

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrlometodějská teologická fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

2021

Mgr. et Mgr. Anna Janů

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrilometodějská teologická fakulta

Institut sociálního zdraví

**DUCHOVNÍ ZÁPASY V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA
A JEJICH ASOCIACE SE ZDRAVÍM**

Spiritual Struggles in the Human Life and their Associations with Health



Disertační práce

Autor: **Mgr. et Mgr. Anna Janů**

Školitel: **doc. Mgr. et Mgr. Peter Šajda, PhD.**

Olomouc

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem dizertační práci s názvem „Duchovní zápasy v životě člověka a jejich asociace se zdravím“ vypracovala samostatně a všechny použité informační zdroje řádně citovala. Práce nebyla využita v rámci dalšího vysokoškolského studia či k získání jiného titulu.

V Olomouci dne 19. 3. 2021

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomohli a podpořili mě během doktorského studia. Na prvním místě chci poděkovat školiteli doc. Mgr. et Mgr. Peteru Šajdovi, Ph.D. za vedení práce a prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peteru Tavelovi, Ph.D. za zázemí studia i výzkumu. Dále děkuji Mgr. Kláře Maliňákové, Ph.D. za všechny sdílené zkušenosti, konzultace, připomínky, podněty, spolupráci a čas věnovaný mým prvním nesmělým krůčkům ve světě vědy. Děkuji také všem našim dalším kolegům z týmu Institutu sociálního zdraví (OUSHI) zejména Mgr. Janě Fürstové za spolupráci v oblasti statistiky a Mgr. Alici Košárkové za anglické revize.

Můj velký dík patří R. D. Mgr. Ing. Pavlu Habrovci a R. D. PhDr. Mgr. Zdeňku Koprivovi. Děkuji za povzbuzení pro rozhodnutí se ke studiu, za podporu a doprovázení během něj, zvláště ve chvílích, kdy mě ničily pochybnosti, úzkostné a skeptické myšlenky, a to až v takové míře, že se začaly promítat do mé psychosomatiky. V určitém odbodí jsem si dokonce sáhla na syndrom vyhoření, ale dnes jsem za tuto zkušenost vděčná. Děkuji za pomoc při hledání a znovunalézání motivace a smyslu této práce, která pro mě byla podobně náročná jako výstup na Mt. Blanc. S tím rozdílem, že výprava na Bílou horu trvala několik dní, studium několik let.

Ze srdce chci poděkovat mým rodičům za podporu ve studiu a za rodinné zázemí. Tatínku a maminko, děkuji za to, že jste byli nároční ve výchově, za to že jste mě učili nevzdávat se, bojovat s vlastní pohodlností, že jste mě učili pečlivosti a pozornosti při práci, učili tomu, že všechno jde, když se chce, a že od rozdělané práce se neutíká, i když člověka přestane bavit. Nebýt těchto postojů a principů, které jste od malička vyžadovali, možná by tato disertační práce nevznikla.

Na závěr bych chtěla poděkovat Pánu Bohu a Panně Marii. Už při přechodu z gymnázia na vysokou školu jsme spolu uzavřeli dohodu. „Já Ti dám, Pane Bože, svůj čas a Ty zařídiš všechno ostatní.“ A to platí dodnes. Každé otevírání počítače jsem provázela modlitbou k Duchu Svatému a k P. Marii. Děkuji za zdárné dokončení práce.

OBSAH

1	Úvod.....	10
1.1	Duchovní zápasy a boje	10
1.2	Cíl studie a struktura dizertační práce.....	12
1.2.1	Cíl práce.....	12
1.2.2	Struktura dizertační práce	13
2	Psychometrická analýza Škály náboženských a duchovních zápasů (RSS) v českém prostředí	16
2.1	Úvod	17
2.2	Metody.....	19
2.2.1	Výběrový soubor a sběr dat	19
2.2.2	Nástroje.....	19
2.2.3	Statistická analýza dat.....	20
2.3	Výsledky	20
2.3.1	Psychometrické vlastnosti dotazníku RSS.....	22
2.4	Diskuze	28
2.4.1	Silné stránky a limity	29
2.4.2	Implikace	29
2.5	Závěr.....	29
3	Psychometric evaluation of the Negative religious coping (NRC) scale of the Brief RCOPE in the Czech environment	34
3.1	Introduction	34
3.2	Methods	36
3.2.1	Subjects.....	36
3.2.2	Methods	37
3.2.3	Statistical analyses	37
3.3	Results	38
3.3.1	Sociodemographic differences.....	38
3.3.2	Factorial validity	40
3.3.3	Reliability	41
3.4	Discussion.....	42
3.4.1	Strengths and limitations	43

3.4.2	Implications	43
3.5	Conclusion	43
4	Associations of childhood trauma experiences with religious and spiritual struggles.....	49
4.1	Introduction	49
4.2	Methods	52
4.2.1	Participants and procedure.....	52
4.2.2	Measures	52
4.2.3	Statistical analyses	53
4.3	Results	54
4.4	Discussion.....	57
4.4.1	Strengths and limitations	58
4.4.2	Implications	59
4.5	Conclusion	59
5	Associations between religious and spiritual struggles and illness.....	66
5.1	Introduction	66
5.2	Methods	67
5.2.1	Participants and procedure.....	67
5.2.2	Measures	68
5.2.3	Statistical analyses	69
5.3	Results	70
5.4	Discussion.....	73
5.4.1	Strengths and limitations	74
5.4.2	Implications	75
6	Rozlišování duchovních démonických zápasů od psychických poruch a nemocí se stejnou symptomatologií: osobní případová studie	81
6.1	Úvod	81
6.2	Metodologie.....	84
6.3	Případová studie	85
6.4	Analýza textu.....	87
6.5	Diskuze	93
6.5.1	Silné stránky a limity.....	94
6.5.2	Implikace	94
6.6	Závěr.....	95

7	Vznik duchovních zápasů a jejich možný.....	100
7.1	Úvod	100
7.2	Analýza textu	100
7.3	Diskuze	105
7.3.1	Silné stránky a limity	110
7.3.2	Implikace	110
7.4	Závěr	110
8	Diskuze	114
8.1	Hlavní zjištění	114
8.2	Diskuze o hlavních zjištěních	116
8.2.1	Silné stránky a limity	121
8.2.2	Kvalita vzorku	122
8.2.3	Kvalita informací	122
8.2.4	Kauzalita	122
8.2.5	Implikace pro praxi	122
8.2.6	Implikace pro další výzkum	123
	Shrnutí	124

Seznam použitých zkratek

APA	Americká psychologická asociace (American Psychological Association)
BDSM	Pojem zahrnující celé spektrum sadomasochistických aktivit. Tato zkratka je akronymová složenina B&D (bondage & discipline), D&S (domination & submission), S&M (sadism & masochism).
Brief RCOPE	Zkrácená verze RCOPE (Religious Coping Inventory)
CT	Prožitek traumatu v dětství (Childhood Trauma)
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
KKC	Katechismus katolické církve
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
NRC	Negativní náboženský coping (Negative Religious Coping)
OUSHI	Institut sociálního zdraví – Olomouc (Olomouc University Social Health Institut)
PRC	Pozitivní náboženský coping (Positive Religious Coping)
RCOPE	Nástroj na měření náboženského copingu (Religious Coping Inventory)
R/S	Religiozita a spiritualita (Religiosity and Spirituality)
RSS	Škála náboženských a duchovních zápasů (Religious and Spiritual Struggles Scale)
R/S struggles	Náboženské a duchovní zápasy (Religious and Spiritual Struggles)

Seznam tabulek

Tab. 2.1	Popisné charakteristiky datového souboru a výsledky neparametrického porovnání subškál RSS dotazníku (Wilcoxonův dvouvýběrový test a Kruskal-Wallisův test). P hodnota přísluší srovnání všech skupin, zatímco vztahy uvedené v závorkách jsou výsledkem vícenásobného porovnání skupin.
Tab. 2.2	Položková analýza a faktorová struktura RSS škály s využitím explorační faktorové analýzy s šikmou (Oblimin) rotací. Tučně jsou označeny náboje položek patřících do dvojice subškál, ze kterých bude tvořeno třífaktorové schéma.
Tab. 2.3	Položková analýza a faktorová struktura zkrácené RSS škály s využitím explorační faktorové analýzy s šikmou (Oblimin) rotací.
Table 3.1	Descriptive characteristics of the data set and results of non-parametric comparison of the total score of the NRC among different sociodemographic groups (Wilcoxon sign-rank test for gender and Kruskal-Wallis test for other comparisons).
Table 3.2	Descriptive characteristics of the NR Cope scale items: means, standard deviations, correlations of the items with the scale
Table 4.1	Description of the study population, total and by religiosity.
Table 4.2	Associations of different childhood trauma experiences with different types of spiritual struggles: results of binary logistic regression adjusted for age, gender and education level leading to odds ratios with 95% confidence intervals.
Table 5.1	Description of the study population, total and by religiosity.
Table 5.2	Associations of religious/spiritual struggles (standardized to Z-scores) and physical illness: results of multinomial logistic regressions with the healthy respondents being the reference category, adjusted for age, gender and education, leading to odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95%CI).
Tab. 6.1	Konkrétní projevy manifestace při modlitbě exorcismu.
Tab. 6.2	Jednání a projevy naznačující možný vznik posedlosti.
Tab. 6.3	Symptomy, které korespondují s projevy psychických poruch nebo nemocí.
Tab. 7.1	Osobnostní proměny.

Seznam grafů

- Graf 2.1* SEM model konfirmační faktorové analýzy se standardním rozdělením položek RSS do šesti subškál. Číselné hodnoty udávají náboje faktorů jednotlivých položek a korelace mezi faktory.
- Graf 2.2* SEM model konfirmační faktorové analýzy s redukováným počtem faktorů RSS. Číselné hodnoty udávají náboje faktorů jednotlivých položek a korelace mezi faktory.
- Figure 3.1* SEM path model of the NRC questionnaire.
- Graf 7.1* Duchovní zápasy v životě participantky.
- Graf 7.2* Proměna vnímání a prožívání religiozity v životě participantky.
- Graf 7.3* Časová osa zachycující důležité momenty života participantky.

1 Úvod

Tematika duchovních zápasů byla prioritně spojována s duchovní praxí poustních otců, v posledních dekáдах si však našla cestu i do vědeckého světa a stala se předmětem intenzivního vědeckého zkoumání. Důležitou roli v otevření této cesty hrál pozvolný přerod chápání pojmu zdraví směřující od čistě biomedicínského modelu ke zkoumání dalších faktorů, které by mohly hrát ve zdraví člověka důležitou roli. A tak po psychosomaticke, sociální či ekologické dimenzi je stále více objevenována také duchovní dimenze jako významný faktor podílející se na podpoře či omezení lidského zdraví. Zdraví chápaného v původním širokém slova smyslu, znamenající zdraví tělesné a duševní spojené s vnitřním klidem, mírem, naplněností, pohodou zahrnující neporušenost a celost člověka. Přestože většina studií naznačuje pozitivní asociace mezi religiozitou či spiritualitou a zdravím, v případě duchovních zápasů je tomu přesně naopak. Mnohé výzkumy potvrzují negativní souvislosti duchovních zápasů především s mentálním, ale i fyzickým zdravím. Chceme proto lépe pochopit mechanismy vnímání a prožívání duchovních zápasů člověkem, další zákonitosti či principy, na základě kterých tyto zápasy vznikají, případně jak se s nimi lidé vědomě či nevědomě vypořádávají. Cílem naší studie je validizovat nástroje měření duchovních zápasů, které by byly vhodné pro podmínky české společnosti a hlouběji prozkoumat souvislosti duchovních zápasů s mentálním a fyzickým zdravím případně dalšími změnami osobnosti.

