

# Model opieki duchowej w Poradni Leczenia Bólu. Jak rozumieć pozareligijne aspekty duchowości?

*Spiritual care model in the Pain Treatment Clinic. How to understand non-religious aspects of spirituality?*

Maciej Wiktor Klimasiński<sup>1</sup>, Ewa Baum<sup>2</sup>, Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

<sup>2</sup>Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska

## Streszczenie

Ból przewlekły wpływa na wszystkie aspekty życia pacjenta: fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Religijność jest częstym, ale nie jedynym sposobem realizowania potrzeb oraz aktywności duchowych. Na podstawie analizy definicji duchowości Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie oraz zestawienia jej z wypowiedziami pacjentów Poradni Leczenia Bólu wypracowano wnioski na temat czterech pozareligijnych aspektów duchowości. Przewlekłe dolegliwości mogą wpływać na to, jak człowiek interpretuje sens i cel swojego życia oraz jak przeżywa relacje z innymi ludźmi. Postawa moralna, rozumiana jako system przekonań na temat otaczającego świata i wynikające z nich wartości oraz dążenia, również może zmieniać się na skutek doświadczenia bólu przewlekłego. Odniesienie do transcendencji, czyli stosunek człowieka do tego, co go przekracza oraz zdolność do wykroczenia poza własne ograniczenia, może pomóc w akceptacji niepomysłnych wydarzeń, nawet takich jak utrata sprawności fizycznej. W Polsce, gdzie coraz więcej pacjentów nie identyfikuje się z konkretną religią, istnieje potrzeba opracowania modelu opieki duchowej, którą lekarz może udzielać w pozareligijny sposób.

**Słowa kluczowe:** opieka duchowa, moralność, ból przewlekły.

## Abstract

Chronic pain affects all aspects of a patient's life: physical, psychological, social, and spiritual. Religiosity is a common, but not the only, way to fulfil spiritual needs and engage in spiritual activities. Based on the analysis of the definition of spirituality provided by the Polish Society for Spiritual Care in Medicine, and by comparing it with statements from patients at the Pain Treatment Clinic, conclusions were drawn about 4 non-religious aspects of spirituality. Chronic conditions often influence how a patient interprets the meaning and purpose of their life and how they experience relationships with other people. Morality, understood as a system of beliefs about the surrounding world and the values and goals that stem from them, can also change through the experience of chronic pain. Reference to what transcends a person and the ability to go beyond one's limitations may enable the acceptance of adverse events, even those such as the loss of physical ability. In Poland, where an increasing number of patients do not identify with any specific religion, there is a need to develop a model of spiritual care that physicians can provide in a non-religious manner.

**Key words:** spiritual care, morality, chronic pain.

Adres do korespondencji:

Maciej Wiktor Klimasiński, Katedra Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, Polska, e-mail: klimasinski@gmail.com

## WSTĘP

Ból przewlekły wpływa na wszystkie aspekty życia pacjenta: fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Aby udzielać wsparcia duchowego, należy

wiedzieć, czym jest duchowość i jakie elementy się na nią składają. Zarówno pacjenci, jak i lekarze pytani w badaniach ankietowych o duchowość nie są pewni, czym ona jest. Niektórzy nie posługują się tym terminem w codziennym życiu, a inni mają uprzedzenia

do wybranych słów związanych z tą tematyką [1, 2]. Większość autorów zgadza się jednak, że duchowość to ważny wymiar życia każdego człowieka [3–5]. Dla jednych jest osią życia, wokół której wszystko się skupia, a dla innych jest pojęciem nieistotnym. W niektórych sytuacjach, na przykład podczas doświadczenia poważnej choroby, może dojść do rozwoju duchowości [3, 6]. Selby i wsp. donoszą, że o ile pracownicy medyczni mają duży problem z podaniem definicji duchowości, to pacjenci mówią o niej dużo swobodniej, podając wiele przykładów [7].

Według Steinhorna i wsp. duchowość to dynamiczny proces obejmujący sposób, w jaki człowiek doświadcza i interpretuje świat wokół siebie [8]. Jeżeli dana społeczność wypracowała wspólną interpretację wiary, a więc powstania świata, istnienia Boga, życia po śmierci itp., i posługuje się skodyfikowanym zestawem praktyk, to bardziej trafnym określeniem tego zjawiska będzie słowo „religia” [3, 8]. Selman i wsp. w szeroko zakrojonym badaniu przeprowadzonym w dziewięciu krajach, również w Polsce, używali najprostszej definicji duchowości: *głębsze kwestie życiowe*. Zachęcali pacjentów, aby używali własnego nazewnictwa i języka w czasie rozmowy o sensie życia oraz tego, jak radzą sobie z trudnościami w zmaganiach z ciężką chorobą [2]. Spotykane w literaturze definicje są na ogół tak rozbudowane, aby obejmowały wiele różnych kulturowo przekonanych na temat tego, czym jest duchowość.

W niniejszym artykule za punkt wyjścia posłużyła definicja duchowości (tab. 1) stosowana przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM) od 2015 r. [9]. W kolejnych akapitach zostaną przytoczone fragmenty publikacji na temat jej elementów (transcendentnych, religijnych, egzystencjalnych, związanych z relacjami, wartościami moralnymi). Następnie zostaną one porównane z wypowiedziami pacjentów Poradni Leczenia Bólu (badanie własne autorów). W dalszej kolejności zostanie przeprowadzona dyskusja na temat wzrostu liczby pacjentów, którzy nie identyfikują się z żadną religią. Na koniec zostanie wyznaczony kierunek kolejnych badań prowadzących do opisanego modelu opieki duchowej, którą może zapewnić lekarz każdemu pacjentowi cierpiącemu z powodu bólu przewlekłego.

