

JACEK PRUSAK SJ

SŁAWOMIR RUSIN

KOŚCIÓŁ NA KOZETCE

ROZMOWY O NIEŁATWEJ RELACJI PSYCHOLOGII I WIARY

WYDAWNICTWO WAM

© Wydawnictwo WAM, 2020

Opieka redakcyjna: Kama Hawryszków

Korekta: Anna Kopeć-Śledzikowska, Izabela Izdebska

Skład i opracowanie graficzne: Dawid Adrjanczyk

Projekt okładki: Katarzyna Legendź

Fotografia na froncie okładki: Grażyna Makara

Fotografia na czwartej stronie okładki: Dariusz Kobucki

ISBN 978-83-277-2468-7

NIHIL OBSTAT

Prowincja Polski Południowej TJ,

ks. Jakub Kołacz SJ, prowincjał,

Kraków, dn. 18 lutego 2020 r., l.dz. 23/2020

WYDAWNICTWO WAM

ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków

tel. 12 62 93 200

e-mail: wam@wydawnictwowam.pl

DZIAŁ HANDLOWY

tel. 12 62 93 254-255

e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

KSIĘGARNIA WYSYŁKOWA

tel. 12 62 93 260

www.wydawnictwowam.pl

Druk: WYDAWNICZA • Kraków

SPIS TREŚCI

Rozdział 1. KSIĄDZ I PSYCHOTERAPEUTA	7
Rozdział 2. DUCHOWOŚĆ I PSYCHIKA	45
Rozdział 3. KOŚCIÓŁ, SEKSUALNOŚĆ, DOJRZAŁOŚĆ	91
Rozdział 4. SPRAWCA I OFIARA	135
Rozdział 5. ŚWIĘTOŚĆ, CHOROBA, OPĘTANIE	175
Rozdział 6. BUNT, SUMIENIE I WSPÓLNOTA	223

ROZDZIAŁ 1

KSIĄDZ I PSYCHOTERAPEUTA

Jacku, jesteś księdzem i psychoterapeutą, jak mi się wydaje, dobrze rozpoznawalnym, zapewne więc zgłasza się do ciebie wiele osób ze swoimi problemami. Zastanawiam się, kogo szukają, przychodząc do ciebie. Specjaliści od spraw ducha czy raczej od ludzkiej psychiki? A może przychodzą właśnie dlatego, że łączysz obie „specjalizacje”...

Zdecydowana większość osób szukających mojej pomocy doskonale wie, że jestem księdzem i psychoterapeutą. Po pierwsze, wynika to z tego, że tam, gdzie pracuję, czyli w Centrum Dobrej Terapii, jestem przedstawiany jako ksiądz. Na stronie internetowej w rubryce z biogramami jest zamieszczony również mój życiorys, w którym piszę, kim jestem i jak rozumiem terapię. To ogólnodostępna informacja. Po drugie, jak każdy terapeuta czy lekarz jestem googlowany. A jako że publikuję w prasie i wywiadami się czasem w mediach, bardzo łatwo znaleźć o mnie informacje. Nie zdarzyło mi się, żeby osoba, która do mnie przyszła, nie zdawała sobie sprawy z tego, że jestem księdzem. Niektórzy nie wiedzą tylko, jaka jest różnica między byciem księdzem diecezjalnym a byciem jezuitą, więc im to wyjaśniam. Mam czasami dość zabawne sytuacje w Centrum Dobrej Terapii. Mój gabinet jest na parterze. Kiedy zbliża się godzina sesji, otwieram drzwi i zapraszam osobę. Zdarza się wówczas, że ktoś jeszcze z holu krzyczy: „Szczęść Boże!”. Niektórzy pacjenci przy

recepcji są zdezorientowani, bo mnie nie znają, a zawsze pracuję w świeckim ubraniu. Na szczęście nikt nie próbuje całować mnie po rękach czy przykłąć na progu. Bardzo często ludzie pytają mnie już w samym gabinecie, jak się mają do mnie zwracać: „proszę księdza”, „proszę ojca”, „proszę pana” czy „panie doktorze”.

I jak odpowiadasz?

Że mogą, jak chcą, a więc odpowiadam: jak panu/pani pasuje, albo pytam, z którą z tych form czuliby się źle. Odpowiedź na to pytanie już niesie ważną informację kliniczną. Wolę, kiedy dobrowolnie rezygnują z formy „ojcze”, bo tak nie pozwalam się do siebie zwracać w gabinecie, a poza nim za nią nie przepadam, chyba że w kontekście anglojęzycznym, gdzie jest to forma zwyczajowa w odniesieniu do wszystkich księży katolickich. Nie mam oczywiście trudności w mówieniu do innych zakonników lub tych starszych ode mnie „ojcze”, ale jest to dla mnie formuła wewnątrzzakonna.