1.1 Duchovní zápas a boje

Duchovní zápas a boje jsou vnímány jako prožitky napětí, úzkosti či stresu pramenící z duchovního nastavení, prožívání a praktikování víry nebo zkušenosti s ní (Exline, 2013). Tato úzkost může mít formu jedné z primárních negativních emocí (smutek, hněv, vina), nebo představovat vnitřní konflikt, při kterém lidé zažívají myšlenky či pocity vytvářející nesoulad a napětí. Zatímco religiozita a spiritualita fungují ve prospěch životní spokojenosti a zdraví (Ironson, Kremer, & Lucette, 2016; Nurasikin et al., 2013) označovaných jako pozitivní náboženský coping a nabízí člověku možnost dobře se vypořádávat s životními událostmi (Nurasikin et al., 2013), duchovní boje jsou vnímány jako negativní forma náboženského copingu (Pargament, Murray-Swank, et al., 2005), která má negativní souvislost s duchovním i fyzickým zdravím člověka (Franklin, 2016; Rosmarin, Pargament, & Flannelly, 2009).

V základním rozlišení se zápas spojený s duchovní dimenzí člověka dělí právě na duchovní a náboženské. Čistě duchovní zápas se zaměřuje na vztah člověka k Bohu nebo transcendentnu a čistě náboženské vychází z učení, praktik a vztahové dynamiky organizované

náboženské skupiny (Exline, 2013). Počátky vědeckého zájmu o náboženské a duchovní zápasy jsou spojovány se jménem R. A. Funka, který již v roce 1958 vytvořil 22-ti položkový dotazník o nepříjemných prožitcích a napětí s náboženským obsahem (Funk, 1958). Zájem o toto téma znovu otevřeli Trenholm, Trent a Compton v 90. letech 20. století (1998), kteří rozšířili negativní duchovní zkušenosti o pozitivní oblast. Následovali další autoři, kteří se zaměřovali na konkrétní typy duchovních zápasů, například pochybnosti v oblasti náboženství (Batson a Schoenrade, 1991), téma zlých sil a utrpení (Altemeyer & Hunsberg, 1997), božské duchovní zápasy (Webb, Sink, McCann, Chickering and Scallan, 2010). Postupně začaly vznikat škály na měření náboženského copingu konkrétních náboženství jako např. hinduismu (Tarakeshwar, Pargament, & Mahoney, 2003), islámu (Abu Raiya, Pargament, Mahoney, & Stein, 2008), či židovství (Rosmarin, Pargament, Krumrei, & Flannelly, 2009), nebo křesťanství (Paika et al., 2017), které dávaly možnost obsáhnout jednotlivé odlišnosti v prožívání těchto náboženství. V dalším textu se budeme podobněji zabývat zvláště autory Julií Exline a Kenneth I. Pargamentem, jejichž škály o duchovních zápasech jsme vybrali k provedení psychometrické analýzy v českém prostředí (viz kap. 2 a 3).

Pargament (2007) rozděluje obecně duchovní a náboženské zápasy na božské, vnitřní a interpersonální. *Božské* zahrnují negativní pocity vztažené k Bohu např. naštvanost na Boha. *Vnitřní* znamenají negativní pocity vztažené sama k sobě např. neschopnost odpustit si. *A interpersonální* obsahují negativní pocity vztažené k druhým lidem z konkrétní náboženské komunity např. prožívání pocitu zrady. Pargament je autorem dotazníku Religious Coping Inventory (RCOPE), který hodnotí pozitivní i negativní náboženské copingové strategie (K. I. Pargament, Koenig, & Perez, 2000). Celý dotazník obsahuje 105 položek rozdělených do 21 subškál. Vzhledem k obsáhlosti byl dotazník přepracován do kratší podoby Brief Religious Coping Inventory (Brief RCOPE nebo B-RCOPE) se 14- ti položkami (K. Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011), přičemž sedm z nich zahrnuje pozitivní náboženský coping (PRC) a sedm dalších negativní náboženský coping (NRC). Pro náš zájem zacílený na náboženské a duchovní zápasy jsme se zajímali pouze o subškálu negativního náboženského copingu, která není vázaná na předchozí část a je možné ji využít samostatně.

Podrobnější rozpracování duchovních zápasů než je Brief RCOPE nabízí Julie Exline ve svém dotazníku Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) (Exline et al., 2014). Autorka obecně kategorizuje náboženské a duchovní zápasy na božské, démonické, interpersonální a vnitřní, přičemž poslední skupinu (vnitřní) člení ještě na morální, pochybnosti a smysl života (2013). Výše zmíněných šest kategorií zároveň představují šest subškál v dotazníku RSS (Božská, Démonická, Interpersonální, Morální, Pochybnosti a Smysl života). *Božské duchovní zápasy* znamenají negativní emoce nebo napětí pramenící z víry v Boha či božstvo. *Démonické* zahrnují obavy, že ďábel nebo zlí duchové útočí na člověka a způsobují nepříjemné události v jeho životě. *Interpersonální* obsahují negativní zkušenosti s lidmi patřícími do téže náboženské komunity nebo s náboženskými institucemi. Dále *morální* souvisí s intenzivními pocity viny spojenými s přestupky, kterých se člověk dopustil. *Pochybnosti* představují prožívání pochybností souvisejících s vírou člověka a poslední skupina *smysl života* znamenají náboženské a duchovní zápasy, ve kterých člověk bojuje s pocitem postrádání hlubšího smyslu svého života.

Vznik a intenzita duchovních zápasů souvisí s mnoha životními faktory. Některé výzkumy ukazují na významnou souvislost vyšší míry duchovních zápasů a některých demografických faktorů jako například nižšího věku (Exline, Park, Smyth, & Carey, 2011), ženského pohlaví (Bryant & Astin, 2008), nebo stavu, kdy svobodní uvádějí vyšší míru těchto náboženských a duchovních zápasů (McConnell, Pargament, Ellison, & Flannelly, 2006). Duchovní zápas mohou často souviset s vnějšími událostmi a vznikat např. jako odpověď na nemoc nebo na negativní životní událost (Bjorck & Thurman, 2007), jsou častější u lidí, kterým chybí sociální opora (McConnell et al., 2006) a ve zvlášť zvýšené míře se projevují u těch, kteří prožili v dětství jakékoliv trauma, týrání, zneužívání či zanedbávání (Fallot & Heckman, 2005; Janu, Malinakova, Kosarkova, & Tavel). Dalším prediktorem pro vyšší míru duchovních zápasů mohou být vnitřní faktory. Osobnostní rysy jako například sklon k úzkostnosti (Hall & Edwards, 2002), osobní představy a obrazy Boha jako neuchopitelného, vzdáleného nebo nemilujícího (Bryant & Astin, 2008), nižší míra vnitřní religiozity a vyšší vnější a formální religiozity s sebou nese více božských zápasů (naštvaní na Boha, zklamání z něj) (Hall & Edwards, 2002). Tato tendence což se potvrdila i u těch, kteří mají nižší míru sounáležitosti s náboženskou komunitou (Exline et al., 2011) a je ještě výraznější u lidí s přesvědčením o špatných Božích úmyslech.

1.2 Cíl studie a struktura dizertační práce

1.2.1 Cíl práce

Cílem naší práce bylo přinést nové nástroje měření náboženských a duchovních zápasů do české společnosti. Vybrali jsme Škálu náboženských a duchovních zápasů Julie Exline (kap. 2) a Pargamentův nástroj Škálu negativního náboženského copingu (kap. 3) a oba dotazníky validizovali pro české prostředí. Dalším cílem bylo hledání asociací mezi duchovními zápasy a mentálním i fyzickým zdravím člověka. Zaměřili jsme se na souvislosti prožitku traumatu v dětství a duchovních zápasů v dospělosti (kap. 4) a asociace duchovních zápasů s konkrétním onemocněním, jmenovitě deprese, artritida, astma, bolesti zad, rakovina, kardiovaskulární nemoci, cukrovka a infarkt (kap. 5). Problematikou jsme se zabývali jak v širokém měřítku kvantitativních studií (kap. 4 a 5), tak v osobní případové studii (kap. 6 a 7). Posledním cílem naší práce byl popis a rozlišování symptomů duchovních zápasů od psychiatrické diagnózy a možný význam těchto zápasů pro změnu životního nastavení.

Byly zformulovány následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1

Jaké jsou psychometrické vlastnosti nástrojů pro zjišťování duchovních a náboženských zápasů/negativního náboženského copingu v českém prostředí? (kap. 2 a 3)

Výzkumná otázka 2

Jaká je souvislost mezi prožitkem traumatu v dětství a duchovními zápasy v dospělosti? (kap. 4)

Výzkumná otázka 3

Může souviset prožívání duchovních a náboženských zápasů se somatickým onemocněním? (kap. 5)

Výzkumná otázka 4

Jaká je zkušenost jedince, který prožívá intenzivní duchovní démonický zápas? (kap. 6)

Výzkumná otázka 5

Jaký význam může mít prožívání duchovních zápasů pro změnu životního nastavení? (kap. 7)

1.2.2 Struktura dizertační práce

Obsahem práce jsou tři publikované články (kvantitativní studie) v původním znění, jeden v českém jazyce a dva v angličtině. Dále jedna další kvantitativní studie a kvalitativní osobní případová studie. Tato je z důvodu obsahové bohatosti členěna do dvou kapitol. Odkaz na použitou literaturu je uveden za každou kapitolou zvlášť.

Kapitola 1 představuje všeobecný vhled do tematiky duchovních zápasů a obsahu pojmu zdraví.

Kapitola 2 zahrnuje validizaci škály RSS (Religious and Spiritual Struggles Scale) v českém prostředí, která je nástrojem pro měření náboženských a duchovních zápasů.

V *Kapitole 3* je popsána validizace NRC (Negativ Religious Coping Scale) pro české prostředí. Jde o další nástroj pro měření duchovních zápasů někdy označovaných jako negativní náboženský coping.

Kapitola 4 mapuje asociace mezi prožitkem traumatu v dětství a duchovními zápasy v dospělosti. Pod pojmem trauma je chápáno fyzické, sexuální a psychické týrání a fyzické i emoční zanedbávání.

V *kapitole 5* se zabýváme souvislostmi mezi duchovními zápasy a konkrétními nemocemi. Jmenovitě depresí, artritidou, astmatem, bolestmi zad, rakovinou, kardiovaskulárními nemocemi, cukrovkou a infarktem.

Kapitola 6 poskytuje vhled do možného vzniku a symptomatologie duchovních démonických zápasů a nastiňuje tak schopnost rozlišení od psychických poruch a nemocí (osobní případová studie).

Kapitola 7 obsahuje popis konkrétních duchovních zápasů v životě člověka a jejich možný význam pro změnu životního nastavení a proměnu osobnosti (osobní případová studie).

V *kapitole 8* uvádíme hlavní zjištění naší práce, celkovou diskuzi, implikaci pro praxi i další výzkum a shrnutí.