## TRANSCENDENCJA

Zdanie wprowadzające do definicji duchowości według PTODM odnosi się do transcendencji. Nie jest konieczne przyjmowanie założenia dotyczącego istnienia czynnika nadprzyrodzonego jako warunku transcendencji. Heszen-Niejodek i wsp. podają interpretację tego terminu jako ukierunkowanie na *sacrum* oraz jako *wykraczanie poza siebie*. Pojęcie „*sacrum*” definiują szeroko jako *osobę, obiekt, zasadę lub pojęcie przekraczające człowieka*. Natomiast *wykraczanie poza siebie* tłumaczą jako wzrost lub rozwój w kierunku wyznaczonym przez wartości wyznawane przez daną osobę. Transcendencja zatem może być ukierunkowaniem człowieka na Boga, Siłę Wyższą lub inną osobę, której przypisuje się szczególną wartość i której dobro stawia się wyżej niż własne dobro [3]. Sformułowanie „Siła Wyższa” jest popularne w niezwiązanym z żadną tradycją religijną programie leczenia uzależnienia o nazwie „12 kroków”. W udostępnianych przez Anonimowych Alkoholików materiałach edukacyjnych jest używane zamiennie z frazą „siła większa niż my sami”. Może odnosić się do jakiegokolwiek istoty nadrzędnej, a nawet rzeczy nienadprzyrodzonych, takich jak dwunastokrokový program [10].

Surzykiewicz i wsp. adaptują koncepcję międzywyznaniowej duchowości. Wyjaśniają, że polega ona na odczuwaniu istnienia bezpośredniej relacji z siłą, która powołała wszystko do istnienia oraz na umiejętności przekraczania siebie. Tłumaczą, że jest to zdolność człowieka do kierowania się ku czemuś innemu niż on sam, do bycia otwartym na świat, na ludzi, do których można się zbliżyć, na nowe doświadczenia, inne interpretacje sensu życia [5]. Heszen-Niejodek i wsp. tworząc listę przejawów duchowości, podają m.in. otwartość, rozumianą jako akceptację zmian, wydarzeń życiowych, także tych niepomyślnych [3]. Według Kapały duchowość pozwala człowiekowi transcendować poza własne ograniczenia oraz dotychczasowe sposoby funkcjonowania [11]. W narzędziu Facit-Sp stosowanym do pomiaru dobrostanu duchowego znajduje się stwierdzenie na temat wykraczania poza siebie: *Wiem, że bez względu na to, jak potoczy się moja choroba, wszystko będzie dobrze* [12].

**Tabela 1.** Definicja duchowości stosowana przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie

<p>Duchowość to wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych. Duchowość obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Religijność człowieka, zwłaszcza jego relacje z Bogiem, a także zwyczaje i praktyki oraz życie wspólnotowe</li> <li>2) Poszukiwania egzystencjalne odnoszące się szczególnie do sensu życia, cierpienia i śmierci oraz do odpowiedzi na pytanie o własną godność i o to kim się jest jako osoba, do sfery wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpacz, pojednania i przebaczenia, miłości i radości</li> <li>3) Wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relacje z samym sobą i z innymi ludźmi, stosunek do pracy, natury, sztuki i kultury, jego wybory w sferze moralności i etyki oraz „samo życie”</li> </ol>
--

## RELIGIJNOŚĆ, RELIGIA

Następna część definicji duchowości według PTODM odnosi się do religijności człowieka. Surzykiewicz i wsp. opisują religijność jako zewnętrzny przejaw wewnętrznych przeżyć duchowych [5]. Według Słownika Języka Polskiego religia to zorganizowany zbiór wierzeń oraz związane z nimi obrzędy, zasady moralne i formy organizacyjne [13]. Zależność pomiędzy duchowością a religią można przyrównać do zależności pomiędzy zdrowiem i medycyną. Duchowość i zdrowie są subiektywnie odbieranym aspektem życia człowieka, któremu każdy nadaje inną wartość. Natomiast religia i medycyna są instytucjonalnym podejściem do rozwoju, pielęgnacji i poprawy tych dóbr [14]. Według Koeniga religie opierają się na systemach wierzeń i rytuałów, które uznają, czczą, komunikują się lub zbliżają się do świętości, boskości, Boga (w kulturach zachodnich) lub Najwyższej Prawdy, Ostatecznej Rzeczywistości, Nirwany (w kulturach wschodnich) [15]. Dla niektórych osób wymiar religijny jest fundamentalną częścią duchowości. Osobiste, transcendentne doświadczenia i przekonania związane z Wyższą Siłą wpływają na całe życie tych osób, na ich tożsamość, działania i decyzje życiowe. Człowiek jest religijny, kiedy zawiera i poddaje swoje życie Sile Wyższej w sposób opisany przez wyznawaną przez niego religię, podporządkowuje się jej nauce, ufa, że dzięki sprawowanym rytuałom osiągnie oczekiwaną harmonię i rozwój oraz ma poczucie łączności (wspólnoty) z innymi wierzącymi [16–19].

## SPEKTRUM RELIGIJNOŚCI

Religijność nie jest jednoznaczna z duchowością, ale stanowi bardzo często sposób jej realizowania [11]. Z medycznego punktu widzenia niezwykle istotne jest to, że religijność może być nasiloną. Zwyczajnie religijne mogą być akceptowane i praktykowane w różnym stopniu przez różne osoby. Ponadto, w życiu jednej osoby natężenie tej cechy może pod wpływem różnych doświadczeń nasilać się lub wyciszać. Badania pokazują, że na ogół praktyki religijne nasilają się wraz z postępem choroby dlatego, że skutecznie zmniejsza się szkodliwe oddziaływanie stresu na zdrowie pacjenta. Ten kierunek może przybrać formę postawy akceptującej chorobę, cierpienie i śmierć bez zastrzeżeń (ze względu na funkcjonowanie sił wyższych, nie podlegających kontroli człowieka). Inną postawą jest próba zajęcia czynnej postawy wobec choroby, traktowanej jako rezultat działania tajemnych mocy, których przychylności należy uzyskiwać poprzez specjalne rytuały. Kryzys zdrowotny może jednak prowadzić pacjenta do zakwestionowania wyznawanej religii i zaprzestania jej praktykowania

