

KATARZYNA SIKORA

Akademia Ignatianum w Krakowie, Instytut Psychologii

## TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA WRAŻLIWA NA RELIGIĘ I DUCHOWOŚĆ – REFLEKSJE ETYCZNO-ZAWODOWE

**Streszczenie:** Terapia poznawczo-behawioralna jest jedną z perspektyw psycho-terapeutycznych o najlepiej udowodnionej empirycznie skuteczności klinicznej, często jednak jest uważana za terapię związaną z redukcjonistycznym myśleniem o człowieku. Od lat 80. XX wieku rozwija się nurt *religious/spiritual cognitive-behavioral psychotherapy* (R/S CBT), w którym w proces psychoterapii celowo i planowo włączane są kwestie religii i duchowości. Artykuł stanowi prezentację R/S CBT, porusza też, w oparciu o wyniki badań em-

pirycznych, zagadnienie jej skuteczności w leczeniu zaburzeń psychicznych i trudności egzystencjalnych. Istotnym tematem artykułu są także kwestie natury etyczno-zawodowej, związane z włączeniem treści religijnych w proces psychoterapii, a także wymagania, jakie stawia to przed terapeutą – zarówno w zakresie etyki zawodowej, jak i rozwoju kompetencji osobowych.

**Słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna (CBT), religia, duchowość, etyka.

*Błogosławię Pana, który dał mi rozsądek*

Ps 16,7

### TRADYCYJNY I WSPÓŁCZESNY STOSUNEK CBT DO KWESTII RELIGIJNYCH

Terapia poznawczo-behawioralna bywa odbierana jako paradygmat terapeutyczny niechętny wobec religii. Jest to opinia do pewnego stopnia uzasadniona. W swoich wczesnych pracach zarówno Aaron Beck, jak i Albert Ellis odnosili się krytycznie do kwestii religijnych. Szczególnie Ellis (1962, 1971, 1973) zasłynął swoimi radykalnymi poglądami na ten temat, utożsamiając przekonania religijne z irracjonalnością i zakłóceniami równowagi psychicznej. Pojęcie grzechu uważał za źródło zburzeń psychicznych (Ellis, 1960), zarzucał też religii, że nie znajduje poparcia w nauce (sic!). Jego osobiste przekonania (ateizm) i epikurejski styl życia pozostawały w pełnej zgodzie z jego wizją religii jako opresyjnego systemu nieracjonalnych przekonań. Odrzucał też a priori włączanie kwestii religijnych w proces psychoterapii, a nawet samą możliwość wyznawania religii przez terapeutów. Postulował zajęcie przez terapeutów stanowiska „etycznego humanizmu, wyrażającego się sformułowaniem takiego zestawu reguł ży-

ciowych, który kładzie nacisk raczej na interes gatunku ludzkiego niż na interes nieożywionej przyrody, niższych zwierząt czy też postulowanego porządku naturalnego czy jakiegokolwiek bóstwa” (Ellis, 1973, s. 2).

Z upływem czasu poglądy Ellisa uległy pewnemu złagodzeniu. Określał sam siebie jako „probabilistycznego ateistę”, tj. nie wykluczał istnienia Boga, ale nie traktował hipotezy Jego istnienia poważnie, uważając ją za bardzo mało prawdopodobną. Nie potępiał już religii jako takiej, a za źródło psychopatologii uznawał tylko skrajnie radykalne przekonania religijne. Co więcej, twierdził, że pewne przekonania i praktyki religijne mogą się wręcz przyczyniać do zdrowia psychicznego, o ile nie są dogmatyczne i sztywne (Ellis, 1983). Podobnie zresztą odnosił się do stanowiska ateistycznego, a nawet do przekonań politycznych. Problemem zatem miałyby być raczej sztywność przekonań niż ich szczegółowa treść (Ellis, 1992, s. 328)<sup>1)</sup>. Mimo wszystko jednak jego poglądy na religię mogły zrazić do terapii racjonalno-emotywnej tych terapeutów, którzy sami byli religijni lub chcieli z szacunkiem traktować religijne przekonania swoich klientów (Johnson, Ridley, Nielsen, 2000). Jego poglądy były wielokrotnie otwarcie krytykowane przez terapeutów przyznających się do religijnego światopoglądu (Bergin, 1980; Finley, 1987; Jones, 1989).

Badania naukowe nie potwierdziły tez Ellisa – nie stwierdzono dotąd wyraźnego związku między religijnością a wystąpieniem zaburzeń psychicznych (Bergin, 1983, 1991; Johnson, Ridley 1992). Nawet badania prowadzone w Instytucie Ellisa w Nowym Jorku nie potwierdziły negatywnego wpływu religijności na zdrowie psychiczne – stwierdzono, że bardzo zaangażowani religijnie klienci przejawiają znacznie mniej problemów psychologicznych, niż klienci określający siebie mianem ateistów (Sharkey, Malony, 1986). Niektórzy autorzy twierdzą wręcz, że terapia racjonalno-emotywna jest w swoich założeniach filozoficznych zgodna z większością głównych systemów religijnych (za: Johnson, Ridley, Nielsen, 2000).

Od końca lat 80. XX w. w obszarze psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaznaczyła się obecność pogłębionej refleksji nad rolą religii i duchowości w zdrowym funkcjonowaniu poznawczym człowieka. Było to spójne z ogólną tendencją włączania kwestii religijnych w dyskurs psychoterapeutyczny. Allen E. Bergin (1990, s. 6) jako pierwszy postawił tezę, że „skoro w obszarze klinicznym podjęto już w znaczący sposób kwestię płci/rodzaju, kwestie etniczne i rasowe, to nadszedł czas, aby z tym samym namysłem i zaangażowaniem podjąć kwestie religijne”. Ten sam autor już wcześniej (Bergin, 1980) krytykował poglądy Ellisa, twierdząc, że próby podważania przekonań religijnych pacjenta mogą wiązać się z dwiema dominującymi postawami filozoficznymi, charakterystycznymi dla terapii racjonalno-emotywnej: „pragmatyzmem klinicznym” i „idealizmem humanistycznym”. Dość radykalnie stwierdził, że „realizm teistyczny”, tj. przekonanie o niezależnym od umysłu istnieniu Boga, prowadzi do uznania i poszanowania tożsamości religijnej pacjenta i wynikających z niej zobowiązań moralnych, podczas gdy „podejście pragmatyczno-humanistyczne cechuje się in-

<sup>1)</sup> Przytoczone tu poglądy Ellisa nie reprezentują oczywiście stanowiska wszystkich psychoterapeutów pracujących w nurcie CBT, niemniej jednak – jako poglądy jednego z założycieli i głównych przedstawicieli tego nurtu, mogły wywrzeć znaczący wpływ na *public face* psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Częścią owej *public face* jest również – stereotypowe (na co wskazują Agnieszka Popiel i Ewa Pragłowska, 2008) – traktowanie psychoterapii poznawczo-behawioralnej jako „płytkiej”, a co za tym idzie, niewrażliwej na „głębokie” kwestie religii i duchowości.

dyferentnym stosunkiem do Boga, do relacji człowieka z Bogiem i do możliwości realnego wpływu czynników duchowych na zachowanie” (Bergin, 1980, s. 98). Jest to świadectwo radykalnej zmiany, jaka dokonała się w rozumieniu postulatów neutralności światopoglądowej psychoterapii w ciągu XX w. (por. Marchewka, Sikora, 2013).