Literatura

- Abu Raiya, H., Pargament, K. I., Mahoney, A., & Stein, C. (2008). A Psychological Measure of Islamic Religiousness: Development and Evidence for Reliability and Validity. *International Journal for the Psychology of Religion*, 18(4), 291-315. doi:10.1080/10508610802229270
- Altemeyer, B., & Hunsberger, B. (1997). *Amazing conversions: Why some turn to faith and others abandon religion*. Amherst, NY: Prometheus.
- Batson, C. D., & Schoenrade, P. A. (1991a). Measuring religion as Quest: I. Validity concerns. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 416–429. doi:10.2307/1387277
- Bjork, J. P., & Thurman, J. W. (2007). Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(2), 159-167. doi:10.1111/j.1468-5906.2007.00348.x
- Bryant, A. N., & Astin, H. S. (2008). The correlates of spiritual struggle during the college years. *Journal of Higher Education*, 79(1), 1-+. doi:10.1353/jhe.2008.0000
- Exline, J. in Pargament, Kenneth I. (Ed); Exline, Julie J. (Ed) & Jones, James W. (Ed). (2013). APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research., (pp. 459-475). Washington, DC, US: American Psychological Association, xxvii, 740 pp.
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger Toward God: Social-Cognitive Predictors, Prevalence, and Links With Adjustment to Bereavement and Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129-148. doi:10.1037/a0021716
- Fallot, R. D., & Heckman, J. P. (2005). Religious/spiritual coping among women trauma survivors with mental health and substance use disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(2), 215-226. doi:10.1007/bf02287268
- Franklin, A. S. (2016). Religiousness, religious coping methods, and cognitive test anxiety among African-American college students. *Mental Health Religion & Culture*, 19(9), 1000-1012. doi:10.1080/13674676.2017.1306501
- Funk, R. A. (1958). Experimental scales used in a study of religious attitudes as related to manifest anxiety. *Psychological Newsletter, New York University*, 9, 238–244.
- Hall, T. W., & Edwards, K. J. (2002). The spiritual assessment inventory: A theistic model and measure for assessing spiritual development. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 341-357. doi:10.1111/1468-5906.00121
- Ironson, G., Kremer, H., & Lucette, A. (2016). Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 31(9), 1068-1076. doi:10.1007/s11606-016-3668-4
- Janu, A., Malinakova, K., Kosarkova, A., & Tavel, P. Associations of childhood trauma experiences with religious and spiritual struggles. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105320950793
- McConnell, K. M., Pargament, K. L., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1469-1484. doi:10.1002/jclp.20325

- Nurasikin, M. S., Khatijah, L. A., Aini, A., Ramli, M., Aida, S. A., Zainal, N. Z., & Ng, C. G. (2013). Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), 332-338. doi:10.1177/0020764012437127
- Paika, V., Andreoulakis, E., Ntountoulaki, E., Papaioannou, D., Kotsis, K., Siafaka, V., . . . Grp, A.-D. S. (2017). The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument: psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of General Psychiatry*, 16. doi:10.1186/s12991-017-0136-4
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York, NY: Guilford Press.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2(1), 51-76. doi:10.3390/rel2010051
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543. doi:10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N., Magyar, G. M., & Ano, G. G. (2005). Spiritual struggle: A phenomenon of interest to psychology and religion. In W. R. Miller & H. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change* (pp. 245-268). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10859-013
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Flannelly, K. J. (2009). Do Spiritual Struggles Predict Poorer Physical/Mental Health Among Jews? *International Journal for the Psychology of Religion*, 19(4), 244-258.
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., Krumrei, E. J., & Flannelly, K. J. (2009). Religious Coping Among Jews: Development and Initial Validation of the JCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 670-683. doi:10.1002/jclp.20574
- Tarakeshwar, N., Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2003). Initial development of a measure of religious coping among Hindus. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 607-628. doi:10.1002/jcop.10071
- Trenholm, P., Trent, J., & Compton, W. C. (1998). Negative religious conflict as a predictor of panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 59-65. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199801)54:159::AID-JCLP7 3.0.CO;2-P
- Webb, M., Sink, C. A., McCann, R. A., Chickering, S. A., & Scallion, M. J. (2010). The Suffering With God Scale: Theoretical development, psychometric analyses, and relationships with indices of religiosity. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 21, 71-94. doi:10.1037/14045-025

2 Psychometrická analýza Škály náboženských a duchovních zápasů (RSS) v českém prostředí

Anna Janů, Klára Maliňáková, Jana Furstová, Peter Tavel

Československá Psychologie 2018, 62 (Suppl.1) 2-18

Abstract

Objectives. Spirituality is often positively associated with physical and mental health. However, recent research suggests also possible negative associations connected with so-called Religious Struggles. Therefore, the need of having valid instrument for measuring spiritual struggles is also increasing. The aim of this study was to psychometrically evaluate Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) in secular conditions of the Czech Republic.

Sample and settings. A nationally representative sample of 1000 Czech respondents aged fifteen years and over ($n=1000$; 46.04 ± 17.28 years; 48.6% men) participated in the survey. Religious and spiritual struggles and basic socioeconomic information were measured.

Results. The non-parametric comparison of different sociodemographic groups showed a higher prevalence of religious and spiritual struggles among older people, people living alone and the unemployed. In order to assess the number of factors, Kaiser criterion, scree plot, Parallel analysis (PA) and Minimum average partial test (MAP) were used. All of these methods resulted into a three-factors solution. The original scale consists of six subscales, in Czech conditions, however, they tended to pair up. Therefore, besides presenting the full version, we also decided to reduce the scale and for common research we suggest the possibility of using only three subscales (Divine, Meaning and Interpersonal). The confirmatory factor analyses supports this model with $\chi^2(74) = 176.8$; $p < 0.001$, SRMR = 0.035, CFI = 0.998, TLI = 0.998, RMSEA = 0.037 (90% CI = 0.030–0.044). Both versions of the scale have a high internal consistency: for the full version Cronbach's $\alpha=0.96$ and $\omega_t=0.96$, for the three-scale version $\alpha=0.92$ and $\omega_t=0.94$.

Study limitations. The main limitation of this study is a high proportion of respondents who reported that they have no experience of religious and spiritual struggle. This is probably connected with a low overall religiosity in the country, as shown in the representative sample.

Key words: RSS scale; religious and spiritual struggles; religion; spirituality; psychometric evaluation

Souhrn

Duchovní dimenze je nedílnou součástí života mnoha lidí. Bývá spojována s lepším fyzickým i duševním zdravím a vyšší životní spokojeností. Existují však i studie, které docházejí k opačnému závěru, a sice že náboženství a spiritualita mohou být zdrojem stresu, napětí a nepohody. Příkladem jsou tzv. náboženské a duchovní boje (Religious and Spiritual Struggles). Objevuje se tak potřeba validních nástrojů pro jejich měření. Cílem této studie byla psychometrická analýza české verze Škály náboženských a duchovních zápasů (RSS). Výzkum byl proveden terénním šetřením metodou face-to-face na vzorku 1000 respondentů z České republiky. Soubor je reprezentativním vzorkem obyvatel ČR z hlediska věku nad 15 let (s průměrným věkem 46,04; SD 17,28), pohlaví (48,6% mužů) a regionální příslušnosti.

Výsledky popisné statistiky a neparametrických porovnání jednotlivých sociodemografických skupin ukázaly, že větší míru zápasů prožívají lidé vyššího věku, lidé žijící osaměle a nezaměstnaní. Naopak pohlaví nehrálo roli v míře duchovních zápasů. Metody použité k ověření počtu faktorů (Kaiserovo kritérium, sutinový graf, paralelní analýza a test Minimum average partial) shodně doporučily pro české podmínky extrakci tří faktorů.

Původní škála je tvořena šesti subškálami, v českých podmínkách je však patrná tendence slučování subškál do dvojic. Proto jsme se kromě uvedené plné verze rozhodli škálu zkrátit a pro běžné výzkumy navrhneme možnost používání pouze tří subškál (Božská, Smysl života a Interpersonální). CFA podporuje tento model s $\chi^2(74) = 176,8$; $p < 0,001$; SRMR = 0,035; CFI = 0,998; TLI = 0,998; RMSEA = 0,037 (90% CI = 0,030–0,044). Obě verze škály mají vysokou vnitřní konzistenci: Cronbachovo alfa celé verze škály je 0,96 a $\omega_t = 0,96$, pro tříškálovou verzi $\alpha = 0,92$ and $\omega_t = 0,94$.

Výsledky šetření ukazují, že třífaktorová škála může být vhodným nástrojem pro hodnocení náboženských a duchovních zápasů v českém prostředí. Originální šestifaktorová škála sice nemá optimální psychometrické vlastnosti, ale v některých případech může být její použití opodstatněné, např. v případě rozsáhlých religiózních vzorků nebo při nutnosti jemnějšího rozlišování mezi jednotlivými oblastmi duchovních zápasů. Hlavní limitací této studie je vysoký poměr respondentů, kteří uváděli, že se jich tato problematika netýká.

Klíčová slova: škála RSS; náboženské a duchovní zápasy; náboženství; spiritualita; psychometrická analýza

2.1 Úvod

Náboženství a spiritualita hrají důležitou roli v životech mnoha lidí. Četné studie ukazují pozitivní vztah mezi náboženstvím a spiritualitou a fyzickým i duševním zdravím (Turner, 2015). Religiozita a spiritualita jsou spojovány s lepší funkcí kardiovaskulárního systému (Luechese, Koenig, 2013; Masters et al., 2004), nižším krevním tlakem (Koenig et al., 1998; Steffen et al., 2001). Religiozita dále pozitivně souvisí s lepším fungováním imunitního systému (Ironson et al., 2002) a větší délkou telomer a protektivním působením při buněčném stárnutí (Koenig et al., 2016), s mentálním zdravím např. s nižší mírou úzkosti (George, Ellison, Larson, 2002; Harris, Schoneman, Carrera,

2002; Pargament, 2002) či depresivních symptomů a menším počtem sebevražd (VanderWeele et al., 2016). Religiozita je také spojována s morálním rozhodováním a chováním (Lang et al., 2016; Shariff, 2015) a prožíváním partnerských vztahů. Shodné náboženské vyznání partnerů a společná modlitba souvisí s vyšší spokojeností v manželství (Olson et al., 2016), vyšší mírou důvěry partnerů a stabilitou vztahu (Lambert et al., 2012).

Existují však také studie, které docházejí k opačným závěrům. Náboženské prožívání může být pro lidi zdrojem stresu, napětí a nepohody (Exline, Yali, Sanderson, 2000; Pargament, 2002). Komplikace mohou nastat, když se např. pro vypořádávání s obtížnými životními situacemi používají negativní náboženské copingové strategie (Bjorck, Thurman, 2007), které souvisí s nižším duševním i fyzickým zdravím (Pargament, Koenig, Perez, 2000; Pargament, Zinnbauer et al., 1998) a nižší životní spokojeností (Hebert et al., 2009), s fobickou úzkostí, paranoidními myšlenkami, somatizací (McConnell et al., 2006) a se sklony k sebevraždě (Exline, Yali, Sanderson, 2000). Negativní coping zahrnuje duchovní nespokojenost, nesprávné vnímání Boha (například jako trestajícího), vztahové problémy v rámci náboženské skupiny nebo připisování nadměrného vlivu démonickému působení (Pargament, Smith et al., 1998). S tématem negativního náboženského copingu dále souvisí i problematika tzv. náboženských a duchovních zápasů (religious and spiritual struggles) (Pargament, Smith et al., 1998), které jsou také spojeny s negativními asociacemi se zdravím a nižší mírou životní spokojenosti (Rosmarin, Pargament, Flannelly, 2009; Abu-Raiya et al., 2016).