[8, 16, 19, 20]. Te zewnętrzne zmiany stopnia religijności wynikające z przemiany wewnętrznej opisywane są również w dokumentach Kościoła katolickiego: *Choroba może prowadzić do niepokoju, do zamknięcia się w sobie, czasem nawet do rozpacz i buntu przeciw Bogu. Może także być drogą do większej dojrzałości. Może pomóc człowiekowi lepiej rozeznaczyć w swoim życiu to, co nieistotne, aby zwrócić się ku temu, co istotne* [21]. Organizacje religijne zawsze zajmowały się pomocą chorym i cierpiącym. W związku z tym są źródłem nauki nie tylko o sensie cierpienia oraz życiu po śmierci, ale na temat konkretnych działań mających ułatwić wiernemu przeżyć ten trudny czas. Dla hospitalizowanego pacjenta wyznania rzymskokatolickiego, u którego praktyki religijne zmniejszają odczuwane cierpienie, kluczowa będzie posługa kapelana szpitalnego, możliwość korzystania z sakramentów i uczestnictwo w nabożeństwach. Istnieją także doniesienia o tym, że osoby bardzo sceptyczne wobec religii w obliczu zagrożenia życia zwracają się ku takiemu źródłu nadziei i pocieszenia [8].

## WSPÓLNOTY, PRAKTYKI RELIGIJNE

Ważną częścią uczestnictwa w nabożeństwach jest wymienione w definicji PTODM poczucie wspólnoty z ludźmi o podobnym światopoglądzie. Według Balboniego i wsp. choroba jest wydarzeniem duchowym, ponieważ osoba cierpiąca zostaje przez swoje dolegliwości zbliżona do transpersonalnego źródła sensu, do społeczności osób, które dzielą z nią ten sam los [22]. Według Chatters uczestnictwo w grupowych praktykach religijnych jest nie tylko sposobem na budowanie poczucia łączności z innymi, ale modyfikuje postawy międzyludzkie, promuje przyjaźń, miłość, współczucie, harmonię i tolerancję [19]. Religijni pacjenci chorzy przewlekle często angażują się w grupowe spotkania modlitewne, uczestniczą w nabożeństwach, działają jako wolontariusze, a także korzystają z innych materiałów religijnych. W literaturze medycznej dostępne są przykłady konkretnych tekstów, które są studiowane przez pacjentów różnych wyznań w celu odnalezienia ukojenie w trudnym czasie choroby. Spośród innych samodzielnych praktyk warto wymienić: samodzielną modlitwę, medytację oraz prywatne rytuały, takie jak zapalanie świec, noszenie religijnej biżuterii [15, 16]. Ponadto, specyficzna przynależność religijna pacjenta nabiera czasami ogromnego znaczenia w kontekście wpływu na niektóre decyzje, dotyczące opieki zdrowotnej. Przykładami mogą być sytuacje związane z początkiem i końcem życia, sposób grzebania zmarłych itp. [18, 23]. W literaturze jest dostępnych wiele skal do oceny religijności pacjentów, jednak w tym artykule zostaną one pominięte.



## PYTANIA EGZYSTENCJALNE

W definicji PTODM podkreśla się, że duchowość wiąże się z poszukiwaniami sensu życia oraz fenomenem nadziei. Puchalski, pionierka w dziedzinie integracji duchowości i opieki medycznej, założycielka George Washington Institute for Spirituality and Health (GWish), podkreśla wraz z zespołem, że duchowość wyraża się w sposób, w jaki człowiek poszukuje i nadaje sens i cel swojemu istnieniu [24]. Wielu autorów cytuje Frankla, psychoterapeutę, który przeżył uwięzienie w obozie koncentracyjnym. Jako twórca logoterapii postawił on tezę, że poszukiwanie sensu jest dla człowieka największą motywacją egzystencji. Utrata zdrowia, a szczególnie sprawności psychofizycznej, często sprawia, że ludzie kwestionują głębszy sens swojego życia oraz zasadność podjętych przez siebie wyborów [8, 16]. Antunes i wsp. przytaczają wypowiedź pacjenta, który opisuje, że dla niego *duchowość oznacza zdolność odczuwania nadziei, ale niekoniecznie nadziei, że zostaniemy uzdrowieni, ale nadziei na życzliwość, hojność i wolność od bólu* [16]. Van den Berg i wsp., autorzy publikacji zatytułowanej *Kwestionowanie wartości obecnego życia*, przebadali 34 osoby w wieku 55–92 lata. Donoszą, że niektóre osoby starsze, u których nie stwierdzono ciężkiej choroby, nie widzą sensu kontynuowania swojego życia. Jako przyczyny takiego stanu uczestnicy badania wymieniali m.in. samotność oraz brak jakichkolwiek zobowiązań [20].

## RELACJE

Następna część definicji duchowości według PTODM dotyczy relacji człowieka. W jednej z definicji duchowość opisywana jest jako *ten aspekt człowieczeństwa, który wyraża się w sposobie, w jaki doświadcza się łączności (ang. connectedness) z samym sobą, innymi ludźmi* [24]. W książce na temat opieki duchowej Puchalski pisze, że *w tajemniczy sposób duchowość jest podstawą relacji tego, jak jesteśmy połączeni ze sobą i jak pomagamy sobie nawzajem w chwilach stresu i poważnych chorób* [23]. Według Surzykiewicza i wsp. zmiana z zaabsorbowania sobą na zażyłość z innym pozwala człowiekowi lepiej poznać samego siebie. Tworząc polską wersję skali służącej do pomiaru duchowości, sugerują wprost, że jej istotą są nie tylko poczucie bezpośredniego kontaktu ze Stwórcą oraz rozmyślanie nad cudem stworzenia i sensem istnienia, ale także bezinteresowna miłość [5]. W celu oceny relacyjnego aspektu duchowości warto zapytać pacjenta o poczucie przynależności do określonej społeczności lub poprosić o opisanie najważniejszych relacji z innymi ludźmi [25, 26].