Ostatnia dekada XX w. to również okres kształtowania się i rozwoju terapii z nurtu tzw. trzeciej fali CBT, w których przyjmuje się szersze pojęcie racjonalności, wprowadzając pracę metapoznawczą (Wells, 2011) kładzie się nacisk na przetwarzanie emocjonalne, sięga do głęboko ugruntowanych przekonań kluczowych i uwzględnia rolę wczesnodziecięcych doświadczeń w kształtowaniu się schematów poznawczych, zwłaszcza schematów Ja (Young, Klosko, Weishaar, 2003). W takim klimacie i na takim podłożu wyrastają terapie R/S CBT (*religious/spiritual cognitive-behavioral therapies*).

### RELIGIA Z PERSPEKTYWY CBT. PRZEKONANIA RELIGIJNE W MODELU INTERAKCYJNYM I KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Pytanie nie brzmi zatem: czy można włączać treści religijne do psychoterapii poznawczo-behawioralnej, czy jest to wskazane z punktu widzenia merytorycznego (skuteczność terapii) i etyczno-zawodowego (potencjalna krzywda pacjenta, kwestia neutralności psychoterapeuty)? Pytanie brzmi raczej: w jaki sposób to robić?

W obszarze terapii poznawczo-behawioralnej kwestie religijne wydają się stanowić szczególne wyzwanie, a to ze względu na jej zaplecze filozoficzne. Terapia poznawczo-behawioralna to zbiór rozmaitych podejść i rodzajów oddziaływań o wspólnych podstawach teoretycznych. Najważniejsze założenia dotyczą poznawczego zapośredniczenia procesów spostrzegania i uczenia się, wzajemnego, wielokierunkowego związku myśli, emocji, reakcji fizjologicznych i zachowania człowieka oraz poznawczej specyficzności zaburzeń psychicznych. Podstawą terapii są interwencje poznawcze i behawioralne wobec przekonań, ujętych w testowalne twierdzenia, z konstruowaniem roli terapeuty jako konsultanta, edukatora, trenera, którego działanie ma na celu stwierdzenie istnienia u pacjenta nieadaptacyjnych procesów poznawczych i wspólną pracę (w duchu empiryzmu opartego na współpracy) nad zaplanowaniem doświadczeń, mogących osłabić te nieadaptacyjne przekonania oraz związane z nimi wzorce reagowania emocjonalnego i zachowania (Kendall, Bemis, 1983).

Na gruncie tych założeń sformułować można koncepcję dotyczącą genezy, struktury, rozwoju i patologii przekonań religijnych. W takim ujęciu religijność pacjenta będzie rozumiana jako pewien system przekonań o różnym stopniu ogólności i ustrukturyowania. W systemie tym będzie można odnaleźć zarówno myśli automatyczne, jak i przekonania pośredniczące, zasady postępowania, i w końcu: przekonania kluczowe włącznie z religijnymi/duchowymi schematami Ja (*religious/spiritual Self-schemas*). Geneza tych przekonań może leżeć w historii wzmocnień, w procesach uczenia się. Podobnie system przekonań składający się na pozareligijną duchowość pacjenta będzie miał podobną strukturę i pochodzenie. Religijny/duchowy system przekonań będzie podlegał rozwojowi w toku życia osoby, będzie też modyfikowalny, np. w procesie terapii. Przekonania religijne/duchowość pacjentów nie są systemem izolowanym od ich pozostałych przekonań. Najczęściej podkreśla się ich związek z zagadnieniami moralnymi, ale można założyć, że będą one wpływać na kluczowe przekonania dotyczące siebie i świata (*czy istnieje życie po śmierci?*), ale i na codzienne decyzje (*czy kupić mięso na piątkowy obiad?*).

Czy ujęcie religijności jako systemu przekonań musi mieć redukcjonistyczny charakter? Niekoniecznie. Wydaje się, że zależeć to będzie od kryteriów oceny ich racjonalności. Jeśli weźmiemy pod uwagę klasyczne, a często niedoceniane „pięć pytań zdrowego myślenia” w ujęciu racjonalnej terapii zachowania Maultsby’ego (2013), musimy przyznać, że przekonania religijne nie spełnią pierwszego z nich, tj. 1. nie sposób stwierdzić ich zgodności bądź niezgodności z obiektywnymi czy też „oczywistymi” faktami. Nadal jednak możemy analizować je pod względem innych kryteriów: 2. Czy służą życiu i zdrowiu pacjenta?; 3. Czy pozwalają mu osiągać jego bliższe i dalsze cele?; 4. Czy pomagają unikać konfliktów i rozwiązywać je?; 5. W jaki sposób wpływają na samopoczucie? W świetle wczesnych poglądów Ellisa ocena racjonalności przekonań religijnych wypada bardzo niekorzystnie, ale pamiętajmy, że zgodnie z zasadami racjonalnej terapii zachowania przekonanie nie musi spełniać wszystkich pięciu kryteriów, aby być uznane za racjonalne i zdrowe.

Podstawowa niemożność rozstrzygającej konfrontacji przekonań religijnych z faktami zasługuje jednak na poważne potraktowanie z tego powodu, że z góry wyklucza pewien rodzaj interwencji – nie sposób np. przeprowadzić eksperymentu behawioralnego testującego przekonanie „Pójdę do piekła za grzeszne myśli” w sposób, który będzie zarazem rozstrzygający... i intersubiektywnie komunikowalny. Nie oznacza to jednak, że interwencje terapeutyczne są w tym obszarze całkowicie wykluczone – można np. sprawdzać skutki danego przekonania dla codziennego funkcjonowania pacjenta, można analizować związek między przekonaniami a emocjami i zachowaniami, wpisując przekonania religijne w podstawowy model interakcyjny i w szerszy model konceptualizacji przypadku.

