutami z ośrodka świeckiego, psychoterapeuci z ośrodków chrześcijańskich stosowali świeckie interwencje z podobną częstotliwością, częściej zaś niż terapeuci świeccy podejmowali interwencje religijne. We wszystkich ośrodkach pacjenci głęboko religijni deklarowali większą bliskość z terapeutami i większą poprawę po interwencjach religijnych niż pacjenci o niskim stopniu zaangażowania religijnego.

Wykazano, że występowanie interakcji między religijnością pacjenta a podejmowaniem interwencji religijnych może pozytywnie wpływać na poczucie bliskości w relacji terapeutycznej i poprawę funkcjonowania pacjenta. Stosowanie interwencji spójnych ze światopoglądem pacjenta może przyczynić się do poprawy jego funkcjonowania, niezależnie od rzeczywistego poziomu zaangażowania religijnego terapeuty. Największe korzyści z interwencji religijnych odnoszą pacjenci o wysokim zaangażowaniu religijnym. Autorzy omawianego artykułu wyciągają stąd wniosek, że ocena zaangażowania religijnego pacjenta powinna mieć wpływ na przewidywanie, które techniki będą najbardziej efektywne.

### **Terapia poznawczo-behawioralna z elementami religijnymi**

Badania porównawcze terapii poznawczo-behawioralnej z elementami religijnymi oraz tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej stosowanej wobec cierpiących na depresję [22] wykazały, że u osób religijnych, chorych na depresję, które uczestniczyły w terapii poznawczo-behawioralnej z włączeniem interwencji religijnych, nastąpiła większa redukcja objawów depresji i poprawa funkcjonowania społecznego i ogólnego samopoczucia, niż w grupie pacjentów korzystających z tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej.

Uczestników badania wyłoniono z populacji ogólnej poprzez artykuły w prasie chrześcijańskiej. Były to osoby depresyjne, nie zażywające leków, opisujące siebie jako chrześcijanie, nie korzystające z żadnej formy pomocy psychologicznej lub duszpasterskiej. Prowadzone w czasie badania interwencje poznawczo-behawioralne (TPB) koncentrowały się na restrukturyzacji poznawczej i zadaniach behawioralnych, przy czym w „religijnym” wariantcie TPB używano argumentów religijnych w pracy z błędnymi przekonaniami i stosowano procedury wyobrażeniowe o charakterze religijnym.

Największą poprawę uzyskała grupa poddana terapii poznawczo-behawioralnej z elementami religijnymi, prowadzona przez niereligijnych terapeutów, najmniejszą zaś uzyskali pacjenci poddani standardowym procedurom TPB, stosowanym przez niereligijnych terapeutów. Prowadzi to do wniosku, iż można zwiększyć skuteczność terapeutów niereligijnych przez modyfikację samej metody TPB. Wyniki tego badania wskazują też, że ani skrajne podobieństwo między światopoglądem terapeuty a prowadzoną przez niego terapią, ani jawna sprzeczność pomiędzy wartościami wyznawanymi przez niego a jego metodami pracy nie przyczyniają się do lepszych efektów w terapii. Najbardziej znaczącą poprawę uzyskali pacjenci z grup o średniej zgodności światopoglądu terapeuty z proponowaną metodą terapii, tzn. najlepsze wyniki uzyskały osoby leczone przez niereligijnych terapeutów metodą TPB z treściami religijnymi oraz pacjenci leczeni standardową terapią poznawczo-behawioralną przez religijnych terapeutów.

Komentujący [21] wyniki powyższych badań sugerują, że kluczowe dla pacjentów jest nie to, czy psychoterapeuta jest religijny czy nie, ale to, czy postrzegają go oni jako otwartego, rozumiejącego i akceptującego ich religijne zaangażowanie. Osoby religijne mogą antycypować negatywne doświadczenia ze świeckimi czy niereligijnymi terapeutami, obawiając się, że ich wartości i przekonania nie będą akceptowane lub zostaną podważone [23]. Zasadność tego typu obaw zdają się potwierdzać badania wykazujące proces tzw. ideologicznego przeciwprzeniesienia u terapeutów [19].