Potts i wsp. zwracają uwagę, że wszyscy pacjenci bez względu na poglądy religijne pragną postrzegać

swoje życie jako związane z czymś większym niż oni sami. Tym czymś może być rodzina lub inna grupa bliskich osób [27]. Przywiązanie do ważnych w życiu osób może być nawet najważniejszą wartością dla chorego [16]. Według Kapały poczucie przynależności wspólnoty (ludzkości, wszechświata, kosmosu), bycie jej niepowtarzalną częścią, a nawet zjednoczenia z nią może dać osobie głęboki spokój wewnętrzny, radość oraz poczucie bezpieczeństwa [11]. Przykładem tego, że relacje z innymi są źródłem sensu i celem w życiu jest wypowiedź Wandy Błęńskiej, słynnej poznańskiej lekarki, matki trędowatych. Pod koniec swojego życia miała powiedzieć: *Ja już nic nie mogę, ja już mogę tylko kochać* [28]. Inny badacz, Lasair, zaznacza, że sposób, w jaki każdy człowiek rozumie siebie i swoje życie może ulegać dynamicznym zmianom. Nie dotyczy to tylko nagłego zachorowania, ale również zmiany w relacjach (np. rozstanie z długoletnim partnerem) [29]. Relację z samym sobą można rozumieć w sposób, w który mierzy ją wspomniana już skala Facit-Sp. Zawierają się w niej następujące stwierdzenia: *Potrafię sięgnąć w głąb siebie, aby znaleźć ukojenie oraz czuję, że jestem w harmonii ze sobą* [12]. Posługując się religijnym terminem, owo wnętrze człowieka można nazwać duszą.

## WARTOŚCI I WYBORY MORALNE

Ostatnia część definicji duchowości według PTODM dotyczy m.in. sfery moralnej. Moralność jest złożonym zagadnieniem, zależnym od wielu czynników, takich jak wychowanie, kultura, osobiste doświadczenia, nabyta wiedza. Według Kapały wrażliwość etyczno-moralna przejawia się w posiadaniu zorganizowanego systemu wartości, umożliwiającego ustosunkowanie się człowieka do różnych problemów, od codziennych zdarzeń po dramatyczne życiowe decyzje. Wrażliwość można również rozumieć jako zdolność odróżniania dobra od zła [11]. Postawa moralna wpływa na postępowanie osoby, na jego cele i dążenia [8, 29]. Hodge wymienia bardzo wiele obszarów życia, na które wpływają przekonania duchowe na przykład populacji mieszkającej w Chinach: narodziny i opieka nad dzieckiem, sposób ubierania się, dieta, finanse, style komunikacji, ekspresja emocjonalna, interakcje płciowe, relacje małżeńskie, uroczystości, aktywność fizyczna, praktyki zdrowotne, opieka medyczna, radzenie sobie z trudnościami [30].

Podejście do życia każdego człowieka ewoluuje. Aristidou i wsp. donoszą, że niektórzy pacjenci po doświadczeniu pozaszpitalnego zatrzymania krążenia nabyli nowe głębokie uznanie dla radości życia [31]. Przykłady na to, że ciężka choroba uniemożliwia realizację moralnych celów oraz zmienia przekonania pacjentów na temat natury rzeczywistości można

**Tabela 2.** Podsumowane pozareligijnych aspektów duchowości

Duchowość to wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji, rozumianej jako stosunek do tego, co przekracza człowieka oraz zdolność do wykraczania poza siebie	Ukierunkowanie na dobro, które stawia się wyżej, niż dobro własne, może uzdolnić człowieka do wykraczania poza własne ograniczenia oraz dotychczasowe sposoby funkcjonowania, otwartości na nowe doświadczenia, także niepomyślne
Duchowość obejmuje poszukiwania egzystencjalne odnoszące się szczególnie do sensu życia	Sposób, w jaki człowiek poszukuje i nadaje sens oraz cel swojemu istnieniu, często zmienia się pod wpływem choroby przewlekłej
Duchowość obejmuje wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relacje z samym sobą i z innymi ludźmi	Ból przewlekły może wpływać na harmonię wewnętrzną, jakość relacji chorego z najbliższymi, a także poczucie przynależności do społeczności lub inaczej rozumianej większej całości
Duchowość obejmuje wybory w sferze moralności i etyki	Osobiste przekonania na temat świata oraz wyznawane wartości przekładają się na konkretne cele i dążenia

mnożyć [29]. Przewlekłe dolegliwości mogą wpłynąć na poczucie sprawiedliwości i odpowiedzialności. W zależności od tego, jak pacjenci radzą sobie z chorobą i jak ją interpretują, mogą zmieniać swoje postawy moralne. Niektórzy mogą stać się bardziej tolerancyjni, empatyczni i altruistyczni. Inni mogą stać się bardziej egoistyczni, cyniczni i agresywni. W literaturze dostępne są pytania, za pomocą których można ocenić moralny aspekt duchowości: *Jak Pan(i) postrzega rzeczywistość, która Pana/Panią otacza?*; *Jaką ma Pan(i) wizję świata?*; *Na jakie dążenia się to przekłada?* [29]; *Czy zмага się Pan(i) z przestrzeganiem własnych zasad moralnych/spelnianiem własnych standardów moralnych?* [32]; *Czy ma Pan(i) pewne przekonania, które wpływają na to, w jaki sposób korzysta Pan(i) z opieki medycznej?* [27].

## INTENSYWNE POZARELIGIJNE DOŚWIADCZENIA DUCHOWE

Według niektórych autorów przeżycia duchowe, takie jak intensywne medytacja lub spotkania z osobami rozwiniętymi duchowo oraz doświadczenia bliskie śmierci (ang. *near-death experiences*) mogą wywoływać uczucia, takie jak błogość, zauroczenie, zdumienie i uwielbienie. Wynikają one z wrażenia kontaktu z czymś, co nie jest częścią ludzkiego świata lub poczucia jedności z całą rzeczywistością. Z drugiej strony, mogą wiązać się onieśmieleniem, zawstydzeniem lub poczuciem winy za popełnione błędy [4, 33]. Interesujących przykładów związanych z przekraczaniem siebie dostarcza badanie przeprowadzone przez Tressoldiego i wsp. Analizowali oni opisy doświadczeń duchowych 40 osób z wyższym wykształceniem oraz wyćwiczonych w rygorze naukowym. Ci naukowcy przeżyli wydarzenia, które zmieniły ich sposób postrzegania własnego ja oraz otaczającej rzeczywistości. Cechami wspólnymi tych przeżyć było poczucie *przechodzenia energii przez kręgosłup*, uczucie bycia otoczonym przez światło, rozszerzenia swojej świadomości oraz odkrycie, że własne wnętrze jest bezgraniczne, zjednoczone ze wszechświatem.