Z uvedených výzkumů vyplývá potřeba efektivního měření duchovních zápasů. Mezi široce používané nástroje měření patří sedmipoložkový dotazník Negative Religious Coping (NRC), který je součástí čtrnácti položkového Brief Religious Coping inventory (B-RCOPE) (Paika et al., 2017; Pargament, Feuille, Burdzy, 2011) nebo Spiritual Struggle – Specific Experiential Avoidance (SSAQ) (Dworsky et al., 2016). Dalším nástrojem je dvacetišestipoložková škála Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) (Exline et al., 2014), která byla použita i ve zkrácené patnáctipoložkové variantě (Abu-Raiya, Pargament et al., 2015).

Dotazník RSS dnes získává na významu a využívá se v mezinárodním měřítku. Používá se pro analýzy souvislostí duchovních zápasů a religiozity, osamělosti, přítomnosti smyslu života (Exline et al., 2014), duševního zdraví, míry životní spokojenosti, úzkostnosti a depresivních symptomů (Abu-Raiya et al., 2016). RSS škála je tvořena šesti podškálami (Exline et al., 2014). Jsou jimi: 1) Božská - zápasy související se vztahem k Bohu s obsahem negativních emocí nebo střetů zaměřených na božstvo; 2) Démonická - zápasy se zlými duchy týkající se obav z toho, že ďábel nebo zlí duchové útočí na člověka nebo jsou příčinou různých negativních událostí; 3) Interpersonální - vztahové zápasy negativních zkušeností s věřícími lidmi nebo náboženskými institucemi nebo jakékoliv další problémy spojené s oblastí religiozity; 4) Morální – např. zápasení s morálními principy, pocity viny a studu za překročení pravidel; 5) Pochybnosti - pochybnosti a otázky spojené s vírou; 6) Smysl života - zápasy o smysl života, problém vnímat dostatek hlubokého životního smyslu.

Dle některých výzkumů je ČR zemí s celosvětově nejvyšším procentem lidí, kteří se nehlásí k žádnému náboženství (Pew Research Center, 2015) a také s nejnižší mírou religiozity mladých dospělých (ve věku 16 – 29 let) v rámci Evropy. Zároveň však ČR překvapivě obsazuje přední místa, co se týče intenzity a praktikování náboženství (Bullivant, 2018). Při hodnocení prožívání

náboženských a duchovních zápasů je tedy zapotřebí vzít v úvahu také otázku religiozity respondentů.

V Českém prostředí dosud neexistuje škála, která by umožňovala zkoumání duchovních zápasů, cílem této studie je proto 1) představit českou verzi dotazníku RSS, 2) odhadnout vnitřní konzistenci české verze škály RSS, 3) odvodit faktorovou strukturu české verze RSS, 4) prezentovat psychometrické parametry české verze škály RSS pro budoucí využití v psychodiagnostice a psychologii osobnosti či psychologii zdraví.

2.2 Metody

2.2.1 Výběrový soubor a sběr dat

Před samotným výzkumem byl realizován předběžný výzkum se 109 účastníky, jehož cílem bylo ověření použitých dotazníků a znění jednotlivých otázek. Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu. Terénní šetření bylo uskutečněno v celé České republice v období listopadu a prosince 2014 a bylo provedeno vyškolenými administrátory technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Ze seznamu obyvatel ČR stratifikovaného podle pohlaví, věku a čtrnácti krajů bylo náhodně vybráno a osloveno 1215 respondentů. Z nich 215 (17,7%) odmítlo účast na výzkumu. Jako důvod udávali nedostatek času (45,6% respondentů) nebo nezáměr či neochotu (22,1% respondentů), délku dotazníku a náročnost (19,1%), zbytečnost (4,4%), dalším důvodem byla také zvýšená obava lidí pustit do bytu cizího člověka nebo obava ze zneužití. Jednalo se častěji o muže a mladší obyvatele. Vlastního výzkumu se účastnilo 1000 (82,3%) respondentů z České republiky vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor je reprezentativním vzorkem obyvatel ČR ve věku nad 15 let (s průměrným věkem 46,04; SD 17,28), pohlaví (48,6% mužů) a regionu.

2.2.2 Nástroje

RSS škála (Exline et al., 2014) byla dvakrát přeložena do češtiny na sobě nezávislými překladateli. Obě verze byly následně prodiskutovány a zpětně přeloženy do angličtiny profesionálním překladatelem, porovnány s originálem a byla vytvořena finální verze dotazníku. Škála obsahuje 26 položek, které pokrývají šest oblastí duchovních zápasů. Z nich vychází šest subškál: 1. Božská (např. „Cítil/a jsem se, jako by mě Bůh trestal.“), 2. Démonická (např. „Cítil/a jsem, jako by se mě ďábel (nebo zlý duch) pokoušel odvracet od toho, co je dobré.“), 3. Interpersonální (např. „Měl/a jsem spory s jinými lidmi ohledně duchovního nebo náboženského přesvědčení.“), 4. Morální (např. „Dělal/a jsem si starosti, že moje jednání je morálně nebo duchovně špatné.“), 5. Smysl života (např. „Cítil/a jsem se, jakoby můj život neměl hlubší smysl.“) a 6. Pochyby (např. „Pochyboval/a jsem, zda mě Bůh miluje.“). Pro každou položku respondenti odpovídali na otázku: „Odpovězte prosím, do jaké míry jste se potýkal/a s tím, co obsahují následující otázky během několika posledních měsíců.“ výběrem z pětistupňové škály Likertova typu (1 = vůbec/netýká se mě, 2 = velmi málo, 3 = málo, 4 = celkem málo, 5 = významně). Autorka škály navrhuje pro její skórování průměrování všech 26 položek škály. Možné je také počítat průměrné skóre pro jednotlivé subškály (Exline et al., 2014).

Religiozita byla hodnocena na základě otázky „Nezávisle na tom, zdali navštěvujete bohoslužby, řekli byste o osobě, že jste:“ s výběrem z možností „1 = Věřící člověk, 2 = Nejste věřící člověk, 3 = Přesvědčený ateista.“

Sociodemografické údaje byly zjišťovány v první části dotazníku a obsahují otázky týkající se pohlaví, věku, způsobu života, rodinného stavu, nejvyššího dosaženého vzdělání a ekonomické aktivity.

2.2.3 Statistická analýza dat

Distribuce jednotlivých položek dotazníku byla vyhodnocena pomocí histogramů a jejich normalita byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem. Protože hypotéza o normalitě dat byla zamítnuta pro všechny subškály dotazníku RSS, ke statistickým analýzám byly použity neparametrické metody: pro porovnání pohlaví byl použit Wilcoxonův dvouvýběrový test, v ostatních případech byly porovnávány vždy více než dvě skupiny pomocí Kruskal-Wallisova testu (neparametrická ANOVA). Na p hodnoty z vícenásobného porovnávání skupin byla použita Bonferroniho korekce. Korelace mezi jednotlivými subškálami RSS byly hodnoceny pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. K určení počtu faktorů byla použita kombinace metod Kaiserovo (K1) kritérium, sutinový graf, paralelní analýza (PA) a test Minimum average partial (MAP). Jelikož jsou jednotlivé položky dotazníku ordinálního charakteru, byly analýzy PA i MAP provedeny na matici polychorických korelací s využitím balíku `random.polychor.pa` v programovacím prostředí R. Explorační faktorová analýza (EFA) byla počítána metodou WLS (Weighted Least Squares) na základě matice polychorických korelací. Vzhledem k vyšší korelovanosti všech subškál byla při EFA využita šikmá rotace (Oblimin). EFA byla počítána pomocí balíku `Psych` programu R. Dimenzionální struktura dotazníku byla testována konfirmační faktorovou analýzou (CFA) s využitím matice polychorických korelací. CFA byla provedena pomocí balíku `lavaan` v programu R, kde je jako metoda odhadu parametrů z ordinálních dat používána metoda DWLS (Diagonally Weighted Least Squares). Vnitřní konzistence škály byla hodnocena s využitím koeficientu Cronbachovo alfa a McDonaldovo omega. Všechny analýzy byly provedeny s použitím softwaru Dell Statistica verze 13 a R 3.4.0.

2.3 Výsledky

Popisné charakteristiky datového souboru a výsledky srovnání RSS subškál mezi sociodemografickými skupinami jsou uvedeny v Tabulce 2.1.

Tab. 2.1 Popisné charakteristiky datového souboru a výsledky neparametrického porovnání subškál RSS dotazníku (Wilcoxonův dvouvýběrový test a Kruskal-Wallisův test). P hodnota přísluší srovnání všech skupin, zatímco vztahy uvedené v závorkách jsou výsledkem vícenásobného porovnání skupin.

	n (%)	Božská	Démonická	Interpersonální	Morální	Pochybnosti	Smysl života	celkové skóre
Pohlaví								
1. mužské	486 (48,6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2. ženské	514 (51,4)							
Věk								
1. 18-29 r.	227 (22,7)	p = 0,026	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2. 30-39 r.	158 (15,8)							
3. 40-49 r.	180 (18,0)							
4. 50-59 r.	161 (16,1)							
5. 60 a víc	274 (27,4)							
Způsob života								
1. s manželem/manželkou	500 (50,0)	p = 0,007 (3-4*)	p = 0,075	p = 0,073	p = 0,001 (1-3**, 3-4*)	n.s.	p = 0,047	p = 0,016 (1-3*, 3-4*)
2. s partnerem/kou	201 (20,1)							
3. sám/a bez stálého partnera/ky	185 (18,5)							
4. s rodiči/sourozenci	114 (11,4)							
Nejvyšší dosažené vzdělání								
1. základní	84 (8,4)	p = 0,068	p = 0,047	n.s.	n.s.	n.s.	p = 0,059	p = 0,055 (1-4*)
2. SOU bez maturity	326 (32,6)							
3. střední škola s maturitou	435 (43,5)							
4. vysokoškolské	155 (15,5)							
Ekonomická aktivita								
1. zaměstnaný	509 (50,9)	p < 0,001 (4-5**, 5-7*)	p = 0,014	p = 0,048	n.s.	p = 0,062	p = 0,011 (2-4*)	p = 0,023 (2-4*)
2. podnikatel, OSVČ	100 (10,0)							
3. v domácnosti, včetně MD	23 (2,3)							
4. nezaměstnaný	23 (2,3)							
5. student	101 (10,1)							
6. invalidní důchodce	55 (5,5)							
7. starobní důchodce	187 (18,7)							
Vztah k víře^a								
1. věřící	277 (27,7)	p < 0,001 (1-2***, 1-3***, 2-3*)	p < 0,001 (1-2***, 1-3***)	p < 0,001 (1-2***, 1-3***)	p < 0,001 (1-2***, 1-3***)	p < 0,001 (1-2***, 1-3***)	p < 0,001 (1-2***, 1-3***)	p < 0,001 (1-2***, 1-3***)
2. nevěřící	563 (56,3)							
3. přesvědčený ateista	160 (16,0)							