To słowo ustawia pewną relację, która czasem może być dla pacjentów problematyczna, zwłaszcza kiedy poruszamy temat rodzzonego ojca?

Tak. Tym bardziej że kiedy się mówi do mnie jako księdza „proszę ojca”, dochodzi kwestia paternalizmu i klerykalizmu („tak córo”, „tak, synu”). Nie mam nic przeciwko temu, żeby pacjenci,

mówili „proszę pana”, i nie robię problemu, jeśli wolą „proszę księdza”, bo przecież nie przestaję być kapłanem, kiedy jestem terapeutą.

Ale koloratki nie wkładasz?

Nie. Uważam, że to jest niewłaściwe w kontekście pracy w instytucji świeckiej oraz prowadzenia samej terapii.

Jest jeszcze inny problem. Trochę z drugiej strony: czy osoby zakonne, które biorą udział w terapii, zwłaszcza w grupowej, mają przychodzić w habicie czy w świeckim ubraniu. Wielokrotnie brałem udział w dyskusjach, mniej lub bardziej formalnych, poświęconych tym problemom i stanowiska terapeutów są różne. Jedni wprost mówią, że warunkiem uczestnictwa w prowadzonej przez nich terapii grupowej jest świecki strój, drudzy oponują: „Przecież jest zakonnicą/zakonnikiem. Dlaczego ma to ukrywać?”.

Myślę, że w terapii grupowej trudniej się przyznać do pewnych rzeczy, dlatego że jest się na przykład zakonnicą...

To nie wynika jednak bezpośrednio ze stroju, tylko z identyfikacji z oczekiwaniami wobec świętości takiej osoby, zinternalizowanym przez nią obrazem samej siebie jako osoby poświęconej Bogu czy „człowieka Kościoła”, który musi dawać świadectwo, a także wielorakich skojarzeń po stronie grupy – zarówno

pozytywnych, jak i negatywnych – związanych z Kościołem. Nie pomniejszałbym jednak i tego, że – zwłaszcza siostry zakonne – przez cały dzień chodzą w habicie i jak powiedziała mi to jedna z nich, to jest ich „skóra”. Kiedy musiała zdjąć habit na grupę terapeutyczną, czuła się w świeckim ubraniu tak, jak gdyby ktoś kazał się jej rozebrać przed widownią. Nie prowadzę terapii grupowej, więc nie mam takiego dylematu klinicznego, a na terapię indywidualną mogą przychodzić do mnie osoby w ubraniu zakonnym bądź, nazwijmy to, cywilnym.

A jeżeli reguła zabrania chodzenia bez habitu?

Nie znam takiej reguły. A jeśli by nawet tak było, to można poprosić o dyspensę ze względu na specjalną okoliczność. Tak czy inaczej, nie jest to warunek podjęcia psychoterapii indywidualnej.

Jak to wygląda z księżmi?

W odróżnieniu od sióstr zakonnych strój nigdy nie jest problemem – także dlatego, że przyjscie po cywilnemu pozwala zachować anonimowość. Problem pojawia się, kiedy kapłan pacjent nie pozwala do siebie mówić terapeutce inaczej jak „proszę księdza”. Terapeuta, który czemuś takiemu ulegnie, nie poradził sobie z oporem pacjenta i własnym przeciwprzeniesieniem, a więc mówiąc najprościej: własnymi emocjami i konfliktami.

Uważam, że podobna sytuacja ma miejsce w przypadku zakonnic – kiedy jedyną formą odniesienia pozostaje zwrot: „siostro” albo „proszę siostry”.

Muszę przyznać, że osoby duchowne i zakonne to grupa, owszem, pojawiająca się u mnie na terapii, ale nie jest tak liczna jak osoby świeckie, bo w kościelnym środowisku mam opinię „liberalnego terapeuty” i to niektórych odstrasza albo zamyka im możliwość kontaktu ze mną.