Po tych doświadczeniach naukowcy nabyli większą wrażliwość i kreatywność, w sposób trwały zmienili swoje rozumienie świata oraz wyznawane wartości moralne. Zapamiętane przez nich poczucie jedności ze światem i wszystkimi ludźmi oraz nieśmiertelność duszy ludzkiej przełożyła się na konkretne działania, w tym nieodpartą chęć służenia innym, a nawet zmianę kariery zawodowej [32]. Aby dowiedzieć się od pacjenta, czy miał podobne doświadczenia, można posłużyć się skalą służącą do pomiaru częstości codziennych doświadczeń duchowych (ang. *daily spiritual experiences*) [34]. Pozareligijne aspekty duchowości zestawiono w tabeli 2.

## BADANIE WŁASNE PACJENTÓW PORADNI LECZENIA BÓLU

W celu uzyskania danych jakościowych zaprojektowano krótki protokół składający się z następujących pytań otwartych:

1. Czym według Pana/Pani jest duchowość?
2. W jaki sposób wyraża lub pogłębia Pan/Pani swoją duchowość?
3. Czy przekonania lub aktywności duchowe pomagają radzić sobie z bólem?

Pytania były zadawane każdemu dorosłemu pacjentowi przyjętemu w okresie od lutego 2022 r. do kwietnia 2023 r. przez głównego autora w Poradni Leczenia Bólu w Poznaniu. Warunkami włączenia uczestnika do badania były: potwierdzony przewlekły zespół bólowy o umiarkowanym lub znacznym nasileniu trwający powyżej 6 miesięcy. Warunkiem wykluczającym była aktywna choroba nowotworowa. Wszystkie odpowiedzi pacjentów były zapisywane w formie wywiadu pogłębionego.

Do badania zakwalifikowano 29 osób, w tym 26 kobiet i 3 mężczyzn. Średnia wieku wyniosła 70,1 lat (min. 29, maks. 94). Rozpoznanie postawione przez lekarzy kierujących do poradni: M15.0 – zwyrodnienie wielostawowe (11 pacjentów), G54.4 – zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych (6 pacjentów), M54.5 – ból okolicy

łędźwiowo-krzyżowej (2 pacjentów), M54.4 – rwa kulszowa z bólem łędźwiowo-krzyżowym (2 pacjentów), M47.2 – inne spondylozy z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych (3 pacjentów), G58.8 – inne określone mononeuropatie (2 pacjentów), M16.1 – pierwotna koksartroza (1 pacjent), M32.8 – inne postaci tocznia rumieniowatego układu (1 pacjent).

### Analiza odpowiedzi na pytanie: Czym według Pana/Pani jest duchowość?

Niektórzy badani nigdy nie zastanawiali się nad tym zagadnieniem. Inni utożsamiali duchowość z wiarą lub religijnością, czasem zaznaczając jej poziom religijności (*Katolikami jesteśmy, do kościoła chodzimy, ale fanatykami nie jesteśmy*). Ogólnie, pacjenci wypowiadali się na wszystkie opisywane powyżej pozareligijne aspekty duchowości. Przedstawiali swoje odniesienie do transcendencji (*Nie mam poczucia, że jest cokolwiek poza tym światem; Jeśli nie ma Boga, to jakaś inna siła w kosmosie – nie wyobrażam sobie żeby nic nie było*) oraz przemyślenia egzystencjalne (*Czy jest coś po śmierci? Coś jest, czuję to; Ja nie wierzę w Boga, ale szukam odpowiedzi na pytania, próbuję znaleźć sens w tym wszystkim*). Inne osoby zwracały uwagę na harmonię wewnętrzną oraz relacje (*Duchowość to dla mnie wyciszenie, refleksja; Duchowość jest czymś ponad materią, bez duchowości nie da się żyć, ona buduje związki między ludźmi*). Niektórzy chorzy spontanicznie przytaczali krótkie historie: m.in. o krewnym, który wychowywał się w patologicznej rodzinie i wyrósł na osobę zdemoralizowaną.

### Analiza odpowiedzi pacjentów na pytanie: W jaki sposób wyraża lub pogłębia Pan/Pani swoją duchowość?

Badani szczególnie zwracali uwagę na modlitwę oraz uczestnictwo w nabożeństwach i przynależność do grup religijnych. Niektóre osoby podawały czynności religijne jako pewnego rodzaju powinność do wypełnienia (*Modlę się, chodzę do kościoła, nie mam siły na więcej; W czasie pandemii mniej chodziłam do kościoła, ale teraz się poprawię. Pochodzę z takiej rodziny, że powinnam to robić*). Pośród badanych były też osoby, dla których wyrazem duchowości są relacje oraz dążenia moralne (*Szanujemy siebie nawzajem*). W celu pogłębiania swojej duchowości większość pacjentów wymieniało wykonywanie czynności, takich jak zwiększenie częstotliwości modlitwy, czytanie Biblii, broszur religijnych. Inni pacjenci podali pozareligijne sposoby (*Gdyby czas mi na to pozwalał, to mogłabym odwiedzać chorych w hospicjum. Rozmawiam też z moją przyjaciółką, która jest bardziej chora niż ja – obie na tym zyskujemy*).

### Analiza odpowiedzi pacjentów na pytanie: Czy przekonania lub aktywności duchowe pomagają radzić sobie z bólem?

Osoby religijne odpowiadały często, że modlitwa i uczestnictwo w nabożeństwach są dla nich pomocne (*Gdy mnie przydusi ból, to chwytam za medalik; Gdy się modlę to przestaje mnie boleć, jakbym miała znieczulenie!*). Jedną pacjentką mówiła o transcendentnych doświadczeniach, przemyśleniach egzystencjalnych i dążeniach moralnych (*Wszystko jest po coś, ofiaruję moje życie i mój ból w ręce Pana Boga. Nie wiem dlaczego nie umieram, widocznie mam jeszcze coś wartościowego do zrobienia*).