Inni badacze [24] sprawdzali wpływ świeckiego i chrześcijańskiego programu terapii poznawczo-behawioralnej na depresję i dobrą kondycję duchową [24]. Stwierdzili, że terapia zgodna z wartościami religijnymi pacjentów może być bardziej efektywna niż tradycyjna terapia poznawczo-behawioralna. Wykazali również wysoką korelację między redukcją depresji a poprawą kondycji duchowej (spiritual well being) u wszystkich uczestników badania.

### **Interwencje uwzględniające wymiar duchowy w terapii osób molestowanych seksualnie**

W „Mental Health, Religion & Culture” Nichole i wsp. [25] prezentują ocenę interwencji o charakterze duchowym u osób molestowanych seksualnie. W zastosowanej przez nich terapii wystąpiły takie elementy, jak: praca nad obrazem Boga, wyrażanie uczuć złości do Niego, poczucie opuszczenia, wspieranie aktywnej postawy w relacji z Bogiem, stopniowe przeniesienie złości do Boga na rzeczywistego sprawcę molestowania, stopniowy wzrost zaufania do Boga w osobistej relacji z Nim, pojawienie się nadziei na uzdrowienie, odkrycie piękna własnego ciała, poczucie obecności Boga.

U pacjentów zaobserwowano wzrost umiejętności religijnego radzenia sobie z trudnościami, poprawę duchowego i psychicznego samopoczucia i rozwój pozytywnych obrazów Boga. Dodatkowo, analiza interwencji metodą ARIMA wykazała znaczące zmiany już podczas trwania interwencji (np. pacjenci częściej w ciągu dnia wykorzystywali religijne sposoby radzenia sobie). Programy, takie jak „Pociecha dla duszy”, okazały się obiecujące w szybszym uzyskaniu wyzdrowienia po zaznanym w dzieciństwie molestowaniu.

Podsumowując, wiele osób doświadczających traumatycznych przeżyć opiera się na duchowości jako cennym sposobie radzenia sobie, zwracając się w trudnych chwilach do Boga i wspólnot religijnych. Duchowość może okazać się pomocna w procesie zdrowienia, gdyż takie sposoby, jak np. rozwinięcie wspierającej relacji z Bogiem oraz poszukiwanie duchowych związków i wsparcia korelowały z poprawą zdrowia psychicznego i zwiększały posttraumatyczny rozwój.

### **Religia/duchowość a terapeuci, religia/duchowość a pacjenci**

„Journal of Clinical Psychology” z 2009 roku przedstawia przegląd badań dotyczących religii i duchowości w psychoterapii autorstwa Posta i Wade’a [26]. Autorzy starają się dostarczyć specjalistom wiedzy o efektywnych sposobach włączania sfery sacrum do ich praktyki klinicznej. Przegląd obejmuje trzy główne obszary: religia/duchowość a terapeuci, religia/duchowość a pacjenci oraz religijne/duchowe interwencje. Badania wykazują, że psychoterapeuci są otwarci na omawianie kwestii religijnych i duchowych, pacjenci chcą omawiać te zagadnienia podczas terapii oraz że zastosowanie religijnych/duchowych interwencji w pracy z niektórymi pacjentami może okazać się efektywnym uzupełnieniem tradycyjnych interwencji terapeutycznych.

Według przedstawianych badań psychoterapeuci są mniej religijni niż pacjenci, którym służą, chociaż w większości postrzegają religię jako pomocną, a nie raniącą, oraz mają minimalne przygotowanie do rozumienia religijno-duchowej różnorodności pacjentów. Badanie programów szkoleniowych akredytowanych przez Amerykańskie Towarzystwo

Psychologiczne wykazało, że tylko 13% z nich oferuje wiedzę z zakresu religii/duchowości, 17% porusza te tematy systematycznie, a 16% — wcale.

Autorzy przedstawiają m.in. wyniki badania jakościowego grupy terapeutów doświadczonych w zajmowaniu się duchowo-religijnymi problemami. Zauważono, że znają oni i doceniają różnorodność duchowych ścieżek i są bardzo ostrożni, by nie narzucać własnych wartości. Najczęściej stosowaną metodą (według opinii autorów artykułu prawdopodobnie najbardziej skuteczną, jeśli idzie o zainicjowanie rozmowy na te tematy) była wyrażana wprost gotowość do poruszania kwestii religijno-duchowych w trakcie psychoterapii.