Jedna uwaga. Nie wszystkie osoby, które się do mnie zgłaszają, szukają u mnie pomocy psychoterapeutycznej. Czasem ograniczają się tylko do konsultacji i albo nie rozpoczynają terapii, bo nie ma takiej konieczności lub się na nią nie decydują, albo – jeśli postanawiają ją rozpocząć – wybierają kogoś innego. Jeśli jest taka potrzeba, to tłumaczę, co to znaczy, że jestem księdzem pracującym w świeckiej placówce zdrowia psychicznego. Jest to kluczowe zwłaszcza dla tych, którzy zamierzają rozpocząć u mnie psychoterapię (a ja się na to decyduję). W tym drugim wypadku jest to już istotny element kontraktu psychoterapeutycznego.

I co to znaczy?

Na przykład to, że nie mogą ode mnie oczekiwać pewnych rzeczy, jakich spodziewają się po księdzu.

Jakich?

Na przykład spowiedzi w ramach konsultacji w gabinecie czy wspólnej modlitwy.

A kierownictwa duchowego?

Też nie. Oczywiście, nie mogę nikomu zabronić wyspowiadać się u mnie poza gabinetem, w kościele. Również dlatego, że mogę nawet nie wiedzieć, że właśnie spowiadam swojego pacjenta – ktoś podejdzie do konfesjonału, nie będę widział jego twarzy, a on się nie przedstawi i nie przyzna, że się znamy z takiego kontekstu. Gdyby taka osoba mi to powiedziała...

To byś ją odesłał?

...to pewnie byśmy porozmawiali o tym, czy ta spowiedź u mnie jest konieczna. Dlatego wolę o takich rzeczach poinformować osobę rozpoczynającą ze mną psychoterapię już na samym początku. Nie zdarzyło mi się jednak, żebym rozpoznał swojego pacjenta albo mój pacjent przyznałby mi się w trakcie spowiedzi do tego, że prowadzę jego terapię. Miałem za to sytuacje, kiedy rozpoznawałem w konfesjonale swoich znajomych i im to komunikowałem. Jak się domyślasz, nie wszyscy chcieli się dalej spowiadać.

Wracając do gabinetu, informuję więc, że kontakt ze mną wyklucza spowiedź. A także wspólną modlitwę. Niektóre osoby oczekują bowiem, że będę się z nimi, za nich lub w ich intencjach

modlił. Jeżeli ktoś mnie o to prosi, to mogę powiedzieć: „Dobrze, pomodlę się jako ksiądz, ale nie teraz, nie podczas sesji. Zrobię to w klasztorze, w kościele czy gdziekolwiek indziej, ale nie tu”. Mam jednak świadomość, że niektóre z takich form są przyjęte w tak zwanych terapiach chrześcijańskich, stąd takie prośby nie są czymś niezwykłym. W moim gabinecie nie modlimy się razem i nie spowiadam. No i trzecia rzecz, tutaj najważniejsza: choć jestem księdzem, nie oceniam życia swoich pacjentów z perspektywy czy pozycji duchownego. Nie będziemy na terapii rozmawiali o grzechu i normach kościelnych, chyba że to wyjdzie od pacjenta po to, aby pomóc mu lepiej zrozumieć motywy podejmowanych przez niego decyzji. W takiej jednak sytuacji nie będzie to z mojej strony „udzielanie rozgrzeszenia” bądź wydawanie osądu o popełnieniu grzechu czy życiu w grzechu. Będziemy rozmawiali o zachowaniach, myślach, emocjach ocenionych jako grzeszne czy nieczyste. Bardzo często tego typu interwencji czy rozmowy oczekują ode mnie osoby mające rozpoznanie nerwicy natręctw o treści religijnej, czyli osoby z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym zmagające się ze skrupułami czy nieświadome tego, że spełniają kryteria tego zaburzenia.

Mówiąc jeszcze inaczej i może wprost: mój ewentualny pacjent powinien mieć świadomość, że nie będę go nawracał ani moralizował. Nie na tym bowiem polega terapia.

Co więcej, może być tak, że światopoglądy mojego pacjenta i mój nie będą do siebie przystawać. A jeśli nawet będą tożsame, to z tego nie wynika, że powiem mojemu pacjentowi, co mu

wolno robić, a czego nie, z tego powodu, że jestem księdzem, albo dlatego, że tego ode mnie oczekuje. To jest bardzo ważne, bo wiele osób przychodzących do mnie wyobraża sobie, że wysłucham je jako terapeuta, a jako kapłan rozgrzeszę, pozwolę im na coś lub czegoś im zabronię, zwłaszcza jeśli ich religijność jest restryktywna albo zmagają się z nauczaniem Kościoła. Nie potrafią rozróżnić, jak to ma często miejsce w nerwicy, czy ich problemy wynikają z wiary, czy to ich religijność generuje te problemy. Przychodzą też do mnie jako do księdza terapeuty, ponieważ szukają rozgrzeszenia, którego nie dostali od spowiedników, albo szukają we mnie – najprościej mówiąc – swojego zewnętrznego superego („skoro ksiądz tak mówi...”).