### Coraz więcej niereligijnych pacjentów

Powyższe wyniki potwierdzają, że niektórzy pacjenci mają przeżycia duchowe niezwiązane z religią. Zanotowano również wypowiedzi na temat rezygnacji z uczestnictwa w praktykach religijnych (*Kiedyś chodziłam do kościoła, to było dla mnie ważne, teraz już nie; Przestałam chodzić, gdy w Kościele zaczęła się polityka; Kiedyś chodziłam do kościoła, nawet śpiewałam w chórze, ale teraz myślę, że wiara w wyższą siłę to nie dla mnie*). Wielu autorów amerykańskich oraz europejskich donosi, że coraz więcej pacjentów o rozwiniętym życiu duchowym nie identyfikuje się z żadną zorganizowaną wspólnotą religijną [8, 22, 35–38]. Według Domaradzkiego nastawienie polskiego społeczeństwa do Kościoła ulega obecnie zmianom. Wielu Polaków, szczególnie młodych, odrzuca nakazy Kościoła dotyczące moralności jednostki [39]. Wśród tych osób nazywanych również niereligijnymi, ale uduchowionymi (ang. *spiritual but not religious*) można wyodrębnić dwie podgrupy: teistyczną oraz naturalistyczną. Pierwsza z nich obejmuje osoby, które wierzą w osobowego Boga, jednak z różnych powodów zrezygnowały z praktykowania religii. Druga podgrupa charakteryzuje się brakiem odniesienia do istoty wyższej. Duchowość naturalistyczna wiąże się z poczuciem podziwu płynącego z natury, literatury, muzyki, sztuki, teatru oraz filozofii związanych z poszukiwaniem sensu życia. Takie osoby mogą podawać, że nie wierzą w istnienie sił nadprzyrodzonych lub nie wykluczają ich istnienia, ale nie muszą być przekonane [36].

### DLACZEGO CORAZ WIĘCEJ POZARELIGIJNEJ DUCHOWOŚCI?

Z jakiego powodu w ostatnich dziesięcioleciach w krajach zachodnich tak bardzo zwiększyła się liczba osób niereligijnych? Jedną z przyczyn jest ujawnienie nadużyć oraz skandali w Kościele katolickim. Heelas i wsp. twierdzą, że jest to jedna ze zmian,



która charakteryzuje współczesną kulturę Zachodu (w odróżnieniu od tej sprzed lat 60.). Od drugiej połowy XX wieku m.in. z powodu rozpowszechnienia się telewizji, a następnie innych elektronicznych środków przekazu ukształtował się model kultury masowej. Według słownika PWN jest to obecnie dominujący typ kultury, w którym społeczeństwa korzystają powszechnie ze środków masowego przekazu, przez co dochodzi do unifikacji gustów i zachowań odbiorców [40]. Nie bez znaczenia jest także wzbogacenie się społeczeństw zachodnich. Dobrobyt materialny na ogół wiąże się z zaspokojeniem podstawowych potrzeb (fizjologicznych oraz związanych z bezpieczeństwem, warunkami pracy itp.). Wolny czas może zatem być poświęcany na realizację wyższych potrzeb, takich jak maksymalizowanie subiektywnego dobrostanu psychicznego oraz troska o lepsze wyrażanie siebie. Zmianę tę Heelas i wsp. nazywają masowym zwróceniem się ku subiektywności (ang. *the massive subjective turn*). Tłumaczą, że polega ona na nadawaniu prymatu własnym doświadczeniom i przekonaniom każdej jednostki przed odgórnie narzucenymi normami dla całej społeczności [41]. Podsumowanie różnic między tymi dwoma postawami życiowymi przedstawiono w tabeli 3.

## JAKIE SĄ PRZEJAWY ZWRÓCENIA SIĘ KU SUBIEKTYWNOŚCI?

Łatwo zauważyć, w jaki sposób kultura Zachodu faworyzuje koncentrowanie się na podmiotowości. W edukacji zwraca się coraz większą uwagę na dobrostan ucznia, w handlu na zadowolenie klienta, w medycynie na satysfakcję pacjenta, w miejscach pracy na rozwój osobisty pracowników, w marketingu na potrzeby odbiorców, w sztuce i filmie na nostalgia odbiorców (zjawisko *fan service*). Każda z tych zmian polega na odwróceniu się od bardziej hierarchicznego porządku rzeczy, w którym nauczyciel, producent, lekarz, kierownik, autor byli bogami, których wizji nie wolno podważać, a polecenia należy wykonywać bez dyskusji. Z tego powodu instytucje, które zaspokajają wyjątkowe, subiektywne potrzeby bardziej skoncentrowanych na swoim wnętrzu osób, rozwijają się. Natomiast te, które nadal działają w tradycyjnym trybie narzucanych rozwiązań, zanikają. Co więcej, prowadzi to również do zmian w duchowości (tab. 4). Dusza nie jest już tylko obiektem rozważań religijnych. Wyrażenie umysł-ciało-duch (lub podobne) zostało powszechnie przyjęte w księgarniach, centrach fitness, w spa, w gabinetach. Reklamy produktów i usług, które są w nich

**Tabela 3.** Zwrócenie się ku subiektywności we współczesnej kulturze zachodniej [41]

Parametry	Życie według obiektywnych wartości, oczekiwań, zobowiązań	Życie według własnych, subiektywnych doświadczeń
Źródła zasad, sensu życia	Podporządkowanie się zewnętrznemu autorytetowi	Każda jednostka jest sama dla siebie autorytetem. Robienie tego, co wydaje się słuszne
Role w społeczeństwie	Identyfikacja z tradycyjnymi rolami społecznymi. Podążanie ustalonymi ścieżkami	Życie zgodnie z unikalnymi przekonaniem, namietnościami. Podążanie za głosem serca
Zadania do wykonania	Cnota i dobre życie są scharakteryzowane w kategoriach poświęcania, dyscyplinowania się, prawidłowego wypełniania obowiązków. Skłonność do lekceważenia własnych uczuć	Sposób życia jest tak dostosowywany, aby jak najlepiej odpowiadał unikalnym potrzebom, pragnieniom, możliwościom. Wyrażanie siebie, bycie wiernym sobie