Badani pacjenci w większości byli zainteresowani włączaniem do psychoterapii kwestii religijno-duchowych, a 18% wolało ich nie poruszać. 60% uczestników grupy badanej deklarowało jakąś przynależność religijną, a 40% — nie podało żadnej, co oznacza, że część osób nie deklarujących przynależności religijnej uważała za właściwe poruszanie tych tematów podczas terapii. Inne uwzględnione w przeglądzie badanie [26] obejmujące 2754 pacjentów wykazało, że 20% z nich ma wysoki poziom stresu związanego z problemami natury religijno-duchowej (np. myśli o byciu ukaranym za grzech), co według autorów artykułu sugeruje, że pytanie o religijno-duchową historię pacjenta powinno być rutynowe. Kolejne badanie obejmowało 165 pacjentów ośrodka chrześcijańskiego: osoby dorosłe, deklarujące się jako chrześcijanie (prawdopodobnie z kościołów protestanckich, ponieważ autorzy rozróżniają: „katolików i chrześcijan”), modlące się często w ciągu dnia. 85% z nich oczekiwało wspólnej modlitwy podczas sesji.

Ogólnie autorzy przeglądu [26] stwierdzają, że wielu pacjentów jest otwartych na poruszanie kwestii religijno-duchowych. Dla niektórych ten obszar jest znaczącym źródłem stresu. Pacjenci oczekują szacunku dla swoich przekonań religijnych i wartości, a psychoterapeuci powinni badać ich oczekiwania dotyczące poruszania zagadnień z obszaru duchowości/religijności. Autorzy omawiają też religijno-duchowe interwencje rozumiane jako świeckie techniki, modyfikowane tak, by włączały kontekst religijny (np. chrześcijańska terapia poznawcza), lub jako działania wzięte z praktyk religijnych (np. odniesienia do religijnych tekstów, wyjaśnienie religijnych lub duchowych koncepcji, modlitwa). W 31 badaniach religijno-duchowe podejścia do terapii były efektywne. W 16 badaniach, w których religijno-duchowe interwencje były porównywane ze świeckimi interwencjami, te religijno-duchowe były bardziej efektywne. Według autorów przeglądu, najbardziej efektywnymi tego typu interwencjami wydają się typowe techniki psychoterapeutyczne zintegrowane z perspektywą religijną (np. chrześcijańska terapia poznawczo-behawioralna), modlitwa oraz nauczanie religijno-duchowych koncepcji. Tego typu interwencje mogą być pomocne dla religijnych pacjentów i być stosowane przez psychoterapeutów, którzy sami nie są religijni.

W „Professional Psychology: Research and Practice” przedstawili wyniki swoich badań, dotyczących częstotliwości stosowania technik o charakterze duchowym lub religijnym Frazier i Hausen [27]. Zauważyli, że psychologowie są od pewnego czasu zachęceni do podejmowania w psychoterapii zagadnień religijnych i duchowych. Ich badania wskazują, że im większa religijna/duchowa samoidentyfikacja terapeuty, tym większe prawdopodobieństwo, że będzie on stosował takie interwencje w swojej pracy. Jednakże, ogólnie rzecz biorąc, w 90% indywidualnych przypadków klinicyści angażowali się w duchowe/



religijne interwencje rzadziej niż powinni według wypełnionej przez nich skali oceny ważności tych interwencji.

### **Cechy psychoterapii uwzględniającej wymiar duchowy**

Empiryczne uzasadnienie ukierunkowanej duchowo psychoterapii podali w periodyku „Mental Health, Religion & Culture” Pargament i wsp. [28]. Na podstawie analizowanych badań wyciągnęli następujące wnioski:

1. duchowość może być pomocna w rozwiązywaniu problemów psychologicznych;
2. duchowość sama w sobie może być źródłem problemów;
3. ludzie oczekują form pomocy uwzględniających ich duchowość;
4. duchowość nie może być oddzielona od psychoterapii.