Treści przekonań religijnych i związane z nimi emocje mogą pozostawać w zgodzie z hipotezą specyficzności poznawczej zaburzeń psychicznych (np. smutek z powodu myśli o winie i wiecznym potępieniu w depresji, lęk przed „zanieczyszczeniem psychicznym” i przymus praktyk religijnych w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym, myśli o zagrożeniu demonicznym i lęk przed liczbą 666 w przebiegu fobii, wstyd przeżywany w czasie udziału w ceremoniach religijnych w lęku społecznym etc).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że wpisanie przekonań religijnych w model interakcyjny i powiązanie ich z emocjami, zachowaniami, a nierzadko i z silnymi fizjologicznymi reakcjami organizmu pozwala odłożyć na bok dyskusję o istnieniu – bądź nieistnieniu – specyficznych, odrębnych „uczuć religijnych”. Podstawowe emocje: radość, smutek, gniew, wstręt, strach i zaskoczenie (Ekman, 1980), jak również cała gama bardziej złożonych emocji mogą być doświadczane w związku z myślami o treści religijnej czy duchowej, ale są to nadal te same powszechne, ludzkie emocje. Podobnie, *zachowania związane z religią* będą obejmować nie tylko zewnętrznie obserwowalne praktyki religijne, ale również zachowania będące skutkiem decyzji moralnych, a nawet estetycznych. Kryterium będzie tu, zgodnie z duchem CBT, stwierdzenie indywidualnego związku danego zachowania z religijnymi/duchowymi przekonaniami konkretnej osoby.

Jak w tym kontekście może przebiegać dyskusja z przekonaniami? W. Brad Johnson, Charles R. Ridley, Stevan Lars Nielsen (2000) podejmują ten temat w odniesieniu do terapii racjonalno-emotywnej. Stwierdzając, że niemożliwym jest jednoznacznie dowieść prawdziwości lub fałszywości wielu przekonań religijnych, autorzy sądzą, że będzie zarazem rozsądnie i etycznie skupić się w terapii na zmianie nie tyle samej „teologicznej” treści przekonań, ile ich bezwzględności, sztywnego charakteru. Proponują oni odnieść się do cierpienia wywoływanego przez dane przekonanie religijne,

a nie dyskutować z jego treścią. Postępują tu za późnymi twierdzeniami Ellisa, że to nie treści, a dogmatyczność i sztywność przekonań są źródłem zaburzeń. Równocześnie autorzy bardzo mocno podkreślają to, że etycznym obowiązkiem terapeuty jest chronić prawo pacjenta do żywienia dowolnych przekonań religijnych, nawet jeśli zdają się dziwaczne lub szkodliwe.

Autorzy twierdzą jednak, że dyskusja z przekonaniem religijnym jest możliwa i proponują, by terapeuci zadali sobie następujące pytania, pozwalające ocenić adaptacyjność religijności pacjenta:

1. Czy przekonania religijne pacjenta dostarczają mu sposobu unikania rzeczywistości i odpowiedzialności?
2. Czy tworzą nierealistyczne oczekiwania wobec Boga?
3. Czy prowadzą do zachowań autodestrukcyjnych?

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z tych pytań jest twierdząca, wtedy można uznać, że pacjent żywi zniekształcone przekonania.

Propozycja ta budzi pewne zastrzeżenia, zwłaszcza w jej drugim punkcie. Brak realizmu w oczekiwaniach pacjenta wobec Boga można stwierdzić na podstawie znajomości rzeczywistego zakresu możliwości Boga – tutaj, wobec braku intersubiektywnie dostępnych danych, można mówić co najwyżej o niezgodności poglądów pacjenta i terapeuty. W punkcie pierwszym pozostaje zbyt wiele miejsca dla interpretacji, zbyt mało dla faktów – przykładowo, czy pocieszenie płynące z religii/duchowości w przeżywaniu procesu żałoby (wiara w reinkarnację, w życie przyszłe, w nirwanę) jest, czy też nie jest, „unikaniem rzeczywistości”? Czy taoistyczna zasada *wu-wei* stanowi, czy nie, „unikanie odpowiedzialności”? Punkt trzeci, pytanie o zachowania autodestrukcyjne, stawia pod znakiem zapytania tradycje ascetyczne wielu religii, uznawane za adekwatne kulturowo. Proponowane przez autorów kryteria oceny racjonalności przekonań religijnych grzęzną w impasie.

Alternatywą jest zaakceptowanie *a priori* systemu przekonań religijnych jako racjonalnej całości i podjęcie pracy terapeutycznej w ramach tej całości, bez jej kwestionowania. Wymaga to jednakże radykalnego zredefiniowania podstawowych pojęć. Przykładowo, *obiektywność* może być rozumiana jako zgodność z oficjalną doktryną danej religii – zatem przekonanie pacjenta-katolika o bezwzględnym wiecznym potępieniu jest nieracjonalne jako stojące w sprzeczności z doktryną o miłosierdziu Bożym, a przekonanie pacjenta-buddysty o nieuchronności cierpienia przez całe życie jest nieracjonalne jako sprzeczne z doktryną Czterech Szlachetnych Prawd i Ośmiorakiej Szlachetnej Ścieżki, przewidującą możliwość wyzwolenia się z cierpienia.

Kryteria *unikania rzeczywistości i odpowiedzialności* będą wyływać z samej doktryny – pacjentka, która nie dba o swoje dzieci, licząc na opiekę Bożą w ramach religii chrześcijańskiej („przypatrzcie się ptakom niebieskim”, por. Mt 6,26), unika odpowiedzialności, wysoko wartościowanej przez tę samą religię („Czyż może niewiasta zapomnieć o swym niemowlęciu?”, por. Iz 49,15). *Nierealistyczne oczekiwania* może żywić osoba, spodziewająca się nieustannej szczęśliwości jako skutku silnej wiary, w ramach religii przewidującej *ciemną noc duszy* jako etap duchowego rozwoju. Również skrajne *zachowania autodestrukcyjne* mogą być oceniane w świetle doktryny – np. nadmierna asceza jest sprzeczna z buddyjskim ideałem „podążania środkową ścieżką”.

W takim rozumieniu przekonania religijne pacjenta mogą być „błędne”, a praca poznawcza nad nimi jest możliwa. Zapewne będzie to jednak praca na pograniczu paradygmatu poznawczego i metapoznawczego, z dynamicznym przekraczaniem granicy między nimi. Istnieją również sytuacje, w których nie warto – z punktu wi-

dzenia dobra pacjenta – podejmować tego rodzaju dyskusji, jak w obsesjach o treściach religijnych w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym. Rezygnację z dyskusji z obsesjami, również religijnymi, i podjęcie pracy behawioralnej postulują np. Paul M. Salkovskis (1985), Gail S. Steketee (1993) oraz Bruce M. Hyman i Cherry Pedrick (2014).