Łączysz dwa światy: duchowy i psychiczny. A dla wielu to jedno.

Kiedy na początku pytam osobę, dlaczego przyszła akurat do mnie, słyszę zwykle dwa rodzaje odpowiedzi: „Ksiądz mnie lepiej zrozumie” albo „Ksiądz nie będzie mi zalecał czegoś, co jest sprzeczne z nauką Kościoła”. Niektórzy uważają bowiem, że ich problemy muszą się wiązać z ich wiarą, albo boją się, że świecki terapeuta narzuci im rozwiązanie niezgodne z wyznawanym przez nich światopoglądem. Obawiają się na przykład – zwłaszcza kiedy to dotyczy problemów małżeńskich – że świecki terapeuta zaleci im rozwód albo zasugeruje coś w sferze seksualnej, do czego nie mają przekonania albo czego się wręcz boją.

Myślą – od strony pozytywnej – że skoro jestem i księdzem, i terapeutą, to pomogę im zrozumieć powiązanie problemów z wiarą albo rozgraniczyć te dwie sfery, a od strony negatywnej – że nie będę sugerował czy zalecał takich rozwiązań, które mogłyby doprowadzić u nich do kryzysu związanego z wiarą czy miejscem w Kościele albo wyrzutów sumienia.

No i są oczywiście tacy, którzy szukają ze mną kontaktu, bo wydaje im się, że jestem „księdzem liberałem”, otwartym, o nowoczesnych poglądach, a na dodatek jestem psychoterapeutą i psychologiem. I dzięki temu nie potraktuję ich w taki sposób, w jaki potraktowali ich inni księża, będę więc bardziej wyrozumiały albo wręcz ugodowy.

Zapewne są jeszcze inne motywy.

A przychodzą do ciebie ateści?

Rzadko, ale owszem, prowadziłem terapię osób, które były ateistami i przyszły do mnie, wiedząc, że jestem księdzem.

Dlaczego?

Mam nadzieję, że uznały mnie za kompetentnego psychoterapeutę. Ateści jednak – ci zdeklarowani – raczej nie szukają mojej pomocy. Moimi pacjentami są w przeważającej części osoby wierzące, mniej lub bardziej. Są też osoby (spora grupa), które są wierzące, ale nie praktykują, mają uraz do Kościoła, lecz

mimo wszystko nie uważają się za ateistów. Może od razu jako psycholog zajmujący się naukowo problematyką religijności i duchowości dodam, że w świetle badań empirycznych dychotomiczne myślenie o stosunku ludzi do Boga, a więc wierzący (religijni) kontra niewierzący (ateiści/agnostycy) nie wystarczy, aby zrozumieć ich psychikę. Istnieją bowiem cztery, a nie dwie kategorie osób: 1) osoby, które wierzą w Boga i nie wątpią w Jego istnienie; 2) te, które mają wątpliwości, czy On istnieje, więc ich wiara bądź niewiara nie jest pewna; 3) te, które są zdumione, zażenowane, zaskoczone bądź rozzłoszczone wiarą ludzi w istotę, która ich samych nie interesuje; oraz 4) te, które zmagają się z surowym, wymagającym obrazem Boga i chętnie pozbyłyby się Go ze swojego życia, gdyby nie były przekonane, że On istnieje i ma nad nimi władzę. W ramach swojej praktyki klinicznej spotykam osoby z każdej z tych kategorii.

Rozczarowujesz ludzi czasem? Mijasz się z ich oczekiwaniami co do terapii?

Oczywiście. Na pewno łatwiej mi korzystać z warsztatu psychoterapeuty czy psychologa i teologa, kiedy ktoś przychodzi do mnie na konsultacje. Przychodzą wtedy osoby z konkretnymi problemami i chcą wiedzieć, co ja o tym myślę. Mają nadzieję, że wiem więcej od nich albo widzę to szerzej i dam im taką radę, która pomoże im wyjść z kryzysu. Wtedy oczekują ode mnie po prostu porady czy diagnozy. To może na przykład oznaczać,

że powiem komuś: „Ma pan/pani problem psychiczny, trzeba się leczyć, a nie tylko modlić”, albo „Jeśli pana/pani życie ma się zmienić, nie wystarczy się tylko spowiadać”, i zalecę psychoterapię albo farmakoterapię i kontakt z psychiatrą, albo jedno i drugie. Ale mogę też polecić udanie się do kierownika duchowego, kiedy widzę, że osoba ma, z mojego punktu widzenia jako duchownego, błędne wyobrażenia o chrześcijaństwie i przeżywa konflikt w świecie wartości, lecz nie ma objawów psychopatologicznych. W takiej konsultacyjnej funkcji jest mi zdecydowanie łatwiej odwołać się do tego, że jestem księdzem, a więc i teologiem. Wiele osób przychodzi do mnie na konsultacje z powodu nerwicy eklezjogennej. Często przysyłają ich do mnie psychoterapeuci.