**Tabela 4.** Zwrócenie się ku subiektywności w sferze duchowej [41]

Parametry	Tradycyjna religijność chrześcijańska	Duchowość bez religijności
Źródło zasad	Życie według zasad ustalonych przez wyższy autorytetem (Bóg, Kościół, Pismo Święte). Odgórnie podane jest to, w co należy wierzyć i jak trzeba się zachowywać	Wolność w przekładaniu własnych doświadczeń i przekonań na wyznawane wartości i wynikające z nich dążenia
Zadania do wykonania	Dopasowanie się: bycie wiernym i posłusznym Bogu i Kościołowi, tradycji. Wykonywanie swoich obowiązków	Poszukiwanie takiej transcendencji, która pasuje do unikalnego wnętrza. Kierowanie się ku temu, co jest wyjątkowo odpowiednie dla unikalnej sytuacji jednostki
Role społeczne	Nie tylko aprobowane przez społeczność religijną, ale i usankcjonowane przez samego Boga. Poprzez słuchanie nauczania i rytuały można lepiej wypełniać swoje role, stawać się lepszą matką, bardziej oddaną uczennicą, bardziej pobożnym ojcem, bardziej posłusznym dzieckiem	Monitorowanie swoich postępów w życiu poprzez odniesienie do osobistej, autentycznej, opartej na doświadczeniu wiedzy, własnej ścieżki. Tylko w unikalnym wnętrzu można znaleźć odpowiedź na to, kim naprawdę się jest i kim można się stać

oferowane łączą zdrowie, relaks i piękno z doświadczeniami egzystencjalnymi (bądź najlepszą wersją siebie, odkryj życiodajną energię).

## DOŚWIADCZENIA DUCHOWE POZA KONTEKSTEM RELIGIJNYM

Zwrócenie się ku subiektywności w sferze duchowej może odgrywać ważniejszą rolę w odłączeniu się od instytucji religijnych niż utrata wiary. Niektóre osoby, uznające istnienie osobowego Boga, zgłaszają brak możliwości przeżywania swojej duchowości w instytucjach religijnych. Wśród tych, którzy odchodzą od Kościoła jest wielu, którzy zamiast doświadczeń transcendentnych w czasie nabożeństw odczuwają głównie znudzenie, brak związku z codziennym życiem [41]. Według niektórych badaczy wynika to z tego, że doświadczenia duchowe są dostępne tylko i wyłącznie dla wyznawców, którzy są bardzo zaangażowani w sposób trwały w praktykę religijną [42]. Z drugiej strony, niektóre osoby pytane o doświadczenia duchowe wskazują przeżycia związane z kontaktem z naturą, spotkaniami z ludźmi, słuchaniem muzyki [41, 43]. Pacjenci żyjący w zachodnich społeczeństwach również preferują bardziej spersonalizowaną duchowość dostępną na przykład w grupach wsparcia dla osób mających podobne choroby [41, 44].

## PODSUMOWANIE

Analiza definicji duchowości PTODM zestawiona z badaniem własnym wskazuje, że sferę duchową należy rozumieć w sposób bardzo szeroki. Trafnie podsumowuje to wypowiedź jednej z pacjentek Poradni Leczenia Bólu: *Duchowość jest tym, jak przeżywam swoje życie*. W Polsce można spodziewać się wzrostu liczby chorych nieidentyfikujących się z konkretną religią z powodu dominującej kultury masowej oraz dobrobytu materialnego. Wiąże się to ze zmianami społecznymi w kierunku odejścia od narzuconych zasad, a wzmacnianiu subiektywności i indywidualizmu. Z tego powodu coraz więcej chorych przewlekle może poszukiwać wsparcia duchowego poza tradycyjnymi organizacjami religijnymi. Zatem lekarz powinien być w stanie rozpoznawać indywidualne przekonania, potrzeby, pragnienia i możliwości chorego. Po zbadaniu wpływu choroby na sfery fizyczne, psychiczne i społeczne może również rozmawiać o duchowości, unikając zwrotów kojarzących się z religią. Innymi słowy, może poruszać zagadnienia, takie jak akceptacja ograniczeń, interpretacja sensu i celu życia, relacje z samym sobą, innymi ludźmi i *sacrum* oraz postawa moralna, pamiętając, że każda osoba na swój sposób

je rozumie. Należy prowadzić dalsze badania nad zmianami zachodzącymi w duchowości pacjentów pod wpływem choroby przewlekłej, aby wypracować model opieki duchowej, który może zapewnić lekarz każdemu pacjentowi cierpiącemu z powodu bólu przewlekłego.