Nie trzeba zatem podważać przekonań pacjenta, wychodząc poza system religijny, do którego ten się przyznaje. Warto natomiast dołożyć starań, aby poznać tradycję religijną pacjenta i móc rozmawiać z nim jego własnym językiem. Nie będzie to możliwe bez przynajmniej podstawowej, pozbawionej uprzedzeń znajomości co najmniej głównych doktryn religijnych i bez otwartości na różnorodność przekonań i doświadczeń w dziedzinie religii/duchowości. Już taka pobieżna analiza wskazuje, że przed psychoterapeutą zdecydowanym na uwzględnienie i aktywne włączenie przekonań religijnych pacjenta do procesu terapii stoi wyjątkowo trudne zadanie zarówno z merytorycznego, jak i z etycznego punktu widzenia.

## SPECYFIKA I SKUTECZNOŚĆ R/S CBT

Pojęcie R/S CBT jest bardzo ogólne, stanowi raczej etykietę dla pewnych decyzji podejmowanych odnośnie do procesu terapii, niż odrębny paradygmat terapeutyczny. Należy też od razu zaznaczyć, że kwestie religijności i duchowości są tu traktowane najczęściej łącznie, bez wyraźnego rozgraniczania tych dwóch obszarów. *Religion-oriented CBT* może oznaczać odnoszenie się w terapii do treści religijnych wniesionych przez pacjenta, czerpanie przez terapeuta z tradycji religijnych, uwzględnianie tradycji religijnej, w której funkcjonuje pacjent (por. Worthington, Kurusu, McCullough, Sandage, 2011). *Spiritually oriented CBT* – oznacza włączenie do procesu terapii treści pochodzących z pozareligijnych, często nietradycyjnych czy nawet skrajnie indywidualnych form duchowości (Tan, 2013).

### Interwencje terapeutyczne w R/S CBT

Jeśli przyjmie się definicję R/S CBT nie jako odrębnego paradygmatu terapeutycznego, ale jako pewnego zbioru czy też zakresu decyzji dotyczących włączenia treści religijnych w proces terapii, to interwencje terapeutyczne można uporządkować na pewnym continuum – od tych wyrastających z klasycznej CBT do tych charakterystycznych dla terapii „trzeciej fali CBT”. W tym rozumieniu R/S CBT nie posługuje się jakimiś specyficznymi technikami terapeutycznymi; są to raczej powszechnie stosowane techniki pracy poznawczo-behawioralnej, uwzględniające specyfikę treści o charakterze religijnym (por. Tan, 2013). W procesie dyskusji z dysfunkcyjnymi przekonaniami (a raczej z ich dogmatyzmem) dopuszczalne więc będzie np. posługiwanie się argumentami czy wręcz cytatami ze świętych pism danej religii. R/S CBT przewiduje również celowe wprowadzanie treści religijnych do interwencji wyobrażeniowych oraz dopuszcza zalecanie modlitwy/medytacji i lektury świętych tekstów w ramach pracy własnej pacjenta między sesjami (Johnson i in., 2000).

R/S CBT wychodzi również ponad poziom pojedynczych technik terapeutycznych – proponując przeformułowanie istniejących protokołów terapeutycznych w kierunku uwzględnienia w nich treści religijnych. Tego rodzaju protokoły, np. dla depresji, są tworzone dla głównych religii świata: chrześcijaństwa i islamu, judaizmu,

buddyzmu, taoizmu, a także innych religii i form duchowości (por. Tan, Johnson, 2005; Worthington, Hook, Davis, McDaniel, 2011).

Odrębną kwestię stanowi praca z tym, co Kenneth I. Pargament (2007) opisuje jako dysfunkcjonalne religijne schematy poznawcze i przekonania pośredniczące (np. „Cierpienie jest znakiem duchowego rozwoju”; „Nie powinienem pragnąć niczego poza Bogiem”; „Silna wiara gwarantuje szczęście”) czy wręcz religijne schematy Ja („Jestem grzesznikiem zasługującym na potępienie”; „Jestem niegodny łaski Bożej”). S. Kelly Avants i Arthur Margolin (2004) zaproponowali terapię schematów duchowych (*spiritual self-schema therapy; 3-S therapy*) w stosunku do osób uzależnionych i podejmujących ryzykowne zachowania związane z transmisją HIV. Adaptacyjne schematy duchowe zostały skonceptualizowane przez nich w kategoriach zaczerpniętych z buddyzmu. Siang-Yang Tan (2013) opisuje bardzo radykalną formę R/S CBT, przewidującą w ramach interwencji terapeutycznych wspólną modlitwę pacjenta i terapeuty podczas sesji, modlitwę jako „pracę między sesjami”, wprowadzanie postaci Boga czy świętych do technik wyobrażeniowych etc. Ze względu na radykalne decyzje o celowym wprowadzaniu treści religijnych do procesu terapii, a przede wszystkim o formie takich interwencji, terapia taka może być potraktowana raczej jako pewne pogranicze CBT i poradnictwa duchowego, niż jako odrębna forma terapii poznawczo-behawioralnej.

### Skuteczność wrażliwej religijnie CBT

CBT jest nie tylko najlepiej dotąd zbadaną formą psychoterapii, ale również jedną z terapii o najlepiej udokumentowanej skuteczności w leczeniu szerokiej gamy zaburzeń i problemów psychicznych (Butler, Chapman, Forman, Beck, 2006; Chambless, Ollendick, 2001; Nathan, Gorman, 2007). Jeśli jednak wziąć pod uwagę skuteczność R/S CBT, wyniki nie są aż tak jednoznaczne. Przykładowo, metaanaliza 31 badań (Smith, Bartz, Scott 2007), w większości eksperymentalnych, z łączną liczbą uczestników wynoszącą 1845 osób, w większości chrześcijan i buddystów, w której to liczbie badań około połowy z dotyczyło CBT, wykazała skuteczność terapii zorientowanych na duchowość. Są to jednak wyniki ogólne, bez wskazania skuteczności poszczególnych paradygmatów terapeutycznych.

Inna metaanaliza (46 badań, Worthington, Hook, Davis, McDaniel 2011) wykazała, że terapie „religijne” miały przewagę nad „świeckimi” (*secular*)<sup>2)</sup>, i nad warunkiem kontrolnym zarówno jeśli chodzi o pomiar zmiennych psychologicznych, jak i tych dotyczących duchowości. Kiedy jednak dokonano porównań w obrębie poszczególnych paradygmatów, przewaga interwencji „religijnych” dotyczyła zmiennych z zakresu duchowości, ale już nie zmiennych psychologicznych. Wadą tych metaanaliz było nieuwzględnianie skuteczności terapii zorientowanych na religię i duchowość w leczeniu poszczególnych zaburzeń psychicznych.