Mówimy na przykład o skrupulantach?

Tak, chociaż nie tylko. Natręctwa, jeśli mają treść religijną, są skrupułami. Jest to trudne zaburzenie do leczenia. Trzeba też dodać, że skrupulanci stanowią dość uciążliwą „populację” dla psychoterapeutów.

Ponieważ ci nie są dla nich autorytetem.

Właśnie. Po pierwsze, tacy pacjenci chcą rozmawiać o swoich grzechach, a nie o problemach. Chcą mieć pewność, czy ich myśli, emocje, pragnienia, fantazje lub zachowania to grzechy,

czy może jednak nie, a jeśli tak, to jakiego kalibru są to grzechy: ciężkie czy lekkie? Tymczasem terapeuta nie może tego rozstrzygać, bo po pierwsze, nie ma takich kompetencji (nie jest spowiednikiem), po drugie, praca z objawami anankastycznymi (obsesyjno-kompulsywnymi) jako „skrupułami sumienia” jest klinicznie niewłaściwa. Z jednej strony nie pozwala na wprowadzenie rozróżnienia decyzji podejmowanych w oparciu o super-ego, a nie sumienie, z drugiej – odnosząc natręctwa do kwestii moralnych, z definicji oddala cierpiącą osobę od medycznego rozumienia jej problemu. Nierzadko się zdarza, zwłaszcza w odniesieniu do tak zwanych bardzo religijnych osób, iż swoje cierpienie (objawy) interpretują jako bezsprzeczny dowód swojej silnej relacji z Bogiem, której świecki terapeuta albo nie rozumie, albo nie ma, albo nie ma prawa tknąć, bo z ich punktu widzenia nie ma wystarczającego autorytetu religijnego.

Podczas konsultacji mogę w taką podwójną rolę terapeuty i księdza wejść. Kiedy przychodzi do mnie osoba mająca skrupuły i wprost pyta, czy to, co myśli lub robi, to grzech, na konsultacji mogę powiedzieć tak lub nie. Będę się też starał wytłumaczyć jej, jaka jest zależność pomiędzy tym, co przeżywa, na co cierpi, a jej religijnością czy wiarą.

Kiedy jednak taka osoba trafia do mnie na leczenie, nie mogę zachowywać się tak jak na konsultacji, bo wtedy terapia stałaby się czymś w rodzaju kierownictwa duchowego. Oczywiście to są teoretyczne zasady, podziały, w praktyce niestety nie jest to takie proste, zero-jedynkowe.

No to spróbujmy konkretnie. Na terapię do ciebie trafia skrupulant, a ty zgodziłeś się go prowadzić. Nękają go myśli, które uważa za grzeszne, a nawet bluźniercze. Co chwilę się spowiada, ale to nic mu nie daje. Nie widzi poprawy. Dostrzega wyłącznie swój „grzech” i ma coraz większe poczucie winy. Życie staje się koszmarem. Co robisz?

Najpierw wyjaśniamy sobie, czym są te skrupuły. Że to, iż mają treść religijną, wcale nie oznacza, że są związane z grzechem i wiarą albo odnoszą się wprost do Boga. One są po prostu objawem zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. To jest choroba. Tłumaczymy sobie, na czym ona polega, jakie szkody wyrządza, w jakie sfery w człowieku uderza i jak się ją leczy. Staramy się zrozumieć patomechanizm takiego zaburzenia. Informuję tę osobę, że podczas terapii będziemy się zajmowali leczeniem jej lęku, niepewności, nadmiarowego poczucia winy, tyranizującego superego, ale nie poprzez rozstrzyganie, czy to jest grzech, czy nie, tylko odpowiadanie na pytanie, dlaczego nie kieruje się sumieniem, zamyka w nerwicy religijnej itp.

Bo rozstrzyganie nic nie da. Za każdym razem będzie zdana nie na siebie, ale na jakiś zewnętrzny sąd.