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## PISMNIENICTWO

1. Best MC, Jones K, Merritt F i wsp. Australian patient preferences for the introduction of spirituality into their healthcare journey: a mixed methods study. *J Relig Health* 2022; 3: 1-18.
2. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S i wsp. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: a focus group study across nine countries. *Palliat Med* 2018; 32: 216-230.
3. Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Prz Psychol* 2018; 47: 15-31.
4. Jastrzębski AK. Unconscious spirituality: toward a contemporary conceptualization. *J Relig Health* 2022; 61: 4499-4515.
5. Surzykiewicz J, Skalski SB, Niesiobędzka M i wsp. Polish adaptation and psychometric properties of the long- and short-form interfaith spirituality scale. *Int J Environmental Res Public Health* 2022; 19: 13274.
6. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. *Front Psychol* 2021; 12: 674453.
7. Selby D, Seccaraccia D, Huth J i wsp. Patient versus health care provider perspectives on spirituality and spiritual care: the potential to miss the moment. *Ann Palliat Med* 2017; 6: 143-152.
8. Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med* 2017; 6: 237-247.
9. Co to jest duchowość (b.d.). <https://ptodm.org.pl/> (09.10.2023).
10. Alcoholics anonymous. step two. [W:] Twelve steps and twelve traditions. alcoholics anonymous. [https://www.aa.org/sites/default/files/2022-01/en\\_step2.pdf](https://www.aa.org/sites/default/files/2022-01/en_step2.pdf) (08.10.2023).
11. Kapała M. Spirituality as underrated aspect of the psyche. Proposal for a new approach to spirituality in the area of psychology – the spiritual sensitivity category. *Paedagogia Psychologia* 2017; 30: 7-37.
12. FACIT-Sp-12. Functional assessment of chronic illness therapy – spiritual well-being 12 item scale. The 12-item spiritual well-being scale. <https://www.facit.org/measures/FACIT-Sp-12> (08.10.2023).
13. Religia (b.d.). [W:] Słownik języka polskiego. Doroszewski W (red.). <https://sjp.pwn.pl/szukaj/religia.html> (08.10.2023).
14. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Historical context. [W:] Handbook of religion and health. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Oxford University Press, Oxford 2001, 15.
15. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Historical context. [W:] Handbook of religion and health. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Oxford University Press, Oxford 2001, 11.
16. Antunes ML, Reis-Pina P. The physician and end-of-life spiritual care: the PALIATIVE approach. *Am J Hosp Palliat Me* 2022; 39: 1215-1226.
17. Mishra SK, Togneri E, Tripathi B i wsp. Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. *J Religion Health* 2017; 56: 1282-1301.
18. Godlewska D, Gebreselassie J. Religia a zdrowie i choroba. *Język. Religia. Tożsamość* 2018; 1: 223-236.



19. Chatters LM. Religion and health: public health research and practice. *Ann Rev Public Health* 2000; 21: 335-367.
20. Van den Berg VE, Thölking TW, Leget CJW i wsp. Questioning the value of present life: the lived experience of older people who see no future for themselves. *Aging Mental Health* 2023; 27: 457-2465.
21. Kongregacja Nauki Wiary. Katechizm Kościoła Katolickiego nr 1501. [W:] Kongregacja Nauki Wiary. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2009, 364.
22. Balboni TA, Balboni MJ. The spiritual event of serious illness. *J Pain Symptom Manag* 2018; 56: 816-822.
23. Puchalski CM. The role of spirituality in the care of seriously ill, chronically ill, and dying patients. [W:] *A Time for listening and caring: spirituality and the care of the chronically ill and dying*. Oxford University Press, Oxford 2006, 25-26.
24. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK i wsp. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med* 2014; 17: 642-656.
25. Fuchshuber J, Unterrainer HF. "Test Your Spirituality in One Minute or Less" Structural Validity of the Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being Short Version (MI-RSWB 12). *Front Psychol* 2021; 12: 1-11.
26. Connolly M, Timmins F. Experiences related to patients and families' expression of spiritual needs or spiritual support within healthcare settings during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *J Relig Health* 2022; 61: 2141-2167.
27. Potts G, Hewitt S, Moore M i wsp. Spiritual caregiving and assessments for america's religious 'nones': a chaplaincy perspective. *J Religion Health* 2023; 62: 1513-1531.
28. Zajączkowska B, Pyz H. Z Wandy Błęńskiej „kapala” miłość. Drobnitka, ale moc ducha w niej była ogromna. <https://pl.aleteia.org/2020/10/18/wanda-blenska-roz poczyna-sie-proces-beatyfikacyjny-misjonarki/> (08.10.2023).
29. Lasair SA. Narrative approach to spirituality and spiritual care in health care. *J Religion Health* 2020; 59: 1524-1540.
30. Hodge DR. Understanding spiritual assessment and intervention in China: a roadmap for addressing client spirituality in an ethical and professional manner. *J Human Behavior Soc Environment* 2021; 32: 1-15.
31. Aristidou M, Karanikola M, Kusi-Appiah E i wsp. The living experience of surviving out-of-hospital cardiac arrest and spiritual meaning making. *Nurs Open* 2023; 10: 5282-5292.
32. Falewicz A, Szcześniak M, Rybarski R i wsp. Polish validation of a 14-item version of the religious and spiritual struggles scale (RSS-14): factorial structure, psychometric properties, and clinical correlates. *J Relig Health* 2023; 62: 3579-3603.
33. Tressoldi P, Woollacott M. Who are we, and what is the nature of reality? Insights from scientists' spiritually transformative experiences. *J Study Spirit* 2023; 13: 74-86.
34. Underwood LG. The daily spiritual experience scale. Overview Results. *Religions* 2011; 2: 29-50.
35. Ammerman NT. Spiritual but not religious? Beyond binary choices in the study of religion. *J Scientific Study Religion* 2013; 52: 258-278.
36. Wixwat M, Saucier G. Being spiritual but not religious. *Curr Opinion Psychol* 2021; 40: 121-125.
37. Capps D, Erikson EH, Zock BH. Human development and pastoral care in a postmodern age. *J Religion Health* 2018; 57: 437-450.
38. Klimasiński M, Baum E, Praczyk J i wsp. Spiritual distress and spiritual needs of chronically ill patients in poland: a cross-sectional study. *Int J Environmental Res Public Health* 2022; 19: 5512.
39. Domaradzki J. Hospital chaplains facing the pandemic. A qualitative study. *J Health Care Chaplain* 2023; 29: 145-160.
40. Kultura masowa (b.d.). <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/kultura-masowa;3928898.html> (08.10.2023).
41. Heelas P, Woodhead L, Seel B i wsp. Introduction. Bringing the sacred to life: explaining sacralization and secularization. [W:] *The spiritual revolution: why religion is giving way to spirituality*. Heelas P, Woodhead L, Seel B i wsp. (red.). Wiley-Blackwell Publishing, Oxford 2005, 2-5, 80-86.
42. Fuller RC. Barnes & noble synagogue. The new eclecticism in American religion. [W:] *Spiritual, but not religious: understanding unchurched America*. Fuller RC. Oxford University Press, Oxford 2001, 158-161.
43. Preston JL, Shin F. Spiritual experiences evoke awe through the small self in both religious and non-religious individuals. *J Experimental Soc Psychol* 2017; 70: 212-221.
44. Davari-Torshizi M. The religiosity of secular: the case of self-help. *J Study Spiritual* 2023; 1-13.