Przegląd 14 badań dokonany przez Davida Hodge’a (2006) dotyczył skuteczności R/S CBT w leczeniu różnych zaburzeń, w tym depresji, zaburzeń lękowych i schizofrenii. Autor konkluduje, że R/S CBT jest „udokumentowaną strategią leczenia depre-

<sup>2)</sup> Określenia „świecki” i „religijny” w odniesieniu do interwencji/programów psychoterapeutycznych oznaczają wyłącznie świadome i celowe odnoszenie się (lub nie) do kwestii religijnych w procesie psychoterapii, a nie odwołują się do poglądów psychoterapeuty i pacjenta ani do warunków czy okoliczności prowadzenia psychoterapii.

sji u chrześcijan” i „prawdopodobnie skuteczną strategią leczenia depresji u wyznawców islamu” (Hodge, 2006, s. 162). Badania nad skutecznością R/S CBT w leczeniu depresji (Johnson, Ridley, 1992; Propst, Ostrom, Watkins, Dean, 1992) wykazały jej skuteczność, jednak nie we wszystkich badaniach była ona znacząco wyższa niż skuteczność „świeckiej” CBT (Johnson i in., 2000).

Podobnie – w sposób bardzo ostrożny – wypowiadają się na temat skuteczności R/S CBT autorzy przeglądów badań dotyczących terapii zaburzeń lękowych (por. Barrera, Zeno, Bush, Barber, Stanley, 2012; Razali, Aminah, Khan, 2002) i skuteczności restrukturyzacji poznawczej u pacjentów ze schizofrenią (Tabak, Weismann de Mamani, 2014, za: Carlson, Gonzáles-Prendes, 2016). Kenneth I. Pargament (2007) stwierdził większą skuteczność R/S CBT w porównaniu ze wsparciem psychologicznym u pacjentów z depresją i schizofrenią. L. Rebecca Propst i wsp. (1992, za: Ostaszewska, 2014) wykazali, że u religijnych pacjentów z depresją, uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej z interwencjami religijnymi, nastąpiła większa redukcja objawów depresji i poprawa funkcjonowania społecznego i ogólnego samopoczucia niż w grupie pacjentów korzystających z tradycyjnej formy terapii poznawczo-behawioralnej. Największą poprawę uzyskała grupa poddana R/S CBT, prowadzonej przez niereligijnych terapeutów, najmniejszą zaś uzyskali pacjenci poddani standardowej CBT, także prowadzonej przez niereligijnych terapeutów. Skuteczność wydaje się zatem leżeć w samej metodzie, a zgodność światopoglądu terapeuty i pacjenta ma mniejsze znaczenie, niż można by przypuszczać.

Inni badacze (Hawkins, Tan, Turk, 1999) sprawdzali wpływ „świeckiego” i „chrześcijańskiego” programu terapii poznawczo-behawioralnej na depresję i dobrostan duchowy (*spiritual well being*). Stwierdzili, że terapia zgodna z wartościami religijnymi pacjentów może być bardziej efektywna niż tradycyjna terapia poznawczo-behawioralna. Wykazali również wysoką korelację między redukcją objawów depresji a poprawą dobrostanu duchowego u wszystkich uczestników badania.

Podsumowując, R/S CBT można uznać za skuteczną formę terapii, chociaż jej udokumentowana badaniami przewaga nad standardową CBT nie jest znaczna i dotyczy pewnych grup pacjentów (zazwyczaj osób bardzo religijnych). Autorzy metaanaliz (por. Carlson, Gonzáles-Prendes, 2016) podkreślają ograniczenia metodologiczne badań nad skutecznością R/S CBT – mało liczne grupy uczestników badania, brak doboru losowego, brak dostatecznej kontroli zmiennych demograficznych, brak standaryzacji procesu terapii, w końcu zaś – brak równowagi, jeśli chodzi o liczbę badań z udziałem przedstawicieli różnych religii. Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe zastrzeżenia, Carlson i Gonzales-Prendes (2016) twierdzą, że R/S CBT można uznać za skuteczną w stosunku do pacjentów religijnych, zwłaszcza chrześcijan, i że dla nich jest ona zdecydowanie bardziej skuteczna niż warunek kontrolny, i co najmniej tak samo skuteczna jak standardowa wersja CBT.

Joshua N. Hook i wsp. (2010) twierdzą, że wobec nieoczywistości przewagi R/S CBT nad klasyczną CBT decyzja o podjęciu się tej pierwszej zależeć będzie od preferencji klienta oraz od tego, na ile sam terapeuta czuje się komfortowo, poruszając kwestie religijne.



## REFLEKSJE ETYCZNO-ZAWODOWE

### **R/S CBT a zagadnienie neutralności światopoglądowej psychoterapeutów**

Celowe, aktywne podjęcie kwestii religii czy duchowości w procesie psychoterapii nie jest oczywiste z etyczno-zawodowego punktu widzenia. Z pewnością skuteczność psychoterapii nie jest wystarczającym kryterium jej etyczności – kodeksy etyczno-zawodowe psychologów i psychoterapeutów jednoznacznie nakazują zachowanie neutralności w kwestiach światopoglądowych. Również Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej zawiera nakaz poszanowania wartości wyznawanych przez pacjenta jako przejawu szacunku dla jego wolności i samostanowienia (KETPB, II/2).

Kwestie religijne wspomniane są explicite dwukrotnie: przy okazji zakazu dyskryminacji ze względu na preferencje i cechy osobiste pacjenta (j.w. II/3) oraz w kontekście warunków odmowy świadczenia usług. W tym ostatnim przypadku Kodeks głosi, że terapeuta „ma prawo odmówić świadczenia pomocy, gdy [...] poglądy religijne lub etyczne psychoterapeuty lub problemy osobiste terapeuty mogą wpływać na przebieg i skutki prowadzonej psychoterapii [oraz gdy] system wartości psychoterapeuty jest różąco niezgodny z systemem wartości pacjenta i zachodzi uzasadniona obawa, że fakt ten będzie miał negatywny wpływ na proces terapii” (j.w. II/11).

Z zapisów kodeksów nie wynika zatem jednoznacznie zakaz poruszania kwestii religijnych w toku terapii, a raczej nakaz uważności na potencjalne niekorzystne skutki niezgodności systemów przekonań pacjenta i terapeuty. Wynikają one z przewagi wiedzy i umiejętności, leżących po stronie terapeuty, który może potencjalnie naruszyć prawo pacjenta do autonomii w zakresie przekonań. Sama niezgodność światopoglądu nie wydaje się jednak przeciwwskazaniem dla prowadzenia terapii.