Mówienie „to jest albo nie jest tym czy tamtym” z pozycji zewnętrznego superego na chwilę taką osobę uspokoi lub da jej ulgę, ale problemu nie rozwiąże.

Rozumiem, że bycie kapłanem w przypadku skrupulantów znacznie pomaga.

Tak, bo ja mam ten autorytet w posługiwaniu się językiem religijnym, którego nie ma świecki terapeuta. Terapeuta nie może powiedzieć: „to nie był grzech”. Muszę jednak zawsze pamiętać, że mój autorytet uruchamia bądź pogłębia u pacjenta tendencję do magicznego myślenia, a przecież chodzi o to, żeby go skonfrontować z rzeczywistością.

Świecki terapeuta może zapytać: „Dlaczego uważasz, że to był grzech?”

I na tym właśnie polega terapia. Zadaniem terapeuty jest otwarcie pacjenta na to, żeby zaczął zastanawiać się nad tym, dlaczego pewne swoje myśli czy emocje nazywa grzechem. Co ta nazwa wnosi do jego wewnętrznego świata? Dlaczego się nią posługuje? Skąd się u niego wzięło to myślenie? Co mu ono daje, a co zabiera? A to jest coś zupełnie innego niż powiedzenie komuś: „nie zgrzeszyłeś” albo „zgrzeszyłeś”, albo „wolno – nie wolno”.

Warto zatem szukać terapeuty, który podziela podobne wartości? Czy chrześcijanin powinien iść do psychoterapeuty chrześcijanina? Czy to w ogóle ma jakieś znaczenie? W jakim stopniu terapeuta może ingerować, wpływać na pacjenta, sugerować pewne rzeczy?

Jest pewna prawidłowość mówiąca, że im świat wartości terapeuty jest bliższy światu wartości pacjenta, tym łatwiej jest nawiązać tak zwany sojusz terapeutyczny. Mamy tu zatem argument za szukaniem takiego dopasowania. Zbieżność przekonań najbardziej pomaga osobom identyfikującym się jako bardzo religijne, którym religijna siatka odniesienia służy do rozumienia i oceniania rzeczywistości. To najczęściej dotyczy osób, które są zaangażowane w jakieś wspólnoty religijne, tradycyjne bądź charyzmatyczne, tam, gdzie kładzie się bardzo silny akcent na autorytet Biblii i gdzie o tym, co można zrobić bądź nie, mówi się na jej podstawie, albo tam, gdzie wiara traktowana jest jako zamknięty system norm i rytuałów.

Nie oznacza to jednak, że skutecznym terapeutą dla chrześcijanina może być tylko wierzący terapeuta. Są przypadki, kiedy lepsza jest asymetria, czyli – powiedzmy – wierzący pacjent z niewierzącym terapeutą. Osoby wierzące szukające terapeutów o odmiennym systemie przekonań, usprawiedliwiając taką decyzję, wskazują najczęściej na lęk przed negatywną oceną ze strony terapeuty współwyznawcy z powodu niewłaściwego postępowania moralnego lub na poczucie dyskomfortu wynikające z konieczności omawiania spraw, które mogłyby w bezpośredni sposób dotyczyć samego terapeuty ze względu na poczucie przynależności wyznaniowej – czyli mówiąc najprościej, „gorszyłyby go”.

Nie ma prostej odpowiedzi na to twoje pytanie. Są sytuacje, w których taka zbieżność działa na korzyść, i takie, w których

utrudnia proces terapii. Z badań wynika, że dla osoby religijnej mocno zaangażowanej w swoją wiarę ważniejsza w ocenie psychoterapii okazuje się akceptacja przez terapeutę jej religijnego systemu wartości niż akceptacja przekonań.

Ja dość wyraźnie odróżniam psychoterapię od poradnictwa. I nie mam problemu, kiedy psycholog praktyk prowadzi poradnictwo chrześcijańskie i jego klient o tym wie i na to się zgadza. Osoba do niego przychodząca rozumie, czego może się spodziewać, ponieważ ramy do takiego poradnictwa tworzy ich wspólny światopogląd. Kiedy jednak to nie jest poradnictwo, tylko psychoterapia, która może być prowadzona w taki sposób, żeby pacjent przyjął światopogląd terapeuty albo żeby szukał rozwiązań swoich problemów wyłącznie w zgodzie ze światopoglądem terapeuty, to mój zdecydowany sprzeciw rośnie. Najczęściej dotyczy to – z czym się w Polsce spotykam – problemów osób homoseksualnych.