Wielu ludzi poszukuje w duchowości wsparcia i ukierunkowania w trudnych chwilach. W prezentowanych w przywołanym artykule przypadkach pokazywane są sytuacje, gdy reakcja psychiatry lub psychoterapeuty powodowała, że pacjent zamykał się w sobie i nie ujawniał duchowych przeżyć czy wątpliwości. Spośród badanych 400 osób poważnie chorych psychicznie, 80% stwierdziło, że odwołuje się do jakiegoś rodzaju religijnych wierzeń lub praktyk, by sobie pomóc. Ale wśród osób psychicznie chorych wielu doświadcza traktowania ich duchowości jako objawu choroby. Chorzy oczekują rozmowy na tematy duchowe — nie zawsze do niej dochodzi.

Pargament i wsp. biorą też pod uwagę, że niektóre religijne doświadczenia mogą być trudne czy problematyczne, np. złość na Boga, poczucie ukarania przez Boga, uczucie złości na kościół, wyalienowania z kościoła, presja kościoła czy przypisywanie osobistych kłopotów działaniu diabła. Ludzie doświadczają też różnego rodzaju duchowej walki, jednak ryzyko psychicznych problemów leży nie w samej walce duchowej, ale związane jest z poczuciem utknięcia w tym zmaganiu. W tego typu problemach wydaje się potrzebna rozmowa poruszająca wprost kwestie religijne lub duchowe.

Jak zatem powinna wyglądać psychoterapia uwzględniająca wymiar duchowy? Według autorów przedstawionego wyżej artykułu jest ona:

- oparta na teorii duchowości,
- zorientowana empirycznie,
- ekumeniczna i — możliwa do zastosowania w praktycznie każdej formie psychoterapii.

Praca Pargamenta i wsp. zawiera też rozważania na temat potencjalnych problemów związanych z duchowo zintegrowaną psychoterapią. Autorzy wskazują tu na:

- niebezpieczeństwo strywializowania duchowości i sprowadzenia jej jedynie do narzędzia służącego do osiągnięcia zdrowia psychiczne
- zredukowanie duchowości do bardziej pierwotnych motywów i dążeń,
- narzucanie pacjentom duchowych wartości oraz
- przecenianie znaczenia duchowości.

„Być może jednak — jak piszą autorzy — największym niebezpieczeństwem jest zaniedbanie znaczenia wymiaru duchowego w psychoterapii” [28, str. 155].

### **Interwencje duchowe z perspektywy głęboko religijnych pacjentów**

Interwencje duchowe w psychoterapii w ocenach bardzo religijnych pacjentów przedstawiają w „Journal of Clinical Psychology” Martinez i wsp. [16]. Określone interwencje, które zostały uznane przez mormonów, członków Kościoła Świętych Dnia Ostatniego za odpowiednie, obejmowały: religijne/duchowe otwarcie się terapeuty, odniesienia do tekstów biblijnych, wyjaśnianie duchowych pojęć, zachętę do przebaczenia, korzystanie ze źródeł wsparcia oferowanych przez lokalne wspólnoty religijne oraz ocenienie poziomu rozwoju duchowego pacjentów. Ogólnie były one postrzegane jako pomocne. Pacjenci wskazywali na ich pozytywne, emocjonalne i poznawcze efekty, takie jak poczucie osobistego komfortu w relacji z terapeutą dzielącym ich system wartości, zaufanie i otwartość podczas psychoterapii. Nawet ci sceptyczni relacjonowali, że dzięki takim interwencjom zmienił się ich stosunek do terapii w ogóle, a także wzrosło ich zaangażowanie w nią. Poruszanie zarówno psychologicznych, jak i duchowych tematów powodowało angażowanie się „całego ja”. Część badanych wskazywała, że na skutek włączania religijnych aspektów do terapii doznawała transcendentnych przeżyć, takich jak poczucie wpływu Boga na ich życie.

Niektóre interwencje religijne były postrzegane jako nieodpowiednie lub niepomocne, np. wspólna modlitwa z terapeutą czy błogosławieństwo udzielane przez niego. Zwracano też uwagę na sposób włączania treści religijnych, niewłaściwy moment ich podejmowania, zbyt dużo odniesień biblijnych, a także wzbudzanie niepokoju czy poczucia winy. Część pacjentów krytycznie oceniła zachowania terapeuty jako „lidera wspólnotowego” i podkreślała konieczność rozdzielenia tych ról. Niektóre osoby nie życzyły sobie religijnych interwencji podczas terapii. Część badanych wolala sama inicjować tematy religijne lub duchowe i doceniała sytuacje, w których psychoterapeuta czeka, aż pacjent poruszy taki temat. Zwracano też uwagę na to, że interwencje tego rodzaju powinny mieć związek z celami terapii. Jednakże niektórzy badani pragnęliby więcej duchowych interwencji w psychoterapii w przyszłości.