Analiza dyskursu etyczno-zawodowego w obszarze psychologii i psychoterapii powinna obejmować nie tylko sformułowania negatywne (zakazy), ale i pozytywne (wartości, cele, postulaty, nakazy). Postulat neutralności światopoglądowej funkcjonuje w ramach całości, jaką są etyczne standardy wykonywania zawodu. Nie można zatem rozpatrywać go oddzielnie od postulatu poszanowania dla tożsamości osobowej, społecznej i kulturowej. Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists (IUPsyS, 2010), dokument o największym zasięgu spośród kodeksów regulujących pracę psychologów, nakazuje poszanowanie tożsamości kulturowej pacjenta na równi z jego tożsamością osobową. W ten sposób wykraczamy poza północnoatlantycki sposób myślenia o kliencie, przekraczając ramy indywidualistycznej kultury. Ma to szczególne znaczenie wobec faktu, że przytłaczająca większość psychologów na świecie pochodzi z krajów północnoatlantyckich, albo co najmniej została wykształcona w północnoatlantyckim modelu kształcenia (studia uniwersyteckie). Postulat poszanowania religii pacjenta może wymagać od terapeutów uwzględniania treści religijnych w swojej pracy, a decyzja o ich pomijaniu może być dla pacjenta krzywdząca, jako przejaw umniejszania przez terapeutę ważnych aspektów tożsamości pacjenta.

Zagadnienie neutralności światopoglądowej psychoterapeuty to również pytanie o to, czy, w jaki sposób i w jakim stopniu terapeuta może odsłaniać przed pacjentem swoje własne przekonania. Dziedzina psychoterapii jest tak zróżnicowana wewnętrznie, że trudno tu mówić o jakichś jednoznacznych rozstrzygnięciach – pewne paradygmaty terapeutyczne zakładają całkowite nieujawnianie się terapeuty ze swoimi przekonaniem, inne dopuszczają pewne odsłonięcie w tej kwestii. W obszarze

terapii poznawczo-behawioralnej również będą się dawały zaobserwować pewne różnice. O ile ujawnianie własnych przekonań terapeuty w toku dialogu sokratejskiego czy dyskusji z myślami automatycznymi będzie niewątpliwie błędem w sztuce, o tyle np. w toku empatycznej konfrontacji w terapiach „trzeciej fali CBT” będzie mogło (w pewnych okolicznościach) być uznane za zasadne. Terapie CBT wprost odnoszące się do treści religijnych należą z reguły do tego drugiego typu terapii.

Współczesne rozumienie postulatów neutralności światopoglądowej terapeuty będzie zatem polegało (za: Marchewka, Sikora, 2013) nie tylko na rezygnacji z narzucania przez terapeutę swojego światopoglądu pacjentowi i powstrzymaniu się od głoszenia swoich wartości. Terapeuta będzie się starał powstrzymać występowania w roli moralisty, starając się zrozumieć, w jaki sposób przekonania i poglądy pacjenta wpływają na ujawniane przez niego problemy, ale będzie miał również świadomość, że każdy nurt psychoterapeutyczny opiera się na określonym światopoglądzie i określonej hierarchii wartości, co sprawia, że całkowita neutralność nie będzie możliwa do utrzymania. Scott Richards, John M. Rector i Alan C. Tjeltveit (1999, s. 140), analizując kwestię wartości w psychoterapii proponują przyjęcie postawy określonej przez nich jako *explicit minimizing valuing style*. Przyjmując tę postawę, terapeuta niekiedy powinien wręcz ujawnić swój system wartości, ale tylko w odpowiednim momencie terapii oraz kiedy taka potrzeba wynika z kontekstu.

W jaki sposób przytoczone postulaty mogą być realizowane w odniesieniu do kwestii religijnych? Zdecydowanie terapeuta nie może pełnić funkcji misjonarza, nawet jeśli osobiście wyznaje światopogląd religijny i uważa go za kluczowy dla własnego dobrostanu i rozwoju. Terapeuta nie powinien oceniać postępowania pacjenta w kategoriach moralnych, zwłaszcza jeśli to zachowanie narusza nakazy moralne, których źródłem jest religia terapeuty. Równocześnie jednak nie należy kwestionować decyzji moralnych pacjenta, wpływających z jego przekonań religijnych.

Terapeuta powinien starać się zrozumieć, w jaki sposób religijność pacjenta może być związana ze zgłaszanymi przez niego problemami, pamiętając, że relacja religijność-problemy pacjenta może mieć wielokierunkowy, złożony charakter, o zarówno adaptacyjnym, jak i nieadaptacyjnym charakterze.

Terapeuta powinien uznać, że nie istnieje psychoterapia neutralna światopoglądowo, że każdy rodzaj psychoterapii zakłada jakąś koncepcję człowieka, oraz, zapewne, związaną z nią koncepcję religijności i duchowości. Świadomość tego, jakie są podwaliny prowadzonej psychoterapii, pozwala na zachowanie dystansu, niezbędnego dla spostrzeżenia różnic i poszanowania odmienności zarówno wśród psychoterapeutów, jak i wśród pacjentów. Chroni również przed negatywnymi skutkami absolutyzowania tak własnego paradygmatu terapeutycznego, jak i własnych przekonań w kwestii religii.

Zdarza się, że pacjenci wyrażają obawy dotyczące wpływu psychoterapii na ich religijność. Obawiają się, że terapeuta będzie dyskredytował ich przekonania, że będzie je podważał lub trywializował. Boją się, że w wyniku psychoterapii stracą wiarę lub przeciwnie – że będą indoktrynowani religijnie. Takie ryzyko istnieje zawsze tam, gdzie zachodzi rozdzźwięk między poglądami pacjenta i terapeuty, stąd część pacjentów będzie poszukiwać terapeuty o poglądach zgodnych z ich własnymi, tym samym często ograniczając sobie samym dostęp do skutecznych form pomocy.

Pewnym sposobem na zmniejszenie zarówno obaw pacjenta, jak i ryzyka niekompetencji wynikającej z nieznamomości tradycji religijnych, jest podjęcie współpracy z duchownymi danego wyznania. Zadaniem osoby duchownej lub teologa danego

wyznania jest wtedy wyjaśnianie zawilości doktrynalnych i wsparcie duszpasterskie w procesie terapii. Jest to ważne szczególnie tam, gdzie pewne praktyki religijne mogą w niezamierzony sposób podtrzymywać objawy – np. spowiedź u katolików czy przestrzeganie przepisów rytualnej czystości u wyznawców judaizmu może przyjąć postać objawu w OCD. Badania nad współpracą duchownych i psychologów (por. Edwards i in., 1999) wykazały niestety, że oba te środowiska nie cieszą się wzajemnym zaufaniem. Taka sytuacja jest zdecydowanie ze szkodą dla pacjentów. Wydaje się, że najlepszym sposobem budowania zaufania jest nawiązywanie relacji profesjonalnych oraz wzajemne polecanie się terapeutów i duchownych, pracujących w danym środowisku.