Poznámky: ^anezávisle na návštěvách bohoslužeb, n.s. = nesignifikantní výsledek ($p > 0,1$); * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Výsledky naznačují některé trendy u duchovních zápasů v různých sociodemografických skupinách. Mezi pohlavími není patrný rozdíl v duchovních zápasech. Mezi věkovými skupinami je statisticky významný rozdíl ve škále Božská, kde lidé s vyšším věkem nabývají vyšších průměrných hodnot. Rozdíly ve způsobu života naznačují, že lidé žijící osaměle mají ve všech škálách kromě Pochybností vyšší hodnoty ve srovnání s ostatními skupinami. Ve škálách Božská, Morální, Smysl života a v celkovém skóre jsou tyto rozdíly statisticky významné. Při porovnávání skupin podle vzdělání se ukazuje, že obyvatelé se základním vzděláním mají ve všech škálách vyšší hodnoty. Statisticky signifikantní rozdíl je jen ve škále Démonická, ale trendy jsou patrné i ve škálách Božská, Smysl života a také v celkovém skóre. Porovnání skóre podle ekonomické aktivity naznačuje, že nezaměstnaní prožívají více duchovních zápasů. Ve všech škálách kromě Morální mají nezaměstnaní nejvyšší skóre. Ve škále Božská mají vyšší hodnoty nejen nezaměstnaní, ale i starobní důchodci. Lidé, kteří sami sebe označují za věřící bez ohledu na to, zda navštěvují bohoslužby, mají signifikantně vyšší hodnoty ve všech škálách ve srovnání s lidmi nevěřícími a s přesvědčenými ateisty. Téměř ve všech škálách (kromě Démonické a Interpersonální) je navíc signifikantní rozdíl i mezi nevěřícími a ateisty, přičemž ateisté mají nejnižší hodnoty ve všech škálách i v celkovém skóre.

Podle psychometrických ukazatelů (viz níže) lze v českém prostředí využít zkrácenou verzi dotazníku RSS obsahující pouze tři z původních šesti subškál: Božská, Smysl života a Interpersonální. Porovnání sociodemografických skupin v rámci jednotlivých subškál je uvedeno v Tabulce č. 1 (subškály zůstávají beze změny). Při porovnání celkového skóre ze zkráceného dotazníku byly zaznamenány mírně odlišné výsledky než při porovnání celkového skóre plného dotazníku: míra duchovních zápasů se neliší mezi pohlavími, věkovými skupinami, mezi různými způsoby života a nesouvisí ani s ukončeným vzděláním. Porovnání zkráceného skóre podle ekonomické aktivity naznačuje, že nezaměstnaní prožívají více duchovních zápasů než zaměstnaní lidé ($p = 0,036$), podnikatelé ($p = 0,012$) a studenti ($p = 0,037$). Signifikantní rozdíly byly zaznamenány také ve vztahu k víře: mezi věřícími a nevěřícími ($p < 0,001$), věřícími a ateisty ($p < 0,001$), a také nevěřícími a ateisty ($p = 0,01$), přičemž ateisté mají nejnižší hodnoty a věřící nejvyšší hodnoty v celkovém zkráceném skóre.

2.3.1 Psychometrické vlastnosti dotazníku RSS

Ověření faktorové struktury

Nejdříve byly zjištěny vzájemné korelace mezi subškálami dotazníku RSS. Jednotlivé subškály mezi sebou středně až významně korelují. Všechny korelační koeficienty jsou v rozmezí 0,49 – 0,72 a všechny jsou statisticky významné ($p < 0,001$). Statisticky významný výsledek Bartlettova testu sphericity ($\chi^2(325) = 17424,9$; $p < 0,001$) společně s hodnotou Kaiser-Meyer-Olkinova kritéria $> 0,8$ (KMO = 0,961) naznačují, že naše data splnila základní podmínky pro použití faktorové analýzy.

Nejdříve jsme ověřili počet faktorů pomocí Kaiserova kritéria (počet vlastních čísel s hodnotou ≥ 1), sutinového grafu, paralelní analýzy (PA) a testu Minimum average partial (MAP). PA byla spočítána pomocí simulace 1000 náhodných matic permutací naměřených dat. Výsledky všech použitých metod shodně doporučily extrakci tří faktorů. Protože klasická verze RSS

dotazníku obsahuje šest faktorů, provedli jsme EFA i na tomto modelu. Výsledky EFA s využitím šikmé (Oblimin) rotace na matici polychorických korelací jsou prezentovány v Tabulce 2.2. Hodnoty prvních šesti vlastních čísel jsou 12,8; 1,6; 1,2; 0,95; 0,92 a 0,74. První faktor je sycen převážně položkami ze subškál Božská a Démonická, druhý a třetí faktor jsou nejvíce syceny položkami ze subškál Smysl života a Morální s některými položkami s dvojitým nábojem v obou těchto subškálách. Čtvrtý faktor je sycen převážně položkami ze subškál Interpersonální a Pochybnosti. Pátý a šestý faktor obsahují pouze velmi nízké a často zdvojené náboje položek, nelze říct, že by byly syceny převážně položkami konkrétní subškály.

Tab. 2.2 Položková analýza a faktorová struktura RSS škály s využitím explorační faktorové analýzy s šikmou (Oblimin) rotací. Tučně jsou označeny náboje položek patřících do dvojice subškál, ze kterých bude tvořeno třífaktorové schéma.

Položka	Subškála	Faktor							Položková analýza		
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	Kom. h ²	Průměr	SD	Korelace s HS bez položky
Byl/a jsem rozzlobený/á na Boha	Bo1	0,20	0,13	-0,01	0,15	0,11	0,49	0,71	1,40	0,82	0,62
Pochyboval/a jsem, zda mě Bůh miluje	Bo2	0,40	0,18	0,02	0,07	0,14	0,33	0,80	1,40	0,86	0,73
Cítil/a jsem se jako by mě Bůh opustil	Bo3	0,50	0,18	0,07	-0,08	0,29	0,24	0,88	1,30	0,79	0,75
Cítil/a jsem se, jako by mě Bůh trestal	Bo4	0,47	0,09	0,13	0,06	0,12	0,27	0,80	1,40	0,88	0,74
Cítil/a jsem se, jako by mě Bůh zklamal	Bo5	0,22	0,13	0,05	0,20	0,36	0,25	0,85	1,40	0,81	0,76
Cítil/a jsem útok ďábla nebo zlých duchů	De1	0,69	0,13	-0,01	0,17	-0,06	0,04	0,81	1,30	0,73	0,65
Cítil/a jsem, jako by se mě ďábel nebo zlý duch pokoušel odvracet od toho, co je dobré	De2	0,76	0,06	0,12	0,09	-0,06	0,02	0,84	1,30	0,74	0,69
Obával/a jsem se, že problémy, s nimiž zápasím, způsobuje ďábel nebo zlí duchové	De3	0,71	0,03	0,12	0,06	0,14	-0,01	0,87	1,30	0,79	0,70
Cítil/a jsem se trýzněn/á ďáblem nebo zlými duchy	De4	0,49	0,15	-0,02	0,32	0,16	-0,02	0,83	1,20	0,71	0,70
Znepokojovalo mě, zda má život nebo existence nějaký konečný cíl	Sm1	-0,10	0,55	0,05	0,10	-0,04	0,33	0,62	1,70	0,99	0,54
Cítil/a jsem se, jako by můj život neměl hlubší smysl	Sm2	0,15	0,72	0,09	0,09	-0,03	-0,08	0,78	1,70	0,98	0,66
Pochyboval/a jsem, jestli má život vůbec smysl	Sm3	0,06	0,84	0,02	-0,04	0,05	0,00	0,77	1,70	1,03	0,61
Pochyboval/a jsem, zda se díky mému životu něco ve světě změní	Sm4	-0,10	0,29	0,39	0,18	0,23	-0,01	0,63	1,70	1,05	0,62
Cítil/a jsem se provinile, protože nežiji podle svých morálních zásad	Mo1	0,10	0,11	0,52	-0,12	-0,16	0,28	0,48	1,90	0,94	0,48
Dělal/a jsem si starosti, že moje jednání je morálně nebo duchovně špatné	Mo2	0,18	-0,06	0,57	0,24	-0,03	0,10	0,77	1,60	0,90	0,72
Zápasil/a jsem s tím, abych dodržela své morální zásady	Mo3	0,11	0,06	0,75	0,03	0,16	-0,10	0,83	1,70	0,96	0,69
Cítil/a jsem se rozpolcená mezi tím, co chci a co považuji za morálně správné	Mo4	-0,07	0,30	0,58	0,10	-0,14	0,07	0,68	1,80	0,99	0,59
Měl/a jsem spory s jinými lidmi ohledně duchovních nebo náboženských záležitostí	I1	0,15	-0,01	0,04	0,70	0,01	0,02	0,72	1,50	0,92	0,64
Cítil/a jsem se odmítaný/á a nepochopený/á věřícími lidmi	I2	0,19	0,01	0,15	0,59	0,08	-0,01	0,79	1,40	0,86	0,72
Cítil/a jsem se, jako by mnou druzí opovrhovali	I3	0,09	0,08	0,09	0,59	0,25	-0,03	0,80	1,40	0,81	0,69
Byl/a jsem rozzlobená na organizované náboženství	I4	0,10	0,04	0,06	0,70	-0,07	0,02	0,68	1,50	1,05	0,60
Cítil/a jsem se zraněný/á a zneužitý/á nebo uražený/á věřícími lidmi	I5	0,02	0,26	-0,02	0,61	-0,06	0,15	0,71	1,50	0,90	0,66
Dělalo mi potíže přijít na to, v co skutečně věřím ohledně náboženství a víry	Po1	0,04	0,02	0,16	0,37	0,11	0,37	0,70	1,50	0,95	0,66
Obtěžovaly mě pochybnosti nebo otázky ohledně náboženství nebo víry	Po2	-0,11	0,08	0,17	0,49	0,27	0,16	0,69	1,50	0,96	0,64
Cítil/a jsem se zmatený/á ohledně svého náboženství nebo duchovního přesvědčení	Po3	0,27	-0,03	0,17	0,33	0,11	0,29	0,82	1,40	0,76	0,78
Obával/a jsem se, zda je moje náboženství nebo duchovní přesvědčení správné	Po4	0,25	-0,01	0,24	0,17	0,35	0,19	0,85	1,40	0,79	0,75
Vlastní číslo		12,85	1,63	1,19	0,95	0,92	0,74				
% variability		18	12	13	19	6	8				

Použitá kritéria pro extrakci faktorů doporučila redukci na tři faktory a Tabulka č. 2.2 naznačuje spojení subškál po dvojicích: Božská a Démonická, Smysl života a Morální, Interpersonální a Pochybnosti. Proto byl na základě těchto výsledků navržen alternativní třífaktorový model pro RSS v českém prostředí. Namísto zdvojení subškál byl navrhnut model, ve kterém budou zastoupeny pouze tři z původních šesti subškál, a to Interpersonální, Božská a Smysl života (Tabulka 2.3). Toto řešení výrazně redukuje délku RSS dotazníku. Hodnoty prvních tří vlastních čísel na zkrácené verzi dotazníku jsou 7,16; 1,17 a 1,00 a popisují 30%, 17% a 26% variability v datech. EFA na této zkrácené verzi RSS ukázala jasné třífaktorové řešení se středně velkými až velkými náboji všech položek a s hodnotami komunalit h^2 nad 0,5 u všech položek. Rovněž korelace všech položek s hrubým skóre (HS) nabývají hodnot nad 0,5.