Wyniki omawianego badania wskazują, że na efektywność terapii mają wpływ także czynniki inne niż sama treść interwencji, takie jak zmienne dotyczące pacjenta, terapeuty i procesu terapeutycznego. Jeśli stosuje się tego typu interwencje, powinny one być zgodne z wartościami pacjenta i jego oczekiwaniami co do celów psychoterapii. Jak piszą Martinez i wsp.: „Pacjenci chcą być wspierani, a nie manipulowani” [16, str. 956]. W ich artykule znajdziemy też odniesienia do badań, które dokumentują rozpowszechnienie przekonań i przynależności religijnej w Ameryce Północnej — ostatnie dane wskazują, że ponad 80% Amerykanów deklaruje swoją przynależność do jakiejś religii, a ponad 75% uznaje bezsprzecznie istnienie Boga i modli się przynajmniej raz w tygodniu. Cytowane przez nich liczne badania naukowe wskazują na potrzebę adaptacji psychoterapii do przekonań i systemu wartości pacjentów, poruszania zagadnień duchowych i religijnych w leczeniu problemów psychicznych, zwłaszcza w pracy z głęboko religijnymi pacjentami. Właściwe rozumienie poglądów religijnych pacjenta może pozytywnie wpływać na wyniki leczenia, a ich ignorowanie może zmniejszać efektywność terapii i zwiększyć prawdopodobieństwo jej przedwczesnego zakończenia. W szczególności

pacjenci bardzo religijni często obawiają się, że terapeuci nie zaaprobuja ich wartości i idei, i w związku z tym mogą unikać psychoterapii albo szukać poza służbą zdrowia specjalistów, którym mogą zaufać. Martinez i wsp. powołują się także na zalecenia American Psychological Association [29] mówiące o tym, że psychologowie są etycznie zobowiązani do udzielania pomocy uwzględniającej kontekst kulturowy pacjenta, w tym kontekst religijny [29].

### **Dostosowanie metody do pacjenta**

Badania profesora Norcrossa i wsp. [14, 30] wskazują, że znacząco efektywne metody terapii to metody dostosowane do pacjenta w określonych obszarach, w tym w obszarze jego religijności lub duchowości. Część pacjentów przychodzi na psychoterapię z oczekiwaniem uwzględnienia w niej ich religijnych przekonań czy duchowych wartości. W wielu badaniach naukowych sprawdzano, czy religijnie dopasowana terapia działa tak samo, a może lepiej niż jej świeckie odpowiedniki. Metaanaliza 46 badań, obejmujących 3290 osób wykazała, że pacjenci, u których podjęto taką terapię, uzyskali porównywalną, jeśli nie większą poprawę. Najbardziej rygorystyczne badania, w których religijnie dostosowane terapie i terapie tradycyjne odbywały się w tej samej orientacji teoretycznej i w tym samym czasie, nie wykazały znaczących różnic w ich efektywności. Jednakże pacjenci, których objęto religijno/duchowo dostosowaną terapią, uzyskiwali większy postęp w duchowym samopoczuciu niż ci, którzy zostali poddani świeckiej terapii [31].

### **Religia a zdrowie psychiczne**

„The Canadian Journal of Psychiatry” z 2009 roku zawiera przegląd badań naukowych w dziedzinie religii, duchowości i zdrowia psychicznego dokonany przez Koeniga [32]. Autor przeglądu zauważa, że w psychiatrii coraz więcej uwagi poświęca się czynnikom religijnym i duchowym. Badania uwzględnione w przeglądzie pokazały, że religijność może pełnić rolę psychologicznego i społecznego zasobu, który jest pomocny w radzeniu sobie ze stresem. Autor skupia się na depresji, samobójstwie, lęku, psychozie i uzależnieniach od substancji psychoaktywnych, omawiając wyniki wcześniejszych i najnowszych badań w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Europie i innych państwach. Mimo że przekonania religijne mogą stanowić potężne źródło wsparcia, nadziei i poczucia sensu, są one często w zawily sposób związane z nerwicą i zaburzeniami psychotycznymi, nieraz utrudniając rozstrzygnięcie, czy są zasobem, czy fałszywym przekonaniem. Wnioski z przeprowadzonych przez Koeniga analiz są następujące:

- Przekonania i praktyki religijne mogą być ważnym zasobem w radzeniu sobie z chorobą.
- Przekonania religijne mogą się przyczyniać w pewnych wypadkach do patologii psychicznej.
- Psychiatrzy powinni znać przekonania religijne swoich pacjentów i starać się rozumieć, jaką rolę one odgrywają.