Wierzących...

Tak. Osób, które są mniej lub bardziej wierzące, ale dla których religia jest ważnym punktem odniesienia, a problem widzą w swojej orientacji seksualnej i w tym, że nie potrafią się z nią odnaleźć w Kościele. I trafiają na tak zwanych terapeutów chrześcijańskich, którzy – mówimy nie tylko o Polsce – zalecają takim osobom leczenie się z homoseksualizmu bądź twierdzą, że jest to zaburzenie. Niedawno przeczytałem raport naukowców

z Williams Institute przy U.C.L.A. School of Law, w którym podano, że 16 tysięcy nastolatków LGBTQ, a więc odczuwających inny niż heteroseksualny pociąg, zostanie skierowanych na terapię konwersyjną przed ukończeniem 18 lat ze względu na lobbging środowisk konserwatywnych, zarówno politycznych, jak i religijnych. A to oznacza dwie rzeczy: albo poddanie się terapii mającej na celu zmianę orientacji, albo poddanie się nastawionej na leczenie deficytów osobowości psychoterapii, której skutkiem miałyby być odrzucenie bądź przezwyciężenie homoseksualizmu w życiu w celibacie.

W obu przypadkach za takim nastawieniem terapeutów idzie przekonanie biorące się z jednostronnego odczytania Biblii i z odrzucania nauki, że homoseksualizm jest inwersją heteroseksualizmu, czyli w ich interpretacji jest zaburzeniem lub dewiacją. Nie jest więc tożsamością, lecz zachowaniem. Próbują więc pomóc takim osobom, „lecząc je z homoseksualizmu”. Uważają bowiem, że jeśli nie powiedzą im, że powinni się leczyć albo zwalczać (odrzucać) homoseksualizm, to nie tylko nie pomogą im w sferze psychicznej, ale skazą je na dalsze życie w grzechu, a w konsekwencji na „potępienie”. I jest też grupa psychoterapeutów, która myśli w ten sam sposób, ale o tym nie mówi, nie informuje o tym swoich pacjentów. Przyjmują osoby homoseksualne na terapię i nie deklarują, że będą ich leczyć z orientacji, ale *de facto* do tego zmierzają. I jest trzecia grupa, traktująca homoseksualizm zgodnie z normami nauk behawioralnych, czyli psychologii, psychiatrii, seksuologii, i standardami etycznymi

psychoterapeutów. Według nich homoseksualizm jest jedną z orientacji seksualnych, nie traktują go jako czegoś, co pozo-
stawia pacjentowi wybór w kwestii tożsamości seksualnej. Od
osoby homoseksualnej będzie zaś zależało, czy swoją orientację
seksualną chce przeżywać w związku/relacji z osobą tej samej
płci, czy nie.

Z moich doświadczeń wynika, że bardzo rzadko tak zwani
terapeuci chrześcijańscy czy osoby mocno identyfikujące się
z wiarą wybierają tę trzecią opcję.

Ale ty tak pracujesz.

Tak, bo uważam, że w przeciwnym wypadku nie postępował-
bym etycznie jako klinicysta. Mój sprzeciw wobec tego typu
„terapii naprawczych” nie ma nic wspólnego z moimi sympa-
tiami politycznymi czy przekonaniami religijnymi, ale wynika
z ustaleń naukowych. I to właśnie oznacza, że nie mówię oso-
bie homoseksualnej, czy może w ten sposób żyć. Czy to, co robi,
jest grzechem, czy też nie. Wartościowanie moralne należy do
innego porządku niż terapeutyczny, co oczywiście nie oznacza,
że terapia jest pozbawiona odniesień do aksjologii. W terapii
punktem odniesienia jest jednak rozwój, dojrzałość, adaptacja.

Ne ukrywam, że trafiają do mnie osoby homoseksualne,
które miały doświadczenia z dwoma pierwszymi opisanymi
wyżej typami terapeutów. Zazwyczaj dlatego, że znają moje pu-
bliczne wypowiedzi na temat „terapii” homoseksualizmu. To

oczywiście nie oznacza, że dostaną ode mnie rozgrzeszenie albo przeciwnie – zakaz kontaktów. To jest terapia. A ja rozumiem ją w ten sposób, że idę za pacjentem, a nie przed nim. Niczego nie narzucam, ale staram się pomóc pacjentowi w zrozumieniu jego świata wartości, co nie oznacza oczywiście, że sam muszę go podzielać.