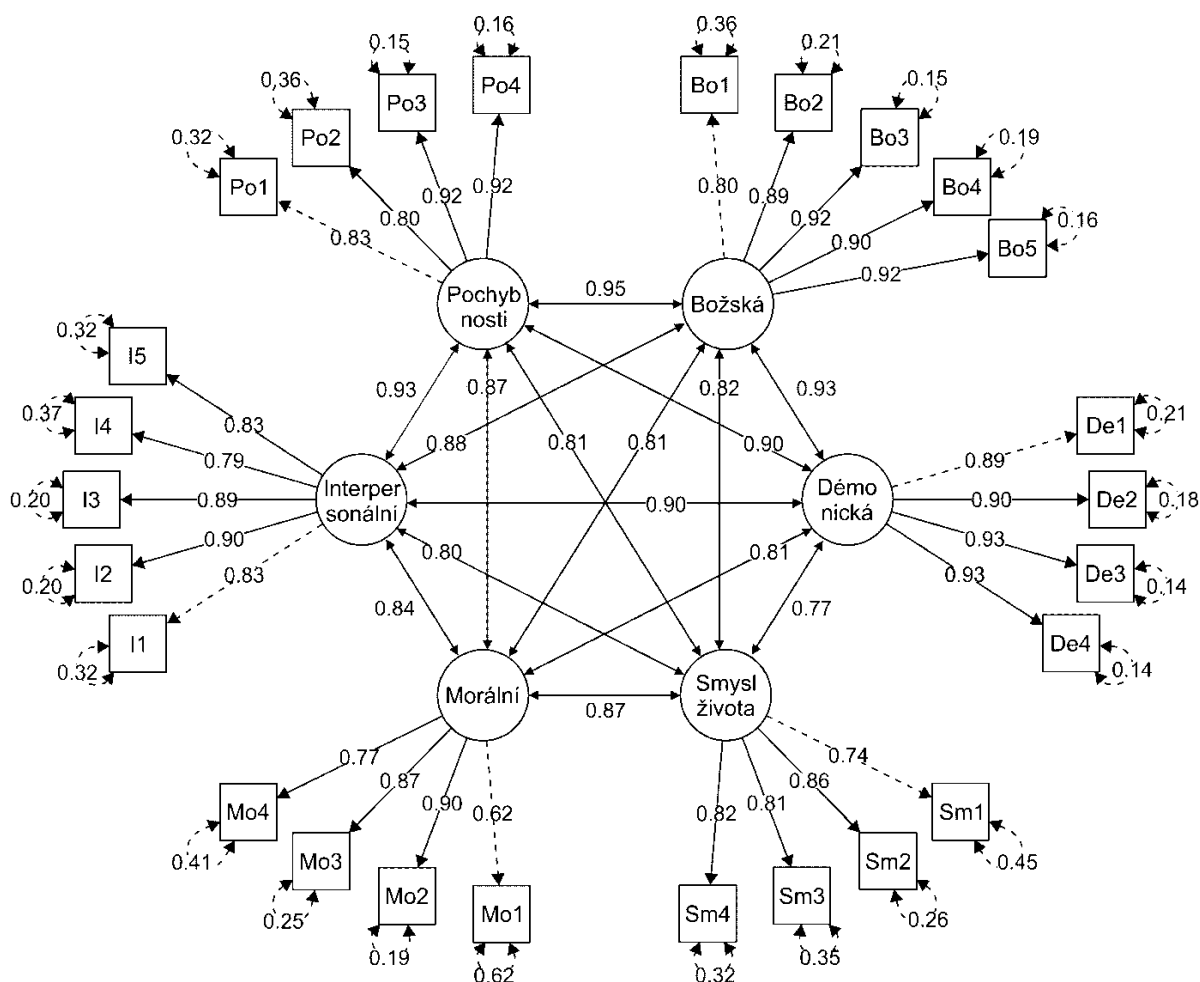
Tab. 2.3 Položková analýza a faktorová struktura zkrácené RSS škály s využitím explorační faktorové analýzy s šikmou (Oblimin) rotací.

Položka	Subškála	Faktor				Položková analýza		
		Božská	Smysl života	Interpersonální	Kom. h^2	Průměr	SD	Korelace s HS bez položky
Byl/a jsem rozzlobený/á na Boha	Bo1	0,76	0,05	0,01	0,66	1,40	0,82	0,62
Pochyboval/a jsem, zda mě Bůh miluje	Bo2	0,82	0,08	0,00	0,78	1,40	0,86	0,71
Cítil/a jsem se jako by mě Bůh opustil	Bo3	0,96	0,01	-0,05	0,86	1,30	0,79	0,73
Cítil/a jsem se, jako by mě Bůh trestal	Bo4	0,81	0,01	0,09	0,80	1,40	0,88	0,72
Cítil/a jsem se, jako by mě Bůh zklamal	Bo5	0,82	-0,03	0,13	0,83	1,40	0,81	0,74
Znepokojovalo mě, zda má život nebo existence nějaký konečný cíl	Sm1	0,18	0,61	0,00	0,57	1,70	0,99	0,56
Cítil/a jsem se, jako by můj život neměl hlubší smysl	Sm2	-0,06	0,80	0,19	0,79	1,70	0,98	0,67
Pochyboval/a jsem, jestli má život vůbec smysl	Sm3	0,13	0,83	-0,09	0,76	1,70	1,03	0,62
Pochyboval/a jsem, zda se díky mému životu něco ve světě změní	Sm4	0,13	0,34	0,33	0,53	1,70	1,05	0,59
Měl/a jsem spory s jinými lidmi ohledně duchovních nebo náboženských záležitostí	I1	0,03	-0,06	0,87	0,74	1,50	0,92	0,64
Cítil/a jsem se odmítaný/á a nepochopený/á věřícími lidmi	I2	0,13	-0,01	0,79	0,80	1,40	0,86	0,70
Cítil/a jsem se, jako by mnou druzí opovrhovali	I3	0,22	-0,01	0,69	0,76	1,40	0,81	0,67
Byl/a jsem rozzlobená na organizované náboženství	I4	-0,05	0,09	0,79	0,64	1,50	1,05	0,59
Cítil/a jsem se zraněný/á a zneužitý/á nebo uražený/á věřícími lidmi	I5	-0,03	0,29	0,64	0,68	1,50	0,90	0,66
Vlastní číslo		7,16	1,17	1,00				
% variability		30	17	26				

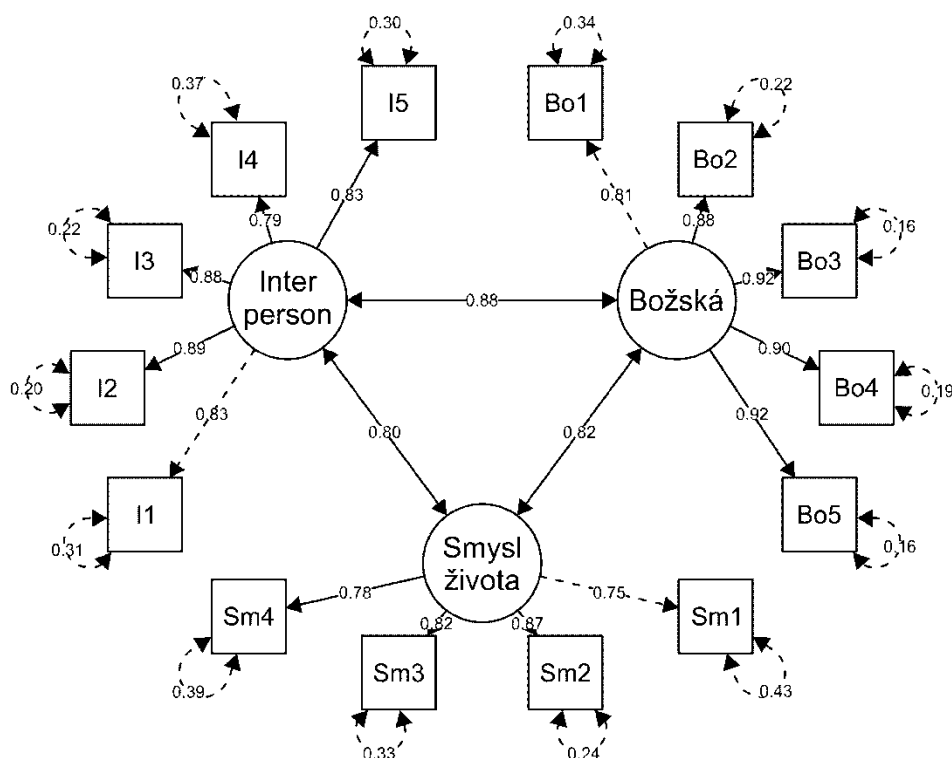
CFA byla počítána na základě matice polychorických korelací. Nejprve byl ověřen původní šestifaktorový model RSS. Náboje všech faktorů na jednotlivé položky při standardním šestifaktorovém modelu jsou poměrně vysoké (nad 0,6). Šestifaktorový model je znázorněn v Grafu č.2.1. Tento model vykazuje poměrně dobrou shodu s našimi daty: χ^2 (284) = 579,3;

$p < 0,001$; SRMR = 0,035; CFI = 0,999; TLI = 0,998; RMSEA = 0,032 (90% CI = 0,028–0,036). Vzhledem k výsledkům EFA (viz Tabulka 2 a 3) byl zvolen modifikovaný třífaktorový model s vyloučením subškál Démonická, Morální a Pochybnosti. Výsledky CFA tohoto třífaktorového modelu jsou znázorněny v Grafu 2.2. Náboje většiny komponentů zachovaných faktorů oproti šestifaktorovému modelu vzrostly. Třífaktorový model rovněž vykazuje srovnatelně dobrou shodu s daty: $\chi^2 (74) = 176,8$; $p < 0,001$; SRMR = 0,035; CFI = 0,998; TLI = 0,998; RMSEA = 0,037 (90% CI = 0,030–0,044).

Graf 2.1 SEM model konfirmační faktorové analýzy se standardním rozdělením položek RSS do šesti subškál. Číselné hodnoty udávají náboje faktorů jednotlivých položek a korelace mezi faktory.



Graf 2.2 SEM model konfirmační faktorové analýzy s redukováným počtem faktorů RSS. Číselné hodnoty udávají náboje faktorů jednotlivých položek a korelace mezi faktory.



Reliabilita

Vnitřní konzistence dotazníku RSS byla ověřena jak pro klasický šestifaktorový model, tak pro redukováný třífaktorový model. Cronbachovo alfa pro jednotlivé subškály jsou: 0,891 pro subškálu Božská, 0,883 pro subškálu Démonická, 0,851 pro subškálu Interpersonální, 0,810 pro subškálu Morální, 0,837 pro subškálu Pochybnosti a 0,806 pro subškálu Smysl života. Cronbachovo alfa celého dotazníku RSS je 0,956. V třífaktorovém modelu se Cronbachovo alfa lehce snížilo, ale vnitřní konzistence redukováného dotazníku zůstala dostatečně vysoká, a to 0,920. Podle Cronbachova alfa je tedy vnitřní konzistence kompletní i zkrácené škály RSS velmi vysoká. Jelikož koeficient alfa předpokládá unidimenzionalitu a stejnou varianci pravých skóreů napříč všemi položkami, ověřili jsme reliabilitu škály i McDonaldovým koeficientem omega (ω) vhodným pro vícedimenzionální škály. Koeficient ω_h (hierarchical omega) je založen na hierarchickém modelu a odhaduje saturaci hlavního faktoru, zatímco koeficient ω_t (total omega) udává celkovou reliabilitu testu. Hodnoty $\omega_h = 0,83$ a $\omega_t = 0,96$ pro kompletní verzi RSS a $\omega_h = 0,82$ a $\omega_t = 0,94$ pro zkrácenou verzi RSS naznačují, že reliabilita škály RSS v českém prostředí je dostatečně vysoká v obou verzích škály.