Wiele osób cierpiących z powodu choroby psychicznej lub trudności życiowych szuka w religii otuchy, nadziei i znaczenia. Chociaż niektórzy to wszystko znajdują, nie wszyscy

są dzięki religii całkowicie uwolnieni od psychicznego dyskomfortu lub destrukcyjnych form zachowania. Religia miesza się czasem z patologią. Psychiatrzy często spotykają pacjentów prezentujących niezdrowe formy zaangażowania religijnego czy duchowego. U osób kruchych emocjonalnie, przekonania i doktryny religijne mogą nasilić tendencje neurotyczne, wzmocnić poczucie winy i strach, i zubożyć życie, zamiast je wzbogacić. W tych przypadkach przekonania religijne mogą być traktowane w sposób prymitywny jako obrony przed dokonaniem koniecznych zmian w życiu.

Jednak systematyczne badania dotyczące zdrowia psychicznego, prezentowane przez autora [32] — przeprowadzane w różnych kontekstach (medycznych, psychiatrycznych i innych), obejmujące wiele grup etnicznych (mieszkańców Kaukazu, Afroamerykanów, Hiszpanów i rdzennych Amerykanów) w różnych przedziałach wiekowych (młodzież, wiek średni i ludzie starsi) i w różnych krajach (Stany Zjednoczone, Kanada, Europa i kraje Wschodu) — wykazały, że zaangażowanie religijne jest związane z lepszym radzeniem sobie ze stresem, mniejszą depresją, mniejszymi skłonnościami samobójczymi, mniejszym lękiem i mniejszą skłonnością do uzależnień od substancji psychoaktywnych. O ile urojenia religijne są częste wśród osób psychotycznych, o tyle zdrowe, zgodne z normą przekonania i praktyki religijne pełnią rolę stabilizującą i mogą zmniejszyć przytłaczającą izolację, strach i utratę kontroli doświadczane przez osoby psychotyczne. Klinicyści powinni znać przekonania oraz aktywności religijne i duchowe swoich pacjentów, doceniać ich wartość, traktować je jako zasób przydatny do zdrowego psychicznego i społecznego funkcjonowania, i umieć poznać te sytuacje, w których są one zaburzone.

### **Zakończenie**

Tematyka duchowości bądź religijności w psychoterapii pojawiła się w latach 80. i 90. XX wieku. Od tego czasu znacząco wzrosła liczba badań dotyczących efektywności tego rodzaju terapii, w tym także terapii uwzględniającej duchowość chrześcijańską. Badania naukowe wskazują, że psychoterapia uwzględniająca duchowość lub religijność jest tak samo efektywna, jak inne rodzaje psychoterapii, a w pewnych przypadkach nawet bardziej, zwłaszcza w terapii osób religijnych, a także w leczeniu depresji.

Jak piszą Prochaska i Norcross [33]: „Psychoterapia zawsze w pewnym sensie była »leczaniem duszy«, ale w przyszłości religia i duchowość będzie w niej obecna w sposób bardziej specyficzny i otwarty. Klinicyści włączą religię i duchowość jako standardowy wymiar diagnozy klinicznej, szczególnie jako źródło potencjalnej siły i wsparcia społecznego. Będą otwarci na życzenia klienta, aby w trakcie terapii wprost poruszać kwestie religijne i duchowe czy też uwzględniać religijny wymiar wielu problemów życiowych. [...] W przystosowaniu metod leczenia i relacji terapeutycznej do indywidualnego pacjenta ten rodzaj terapii może okazać się bardziej skuteczny niż zwykłe terapie w odniesieniu do bardzo religijnych klientów, którzy wolą interwencje zgodne z ich światopoglądem religijnym” [33, str. 609].