Myślę, że do kwestii homoseksualizmu wrócimy trochę później, bo ważna jest ona także w kontekście tego, co się z nią dzieje w polskim Kościele. Chciałem cię jeszcze zapytać o terapię osób, które wyrażają swoje problemy w języku religijnym bądź przeżywają je w odniesieniu do religii. Czy depresja może przypominać noc wiary, noc ciemną, czy można pomylić objawy choroby z doświadczeniem duchowym?

Zacznijmy od końca, żeby zarysować tło wielu złożonych kwestii. Ogólnie rzecz biorąc, osoby religijne mają najczęściej – nie mówimy tu tylko o katolikach czy nawet chrześcijanach, żeby było jasne – pięć sposobów reagowania na spotykające ich problemy emocjonalne, włącznie z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami osobowości czy ogólnie mówiąc, chorobami, i nieszczęściami. Po pierwsze, uważają, że ich problemy wynikają z tego, że grzeszą, po drugie, uważają, że na ich życie mają wpływ siły demoniczne, po trzecie, traktują trudności jako karę Bożą, po czwarte, uważają, że problemy są oznaką bliskości z Bogiem, i po piąte, problemy psychiczne czy choroby traktują

jako procesy naturalne, którym można jednak nadać religijny sens zarówno w odniesieniu do pytań „dlaczego ja/po co to cierpienie?”, jak i przy wykorzystaniu religijnych bądź duchowych strategii radzenia sobie z dystresem. Czasem te sposoby reakcji na problemy czy przeżywane cierpienie się łączą, nakładają na siebie bądź są ze sobą w konflikcie i pacjent nie może rozstrzygnąć, co jest „prawdą”. Oczywiście istnieje też owa piąta możliwość reakcji: problemy mają naturalne pochodzenie – nie są związane ani z grzechem, ani z interwencją istot wyższych, ani z karą czy próbą ze strony Boga. Takie osoby cierpią, bo mają nieuświadomione i nierozwiązane konflikty intrapsychiczne, mniej lub bardziej głębokie deficyty emocjonalne, zaburzone wzorce przywiązania, bolesne zranienia z przeszłości (traumy) czy genetyczne predyspozycje do pewnych chorób, abstrahując od tego, że są osobami wierzącymi. Tak więc, jak widzisz, przekonania chrześcijan obejmują spektrum reakcji od bardzo problematycznych po takie, które pozwalają sobie radzić z tym cierpieniem.

Wszystkie te kategorie osób spotykam zarówno podczas konsultacji, jak i w trakcie terapii. Nie wszystkie osoby od razu przyznają się do tego, że myślą w ten sposób o tym, co je spotyka, ale z badań wiemy, że ten podział się potwierdza. To też jest jeden z powodów, że ludzie wybierają terapeutę, który jest jednocześnie kapłanem. Po prostu łączą swoje problemy ze strefą duchową, szukają usprawiedliwienia, nadania sensu trudnym dla siebie wydarzeniom w łączności ze światem swoich wartości.

Pamiętajmy o jednej ważnej sprawie: ani Katechizm Kościoła katolickiego ani Biblia nie wypowiadają się *explicite* na temat zaburzeń psychicznych i ich genezy, chociaż oczywiście opisują różne postaci szaleństwa oraz cierpienia. To nie są podręczniki psychiatrii czy psychologii klinicznej, choć oczywiście tak zwani fundamentaliści chrześcijańscy uważają Pismo Święte za jedyny albo rozstrzygający autorytet w tych kwestiach. Czymś innym jest oficjalne stanowisko Kościoła, a czymś innym te prywatne atrybucje, przez które ludzie starają się nadać sens swojemu cierpieniu i swoim zmaganiom, widząc ich przyczynę w świecie nadprzyrodzonym (duchowym) bądź błędnie odnosząc do Boga. To jest problem, który jest też związany z obrazami Boga (ten temat dość często pojawia się podczas terapii, choć nie musi być tak nazwany czy też wyrażony w bezpośredni sposób). Cierpiące osoby zadają sobie na przykład pytania: „Czy jestem wierząca, skoro mam tyle lęku?”, „Czy mam jeszcze wiarę, skoro mam depresję?” albo: „Czy Bóg karze mnie za moje grzechy, skoro to mnie spotyka?”.

Leczę oczywiście osoby wierzące, które mają depresję. Nie zdarzyło mi się jednak, żebym zdiagnozował ją u kogoś jako przejaw kryzysu religijnego czy duchowego. Choć niektórzy w ten duchowy sposób mogą postrzegać swój stan chorobowy.