Percentilové tabulky pro tvorbu norem

Percentilové tabulky (Tabulka 4a, 4b, 4c, 4d, 4e a 4f) stratifikované podle pohlaví a věku respondentů jsou součástí online přílohy tohoto článku, která je pod položkou Nástroje dostupná

na adrese: oushi.upol.cz/publikace/. Hodnota percentilu zahrnuje polovinu respondentů, kteří získali dané skóre (Crawford, Garthwaite, Slick, 2009).

2.4 Diskuze

Cílem této studie byla psychometrická analýza české verze Škály náboženských a duchovních zápasů „Religious and Spiritual Struggles Scale.“ Výsledky neparametrických porovnání jednotlivých sociodemografických skupin ukázaly, že větší míru zápasů prožívají lidé vyššího věku, lidé žijící osaměle a nezaměstnaní. Naopak pohlaví nehrálo v míře duchovních zápasů roli. Analýza reliability ukázala uspokojivou vnitřní konzistenci, nicméně explorační faktorová analýza nepodpořila očekávanou šestifaktorovou strukturu (škály Božská, Démonická, Interpersonální, Morální, Pochybnosti, Smysl života) navrhovanou autorkou škály a ukázala pouze tři faktory.

Vysvětlením pro námi pozorovaný vyšší výskyt duchovních zápasů mezi lidmi vyššího věku, lidmi žijícími osaměle a nezaměstnanými může být pravděpodobně skutečnost, že tyto skupiny vykazují celkově vyšší míru prožívaného stresu (Beutel et al., 2017; Byles et al., 2016; Huegaerts, Puig-Barrachina, Vanroelen, 2017), který se může promítat i do duchovní oblasti. Zdá se však také, že duchovní zápasy vykazují odlišnosti od spirituálního prožívání v klasickém slova smyslu, u něž byl na reprezentativním vzorku české populace nalezen rozdíl mezi pohlavími (Maliňáková et al., 2018). Tento však naše výsledky nepotvrdily.

Prvotní výstupy faktorové analýzy v naší studii nepotvrdily originální šestifaktorovou strukturu dotazníku, protože šest nalezených faktorů neodpovídalo navrženým dimenzím. Některé faktory obsahovaly položky dvou různých škál např. Faktor 1 (Božská a Démonická škála) nebo Faktor 4 (škála Interpersonální a Pochybnosti). Faktor 2 (Smysl života) a Faktor 3 (Morální) odpovídaly teoretickým očekáváním. Faktory 5 a 6 byly kombinací položek více škál. K podobným závěrům docházejí i jiní výzkumníci. Originální struktura např. nebyla podpořena muslimským vzorkem (Abu-Raiya, Exline et al., 2015), kde autoři uvádějí pouze pět faktorů (Božská a Démonická, Trestající entity, Interpersonální, Morální a Smysl života). Potvrzena byla naopak ve studii na vzorku Izraelských Židů (Abu-Raiya et al., 2016).

Existuje několik možných vysvětlení odlišností ve faktorové struktuře, které jsme mohli pozorovat na vzorku české populace. První je, že psychometrická analýza udává informaci o konkrétním výzkumném souboru a respondenti v sekulárním prostředí mohou otázky i jejich zadání vnímat odlišněji než respondenti v převážně religiózních zemích. Např. u námi pozorovaného faktoru „Nadpřirozeno“ se zdá, že v podmínkách Českého výrazně ateistického národa respondenti nerozlišují mezi vztahem k Bohu a k ďáblu/zlým duchům a vnímají je pouze celkově jako nadpřirozené síly. K nim povětšinou nemají žádný osobní vztah. V religiózní společnosti bychom očekávali jasné rozlišení. Dalším vysvětlením může být i mnohaletá tradice českých pohádek (Vondráček, Holub, 1972) a také různá soudobá hororová ztvárnění působení démonů. Nereliózní respondenti mohou mít následně větší tendenci spojovat si pojmy „ďábel/zlí duchové“ především s pohádkami či science-fiction. Druhým zdrojem nejasností může být fakt, že některé formulace položek se dotýkají obsahu dvou různých subškál. Např. otázky „Znepokojovalo mě, zda má život nebo existence nějaký konečný cíl.“ nebo „Pochyboval/a jsem, jestli má život vůbec smysl.“ Mohou teoreticky spadat do subškály Pochybnosti i Smysl života.

Podrobnější deskriptivní analýza dále ukázala, že jednotlivé subškály se liší ve vzorci odpovědí. Vycházeli jsme z reprezentativního vzorku s výraznou převahou nereligiózních respondentů, sekulární prostředí je tedy zřejmě zodpovědné za výrazné zešíkmení dat a celkově nízkou prevalenci výskytu sledovaných typů duchovních zápasů. V některých subškálách dokonce nadpoloviční většina respondentů volila možnost „vůbec/netýká se mě“.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem se jako vhodná možnost jevílo použití pouze některých subškál. Autorka škály rozlišuje tři roviny duchovních zápasů: nadpřirozené (božské a démonické zápasy), interpersonální a vnitřní (morální, pochyby a smysl života) zápasy. Výběr jsme provedli na základě frekvence odpovědí u každé subškály, jejich psychometrických vlastností a na základě jejího zařazení do vyšší oblasti tak, aby každá oblast byla reprezentována právě jednou subškálou. Výsledný tříškálový model, který vznikl vyloučením subškál Démonická, Pochybnosti a Morální, výrazně redukuje délku dotazníku a zároveň zachovává vysokou reliabilitu škály. Eliminace některých faktorů byla umožněna také jejich vysokou vzájemnou korelací, díky níž si i zkrácená varianta škály zachovává dobrý fit modelu na data.

Originální šestifaktorová škála sice nemá optimální psychometrické vlastnosti, ale v některých případech může být její použití opodstatněné, např. v případě rozsáhlých religiozních vzorků nebo při nutnosti jemnějšího rozlišování mezi jednotlivými oblastmi duchovních zápasů. Uvádíme proto vlastnosti originální i zkrácené verze a normy pro použití obou z nich. Pro konkrétní výzkumy je také možné využívat pouze jednotlivé subškály.

2.4.1 Silné stránky a limity

Silnou stránkou této studie je rozsáhlý reprezentativní vzorek. Další významnou skutečností je fakt, že jde o první studii v českých podmínkách, která se zabývá překladem a validizací Škály duchovních a náboženských zápasů a nabízí tak nový nástroj pro budoucí výzkum. Jedním z limitů této studie, která vyplývá z výzkumu na reprezentativním vzorku, je nízký počet věřících respondentů a s tím také související absence srovnání výsledků religiozního a nereligiozního vzorku respondentů. Velká část respondentů na otázky týkající se nadpřirozena odpovídala „vůbec/netýká se mě.“ Další limitací je založení dat na osobní výpovědi respondentů během standardizovaného řízeného rozhovoru a tedy jejich možné ovlivnění sociální žádoucností.

2.4.2 Implikace

Pro výzkum v sekulárním prostředí doporučujeme verzi, která bude mít tři subškály. Velké množství nereligiózních respondentů u reprezentativního vzorku v českém prostředí může být spojeno s náročnější interpretací výsledků. Bylo by proto vhodné potvrdit námi pozorovaná zjištění na větším vzorku religiozních respondentů. Další studie by také mohly ověřit vhodnost současného překladu jednotlivých stupňů Likertovy škály.

2.5 Závěr

Tato studie je v českých poměrech výjimečná svým tématem. Naším cílem byla psychometrická analýza Škály náboženských a duchovních zápasů v českých podmínkách. Výsledky zpracování dat českého reprezentativního vzorku naznačují, že namísto použití původní dvacetišesti položkové

verze škály se šesti subškálami je v sekulárních podmínkách vhodnější užití zkrácené verze nástroje o čtrnácti položkách, která obsahuje pouze následující tři subškály: Božská, Morální a Interpersonální. Duchovní a náboženské boje jsou rozsáhlou a komplikovanou otázkou a náš výzkum je prvním krokem pro jejich hlubší analýzu.

Informace o nástroji a podmínky jeho použití v České republice:

Nástroj je pro nekomerční použití k dispozici zdarma, podmínkou je citace originálního článku autorky škály (Exline et al., 2014). Pro použití české verze je nutný souhlas OUSHI (Peter Tavel): oushi.upol.cz.

Originální dvacetišestipoložková škála i výsledná čtrnáctipoložková škála jsou součástí přílohy online článku, která je pod položkou Nástroje k dispozici ke stažení na adrese: oushi.upol.cz/publikace/.

Poděkování

Zpracování článku bylo umožněno díky finanční podpoře Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v rámci projektu IGA-CMTF č.2017/008.

Literatura

- Abu-Raiya, H., Exline, J. J., Pargament, K. I., Agbaria, Q. (2015). Prevalence, predictors, and implications of religious/spiritual struggles among muslims. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 54(4), 631-648.
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Krause, N., Ironson, G. (2015). Robust links between religious/spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of american adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 565-575.
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Weissberger, A., Exline, J. (2016). An empirical examination of religious/spiritual struggle among israeli Jews. *International Journal for the Psychology of Religion*, 26(1), 61-79.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brahler, E., Reiner, I., Junger, C., Michal, M., et al.(2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *Bmc Psychiatry*, 17.
- Bjorck, J. P., Thurman, J. W. (2007). Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(2), 159-167.
- Bullivant, S. (2018): *Europe's young adults and religion*. London: St Mary's university Twickenham. Vyhledáno na [https://www.stmarys.ac.uk/research/centres/benedict-xvi/docs/2018-mar-europe-young-people-report-eng.pdf.]
- Byles, J., Vo, K., Thomas, L., Mackenzie, L., Kendig, H. (2016). Partner status and mental and physical health of independently living men aged 70 years and older. *Australasian Journal on Ageing*, 35(2), 143-146.
- Crawford, J. R., Garthwaite, P. H., Slick, D. J. (2009). On percentile norms in neuropsychology: Proposed reporting standards and methods for quantifying the uncertainty over the percentile ranks of test scores. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(7), 1173-1195.
- Dworsky, C. K. O., Pargament, K. I., Wong, S., Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 258-265.
- Exline, J. J., Yali, A. M., Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481-1496.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., Yali, A. M. (2014). The religious and spiritual struggles scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208-222.
- George, L. K., Ellison, C. G., Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Harris, J. I., Schoneman, S. W., Carrera, S. R. (2002). Approaches to religiosity related to anxiety among college students. *Mental Health, Religion and Culture*, 5(3), 253.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.