### **Piśmiennictwo**

1. Kelly EW. Spirituality and religion in counseling and psychotherapy. Alexandria: American Counseling Association; 1995.

2. Shafranske EP, red. Religion and the clinical practice of psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 1996.
3. Griffith J, Griffith ME. Odkrywanie duchowości w psychoterapii. Kraków: WAM; 2008.
4. Jones SL, Butman RE. Modern psychotherapies. a comprehensive Christian appraisal. Downers Grove, IL: InterVarsity, 1991.
5. Miller WR, red. Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
6. Schreurs A. Psychotherapy and spirituality. Integrating the spiritual dimension into therapeutic practice. London—Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
7. McMinn MR, Campbell CD. Integrative psychotherapy. Toward a comprehensive christian approach. Downers Grove, IL: InterVarsity; 2005.
8. Johnson EL, Jones SL. Psychology and Christianity: four views. Downers Grove, IL: InterVarsity Press; 2000.
9. Smith TB, Bartz J, Richards S. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychother. Res.* 2007; 17(6): 643–655.
10. Black D. Psychoanaliza i religia w XXI wieku. Współzawodnictwo czy współpraca? Kraków: WAM, 2009.
11. American Psychological Association. Spirituality in Clinical Practice <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=browsePA.volumes&jcode=scp.>, 2013.
12. Jabłońska K, Gawryś C, red. Między konfesjonalem a kozetką. Warszawa: Biblioteka Więzi, 2010.
13. American Psychological Association task force on evidence-based practice in psychology. *Am. Psychol.* 2006; 61: 271–285.
14. Norcross JC, red. Psychotherapy relationships that work (2nd ed.). New York: Oxford University Press; 2011.
15. Kelly EW. Spirituality and religion in counseling and psychotherapy. Alexandria, VA: American Counselling Association; 1995.
16. Martinez JS, Smith TB, Barlow SH. Spiritual interventions in psychotherapy: evaluations by highly religious clients. *J. Clin. Psychol.* 2007; 63: 943–960.
17. Worthington EL, Kurusu TA, McCullough ME, Sandage SJ. Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes. Review and research prospectus. *Psychol. Bull.* 1996; 119(3): 448–487.
18. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can. J. Psychiatry* 2009; 54: 283–291.
19. Gartner J, Carbo RA. Serving two masters? Commentary on „Dealing with religious resistances in psychotherapy”. *J. Psychol. Theol.* 1994; 22(4): 259–260.
20. Giglio J. The impact of patients’ and therapists’ religious values in psychotherapy. *Hosp. Comm. Psychiatry* 1993; 44(8): 768–771.
21. Wade NG, Worthington EW, Vogel IJ. Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy. *Psychother. Res.* 2007; 17(1): 91–105.
22. Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1992; 60: 94–103.
23. Cooper M. Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Warszawa: IPZ; 2010.

24. Hawkins RS, Tan S, Turk AA. Secular versus Christian inpatient cognitive-behavioral therapy programs: Impact on depression and spiritual well-being. *J. Psychol. Theol.* 1999; 27: 309–318.
25. Nichole A, Murray-Swank NA, Pargament KI. God, where are you? Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Ment. Health Rel. Cult.* 2005; 8(3): 191–203.
26. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J. Clin. Psychol.* 2009; 65: 131–146.
27. Frazier RC, Hansen ND. Religious/spiritual psychotherapy behaviors: do we do what we believe to be important? *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2009; 40(1): 81–87.
28. Pargament KI, Murray-Swank NA, Tarakeshwar N. An empirically-based rationale for a spiritually-integrated psychotherapy. *Ment. Health Rel. Cult.* 2005; 8(3): 155–165.
29. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. *Am. Psychol.* 2002; 57: 1060–1073.
30. Norcross JC, red. Evidence-based therapy relationships. Module on SAMHSA's website: <http://www.nrepp.samhsa.gov/Norcross.aspx>. 2011.
31. Worthington EL Jr, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. W: Norcross JC, red. *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press; 2011.
32. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can. J. Psychiatry* 2009; 54: 283–291.
33. Prochaska JO, Norcross JC. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.

Adres: [anna.ostaszewska@pro.onet.pl](mailto:anna.ostaszewska@pro.onet.pl)