### Cechy „terapeuty wrażliwego religijnie” jako cnoty zawodowe

Psychoterapia wrażliwa na religię i duchowość stawia przed terapeutami duże wymagania, jeśli chodzi o ich charakterystyki osobowe. Johnson i wsp. (2000) wyróżniają pośród nich zarówno cechy wrodzone (sic!), jak i te, które można w sobie wypracować w toku szkolenia i gromadzenia doświadczenia terapeutycznego. Charakterystyki terapeutów to ich wiedza, samoświadomość, ich własne przekonania, dyspozycje emocjonalne, zdolności poznawcze i percepcyjne. Znajomość (praktyczna lub akademicka) tradycji i doktryn religijnych, świadomość rytuałów i doświadczeń cenionych w danej wspólnoty religijnej – wszystko to są ważne prerekwizyty etycznego prowadzenia terapii z osobami religijnymi.

Własne przekonania terapeuty dotyczące religii, jego/jej stosunek do osób i wspólnot religijnych, a także zdolność dyskusowania otwarcie i bez dyskomfortu o kwestiach religijnych to najważniejsze czynniki wpływające na etyczne prowadzenie takiej terapii. Ponadto można mówić o pewnych zdolnościach poznawczych i percepcyjnych – terapeuci cechujący się większą złożonością poznawczą (por. Bieri i in., 1966) mogą być bardziej skłonni do wszechstronnego, poszerzonego oglądu problemu pacjenta, uwzględniającego również zmienną jego religijności (Ridley, Li, Hill, 1998). Tacy terapeuci będą również mniej skłonni do redukcjonistycznych interpretacji przekonań religijnych klientów i funkcji, jakie te przekonania pełnią w ich życiu. Johnson i wsp. (2000) formułują następujące wytyczne dla pracy w ramach „terapii wrażliwej religijnie” (*religiously sensitive therapy*):

1. Terapeuta powinien przemyśleć własne przekonania religijne.
2. Należy unikać dogmatyzmu, nawet jeżeli terapeuta uważa się za osobę religijną.
3. Terapeuta nie powinien wychodzić poza granice swoich kompetencji – tj. jeśli nie jest w stanie potraktować poważnie i z szacunkiem religijnych przekonań pacjenta, jeśli nie jest gotowy poznać danego systemu religijnego lub współpracować z duchownym danego wyznania, to nie powinien podejmować się pracy z religijnym klientem.

Terapeuta wrażliwy na religię/duchowość powinien przemyśleć własne przekonania religijne, powinien poddać je krytycznej refleksji. Czy jednak powinien być osobą religijną? Wydaje się, że nie jest to konieczne. W terapii poznawczo-behawioralnej zgodność przekonań kluczowych pacjenta i terapeuty nie jest konieczna dla skuteczności terapii. Zrozumienie miejsca kluczowych przekonań o charakterze religijnym/duchowym w konceptualizacji problemu pacjenta wymaga nie tyle ich podzielania, ile pełnej szacunku postawy wobec tych przekonań i autentycznej ciekawości, w jaki sposób wiążą się one z przekonaniami z innych poziomów i jak wpływają na emocje i zachowania pacjenta. Wypracowana w toku szkolenia i praktyki, a także będąca

skutkiem własnej refleksji umiejętność odróżniania własnych poglądów od poglądów pacjenta i analizowania tych ostatnich bez ich arbitralnej interpretacji wydaje się w najlepszy sposób chronić pacjentów przed skutkami nieodpowiedzialnego dogmatyzmu terapeuty.

Zdaje się, że nie trzeba obawiać się włączania religii i duchowości w obszar psychoterapii, również psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Niewątpliwie religijność czy duchowość może być źródłem problemów, np. jeśli pacjent doświadcza silnego gniewu na Boga, wchodzi w konflikt z liderami religijnymi czy ze wspólnotą, czy też cierpi z powodu zwątpienia, kryzysu wiary (por. Exline, Rose, 2005). W tym obszarze kompetentna pomoc psychoterapeuty, ewentualnie współpracującego z duchownym danego wyznania, może okazać się skuteczna. Warto jednak dostrzec nie tylko szkodliwy, lecz także korzystny wpływ religijności/duchowości na dobrostan psychiczny, a religię potraktować jako potężny zasób radzenia sobie ze stresem i trudnościami życiowymi (Pargament, 1997). Biorąc pod uwagę powszechność wiary religijnej, nie można lekceważyć jej terapeutycznego potencjału. Pargament (2007) postuluje wręcz włączenie zagadnień religijnych do programu szkolenia psychologów i psychoterapeutów, poprzez wprowadzenie na studiach magisterskich obowiązkowych zajęć z psychologii religii i kursów z zakresu wiedzy porównawczej o religiach, a do szkolenia terapeutów poznawczo-behawioralnych – zajęć z R/S CBT. Celem terapii poznawczo-behawioralnej jest redukcja cierpienia w toku wielokierunkowych zmian, inspirowanych i podtrzymywanych przez pracę poznawczą i interwencje behawioralne. Zmiany te mają prowadzić w kierunku redukcji objawów, lepszej adaptacji, bardziej sprawnego rozwiązywania trudności życiowych i rozwoju osobowego potencjału pacjenta. Terapeuta wrażliwy na religię/duchowość będzie umiał zmierzać do tego celu, w sposób odpowiedzialny i kompetentny pomagając pacjentowi czerpać z przyjętej przez niego tradycji religijnej.

## BIBLIOGRAFIA

- Avants, S.K., Margolin, A. (2004). Development of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior: A convergence of cognitive and Buddhist psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 253–289.
- Barrera, T., Zeno, D., Bush, A.L., Barber, C.R., Stanley, M.A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 346–358.
- Bergin, A.E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95–105.
- Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170–184.
- Bergin, A.E. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27(1), 3–7.
- Bergin, A.E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394–403.
- Biblia Tysiąclecia. Pismo św. Starego i Nowego Testamentu (2003). <http://www.biblia.deon.pl>. (dostęp: 21.02.2018).
- Bieri, J., Atkins, A.L., Briar, S., Leamen, R.L., Miller, H., Tripodi, T. (1966). *Clinical and social judgment: The discrimination of behavioral information*. New York: Wiley.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.

- Carlson, K.M., González-Prendes, A.A. (2016). Cognitive behavioral therapy with religious and spiritual clients: A critical perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 18(4), 253–282.
- Chambless, D.L., Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Donahue, M.J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400–419.
- Edwards, L., Lim, B., McMinn, M., Dominguez, A. (1999). Examples of Collaboration Between Psychologists and Clergy. *Faculty Publications – Grad School of Clinical Psychology*, 160. [http://digitalcommons.georgefox.edu/gscp\\_fac/160](http://digitalcommons.georgefox.edu/gscp_fac/160) (dostęp: 19.02.2018).
- Ekman, P. (1980). *The face of man. Expressions of universal emotions in a New Guinea village*. New York: Garland ST-PM Press.
- Ellis, A. (1960). There is no place for the concept of sin in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 7, 188–192.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1971). *The case against religion: A psychotherapist's view*. New York: Institute for Rational Living.
- Ellis, A.E. (1973). *Humanistic psychotherapy*. New York: McOak-Hill.
- Ellis, A. (1983). *The case against religiosity*. New York, NY: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1992). My current views on rational-emotive therapy (RET) and religiousness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10, 37–40.
- Exline, J.J., Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. W: R.F. Paloutzian, C.L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 315–330). New York, NY: Guilford Press.
- Finley, R. (1987). Critique of rational-emotive philosophy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 24, 271–276.
- Hawkins, R.S., Tan, S., Turk, A.A. (1999). Secular versus Christian inpatient cognitive-behavioral therapy programs: Impact on depression and spiritual well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 27, 309–318.
- Hodge, D.R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*, 51, 157–166.
- Hook, J.N., Worthington, E.L., Jr., Davis, D.E., Jennings, D.J., II, Gartner, A.L., Hook, J.N. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 46–72.
- Hyman, B.M., Pedrick, C. (2014). *Pokonać OCD, czyli zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- IUPsyS (2010). *Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists*. <http://www.iupsys.net/about/governance/universal-declaration-of-ethical-principles-for-psychologists.html> (dostęp: 19.02.2018).
- Johnson, W.B., Ridley, C.R., Nielsen, S.L. (2000). Religiously sensitive rational emotive behavior therapy: elegant solutions and ethical risks. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 14–20.
- Johnson, W.B., Ridley, C.R. (1992). Brief Christian and non-Christian rational-emotive therapy with depressed Christian clients: An exploratory study. *Counseling and Values*, 36, 220–229.
- Jones, S.L. (1989). Rational-emotive therapy in Christian perspective. *Journal of Psychology and Theology*, 17, 110–120.
- Kendall, P.C., Bemis, K.M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches. W: M. Hersen, A.E. Kazdin, A.S. Bellack (red.), *The clinical psychology handbook* (s. 565–592). New York, NY: Pergamon.
- Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego (2011). <http://www.pttpb.pl/pl/pttpb-info/kodeks-etyczny-pttpb> (dostęp: 19.02.2018).
- Marchewka, K., Sikora, K. (2013). Poza tabula rasa. Współczesne rozumienie postulatów neutralności światopoglądowej psychoterapeuty. *Psychoterapia*, 4(167), 67–78.
- Margolin, A., Beitel, M., Schuman-Olivier, Z., Avants, S.K. (2006). A controlled study of a spiritually-focused interven-

- tion for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *AIDS Education and Prevention*, 18, 311–322.
- Margolin, A., Schuman-Olivier, Z., Beitel, M., Arnold, R.M., Fulwiler, C.E., Avants, S.K. (2007). A preliminary study of spiritual self-schema (3-S) therapy for reducing impulsivity in HIV-positive drug users. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 979–999.
- Maultsby, M. (2013). *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behavioralnej*. Żnin: Wulkan.
- Nathan, P.E., Gorman, J.M. (red.). (2007). *A guide to treatments that work* (wyd. 3). New York, NY: Oxford University Press.
- Nielsen, S.L., Johnson, W.B., Ellis, A. (2001). *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum Publishers.
- Ostaszewska, A. (2014). Badania nad efektywnością włączania tematyki duchowości i religijności w psychoterapii. *Psychoterapia*, 2(169), 5–18.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Pargament, K.I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York, NY: Guilford Press.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behavioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.
- Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60, 94–103.
- Razali, S.M., Aminah, K., Khan, U.A. (2002). Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. *Transcultural Psychiatry*, 39, 130–136.
- Richards, P.S., Rector, J.M., Tjeltveit, A.C. (1999). Values, spirituality and psychotherapy. W: W.R. Miller (red.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (s. 133–160). Washington: APA.
- Ridley, C.R., Li, L.C., Hill, C.L. (1998). Multicultural assessment: Reexamination, reconceptualization, and practical application. *Counseling Psychologist*, 26, 827–910.
- Rosmarin, D.H., Pargament, K.I., Robb, H. (2010). Spiritual and religious issues in behavior change: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 343–347.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
- Shafranske, E.P., Malony, H.N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientation and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 2, 72–78.
- Sharkey, P.W., Malony, H.N. (1986). Religiosity and emotional disturbance: A test of Ellis's thesis in his own counseling center. *Psychotherapy*, 23, 640–641.
- Smith, T.B., Bartz, J., Scott, R.S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17(1), 643–655.
- Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Tan S.Y. (2013) Addressing religion and spirituality from cognitive-behavioral perspective. W: K.I. Pargament. (ed.) *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality: Vol., 2. An Applied Psychology of Religion and Spirituality*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Tan, S., Johnson, W. (2005). Spiritually oriented cognitive-behavioral therapy. W: L. Sperry, E.P. Shafranske (red.), *Spiritually oriented psychotherapy* (s. 77–103). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Worthington, E.L., Kurusu, T.A., McCullough, M.E., Sandage, S.J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes.

- Review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119(3), 448–487.
- Worthington, E.L., Jr., Hook, J.N., Davis, D.E., McDaniel, M.A. (2011). Religion and spirituality. W: J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work* (wyd. 2, s. 402–420). New York, NY: Oxford University Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.

### R/S CBT. RELIGIOUSLY/SPIRITUALLY SENSITIVE COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY – ETHICAL REMARKS

**Abstract:** Cognitive-behavioral therapy is one of the most prominent psychotherapeutic perspectives, which clinical efficacy has gained strong empirical validation, but at the same time it is considered as characterized by reductionistic view of humanity. Since the 1980's a development of the so-called R/S CBT, or religiously/spiritually sensitive cognitive-behavioral therapy, can be observed.

The article presents the R/S CBT in its most important aspects; the issue of its effectiveness in the treatment of mental disorders and existential crises is also considered.

Including religious/spiritual issues in the process of psychotherapy may raise ethical questions. The decision to include religious content in the process of psychotherapy puts high demands on psychotherapists' professional ethics, not only in terms of compliance with the ethical and professional standards, but with regard to the development of personal competences or professional virtues.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy (CBT), religion, spirituality, ethics.