- Huegaerts, K., Puig-Barrachina, V., Vanroelen, C. (2017). The mental health of unemployed Brussels youth: the role of social and material resources. *Archives of Public Health*, 75.
- Ironson, G., Solomon, G. F., Balbin, E. G., O'Cleirigh, C., George, A., Kumar, M., et al. (2002). The ironson-woods spirituality/religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 34-48.
- Koenig, H. G., George, L. K., Hays, J. C., Larson, D. B., Cohen, H. J., Blazer, D. G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28(2), 189-213.
- Koenig, H. G., Nelson, B., Shaw, S. F., Saxena, S., Cohen, H. J. (2016). Religious involvement and telomere length in women family caregivers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1), 36-42.
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., LaVallee, D. C., Brantley, C. W. (2012). Praying together and staying together: Couple prayer and trust. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 1-9.
- Lang, M., Mitkidis, P., Kundt, R., Nichols, A., Krajcikova, L., Xygalatas, D. (2016). Music as a sacred cue? Effects of religious music on moral behavior. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Luechese, F. A., Koenig, H. G. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista Brasileira De Cirurgia Cardiovascular*, 28(1), 103-128.
- Maliňáková, K., Trnka, R., Šárníková, G., Smékal, V., Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza Škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) v českém prostředí. *Československá Psychologie*, Supl.
- Masters, K. S., Hill, R. D., Kircher, J. C., Benson, T. L. L., Fallon, J. A. (2004). Religious orientation, aging, and blood pressure reactivity to interpersonal and cognitive stressors. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(3), 171-178.
- McConnell, K. M., Pargament, K. L., Ellison, C. G., Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1469-1484.
- Olson, J. R., Marshall, J. P., Goddard, H. W., Schramm, D. G. (2016). Variations in predictors of marital satisfaction across more religious and less religious regions of the united states. *Journal of Family Issues*, 37(12), 1658-1677.
- Paika, V., Andreoulakis, E., Ntountoulaki, E., Papaioannou, D., Kotsis, K., Siafaka, V., et al. (2017). The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument: psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of General Psychiatry*, 16.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.

- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 77-89.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168-181.
- Pargament, K., Feuille, M., Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76.
- Pew Research Center. (2015): The future of world religions: Population growth projections, 2010-2050. Vyhledáno na [http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2015/03/PF_15.04.02_ProjectionsFullReport.pdf]
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., Flannelly, K. J. (2009). Do spiritual struggles predict poorer physical/mental health among Jews? *International Journal for the Psychology of Religion*, 19(4), 244-258.
- Shariff, A. F. (2015). Does religion increase moral behavior? *Current Opinion in Psychology*, 6, 108-113.
- Steffen, P. R., Hinderliter, A. L., Blumenthal, J. A., Sherwood, A. (2001). Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 523-530.
- Turner, M. (2015). Can the effects of religion and spirituality on both physical and mental health be scientifically measured? An overview of the key sources, with particular reference to the teachings of said nursi. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2045-2051.
- VanderWeele, T. J., Li, S. S., Tsai, A. C., Kawachi, I. (2016). Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *Jama Psychiatry*, 73(8), 845-851.
- Vondráček, V., Holub, F. (1972): Fantastické a magické z hlediska psychiatrie. Praha, Avicenum.

3 Psychometric evaluation of the Negative religious coping (NRC) scale of the Brief RCOPE in the Czech environment

Anna Janu, Klara Malinakova, Alice Kosarkova, Jana Furstova, Peter Tavel

Mental Health Religion & Culture 2019, 22(6), 614-625

Abstract

The Negative Religious Coping (NRC) subscale is a part of the Brief RCOPE scale, but can also be used separately. It is a brief measure assessing negative religious coping. The aim of this study was to psychometrically evaluate the NRC in Czech conditions. The NRC was administered to 531 religious respondents (25.5±3.4 years, 43.5% male). Negative religious coping and religiosity, together with basic sociodemographic information, were measured. The non-parametric comparison of different sociodemographic groups showed no differences between genders and almost no differences among the age groups. Significantly lower NRC scores were obtained by widows/widowers. The Czech version of the NRC showed a coherent one-dimensional factor structure and high reliability, with Cronbach's $\alpha = 0.84$ (95% CI 0.83–0.85) and McDonald's $\omega_t = 0.90$. Our findings indicate that the Czech version of the NRC scale may reliably assess religious coping. This instrument might be useful both for research and clinical praxis.

3.1 Introduction

A growing number of studies report positive associations between spirituality/religiousness and both physical (Musick, Traphagan, Koenig, & Larson, 2000) and mental health (Nurasikin et al., 2013). Many people use spirituality to cope with medical illness (Ironson, Kremer & Lucette, 2016), for example, with cancer (Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009; Zaza, Sellick, & Hiller, 2005). Moreover, people turn to religion in cases of difficult life situations and various disasters (Schuster et al., 2001). However, recent studies have identified two ways in which people turn to religion as to a coping strategy: positive and negative religious coping (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998).

Positive religious coping (PRC) includes religious forgiveness, seeking spiritual support, collaborative religious coping, spiritual connection, religious purification and benevolent religious reappraisal (Pargament, Koenig, & Perez, 2000). In contrast, negative religious coping (NRC) includes spiritual conflict, spiritual struggle, spiritual guilt (negative self-judgment associated with

God) and spiritual anger (frustration expressed towards God) (Ironson et al., 2016). Generally, people tend to use positive religious coping more than negative (Ahles, Mezulis, & Hudson, 2016; Fallot & Heckman 2005; Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009; Pargament et al., 1998), and this seems to apply especially for women. NRC was described for example among cancer patients with anxiety or depression (Ng, Mohamed, Sulaiman, & Zainal, 2017), among women with alcohol abuse (Fallot & Heckman 2005) and among adolescents with a low level of self-efficacy (Talík, 2013).

Positive religious coping has been associated with better quality of life (Tarakeshwar et al., 2006), lower levels of distress, worries and anxiety (Nurasikin et al., 2013), a higher level of happiness (Lewis, Maltby, & Day, 2005) and better physical health (Ironson et al., 2016; Ross, Hall, Fairley, Taylor, & Howard, 2008). It was also reported to be helpful in stressful events and to predict an increase in posttraumatic growth (Garcia, Paez, Reyes-Reyes, & Alvarez, 2017). Moreover, it was also related to lower alcohol use (Da Silva, Dillon, Verdejo, Sanchez, & De La Rosa, 2017; Sanchez, Dillon, Concha, & De La Rosa, 2015). On the contrary, negative religious coping has been associated with higher level of anxiety (Franklin, 2016; King et al., 2017), depression and distress (Rosmarin, Pargament, & Flannelly, 2009a), worse quality of life (Tarakeshwar et al., 2006), lower life and marital satisfaction (Tarakeshwar, Pargament, & Mahoney, 2003), higher levels of denial and lower levels of family cohesion (Brelsford, 2016). It also predicted an increase in posttraumatic symptoms after stressful events (Garcia et al., 2017). NRC moderated the relationship between acculturative stress and alcohol use (Da Silva et al., 2017), was associated with greater substance use among males (Parenteau, 2017), higher risk of suicide (Currier, Smith, & Kuhlman, 2017; Rosmarin, Bigda-Peyton, Ongur, Pargament, & Bjorgvinsson, 2013; Trevino, M. Balboni, Zollfrank, A. Balboni, & Prigerson, 2014) and predicted worse well-being in cancer patients (Hebert et al., 2009).

Therefore, besides positive religious coping, there is a growing need to also measure and assess negative religious coping strategies and religious and spiritual struggles. Among the instruments widely used for this purpose are the 26-item Religious and Spiritual Struggle Scale (RSS) (Exline, Pargament, Grubbs, & Yalli, 2014), which was also used in a shortened 15-item version (Abu-Raiya, Pargament, Krause, & Ironson, 2015). Among other commonly used instruments are the Religious Coping Inventory RCOPE (Pargament, Koenig, & Perez, 2000) and its shortened form, the Brief Religious Coping Inventory (B-RCOPE) (Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011), which is short and suitable for quick screening.

In the full version, RCOPE evaluates both positive and negative religious coping strategies (Pargament et al., 2000). The full version consists of 105 items divided into 21 subscales. To make further research as effective as possible, RCOPE was shortened to the Brief Religious Coping Inventory (B-RCOPE) (Pargament et al., 2011). The Brief RCOPE consists of 14 coping items divided into two subscales, which identify clusters of PRC and NRC. Each subscale consists of seven items. PRC items reflect a secure relationship with God, whereas NRC items reflect religious struggle that grows out of a more tenuous relationship with God. The items of the NRC subscale assess spiritual tension, perceived conflict and struggles with God and others manifested by negative reappraisals of God's powers (for example, feeling abandoned or punished by God), demonic reappraisals (for example, feeling influenced by the devil), spiritual questioning and

doubts and interpersonal religious discontent (Pargament et al., 2011). Though many authors use both the PRC and NRC subscale in their studies, the NRC can also be used separately in studies focusing solely on negative coping and religious struggles.

Religious coping strategies refers to the use of religion to cope with difficult life situation, e.g. seeing the situation as a God's will. These strategies are known and used both in Christian (Paika et al., 2017) and in non-Christian religions, for example, among Jews (Rosmarin, Pargament, Krumrei & Flannelly, 2009b), Muslims (Abu Raiya, Pargament, Mahoney & Stein, 2008) or Hindus (Tarakeshwar et al., 2003). So far, most validation studies of the Brief RCOPE have been conducted in the US and Western Europe on Christian participants for example, in Italy (Giaquinto, Cipolla, Giachetti, & Onorati, 2011), Greece (Paika et al., 2017), France (Caporossi, Trouillet & Brouillet, 2018) and Poland (Talik, 2013). The scale has also been validated in Muslim countries, for example, in Pakistan (Khan & Watson, 2006) and Iran (Mohammadzadeh & Najafi, 2016). However, there is a lack of studies focusing on validation of the Brief RCOPE in secular countries.

PRC and NRC have been assessed by other authors, within the framework of the Brief RCOPE. However, both subscales have also been analysed and used separately (Mohammadzadeh & Najafi, 2016; Paika et al., 2017; Rosmarin et al., 2009b). For research studies focusing solely on negative coping and spiritual struggles, often only NRC is used. The Czech Republic is reported as being among the least religious countries in the world (Pew Research Center, 2014). This highly secular setting may influence not only the likelihood of belonging to some organised religion, but also the way belief is experienced and practised by religious people. Therefore, the aim of this study is to psychometrically evaluate the NRC scale of the Brief RCOPE in the secular conditions of the Czech Republic.

3.2 Methods

3.2.1 Subjects

We obtained a national sample of the Czech population aged fifteen years and older using a two-step procedure. In the first step, the questionnaire and all further procedures were piloted among 206 participants. This led to the final version of the survey. In the second step, another 2184 participants were randomly chosen with the help of quota sampling and asked to participate in a study on the problematics of health, life experiences and attitudes and lifestyle. Of these respondents, 384 (17.6%) refused to participate in the survey. Among the main reasons for refusal, participants reported a lack of time (39.2%), a lack of interest in or distrust in research in general (24.0%), the personal nature of the questions (17.2%) and the length and difficulty of the questionnaire (11.2%). The questions on negative coping were included only in the version for religious respondents; therefore, the final sample consisted of 531 respondents (mean age=51.1; SD=17.2; 43.5%male).

Data was collected by professionally trained administrators in September and October 2016 via a standardized interview with the respondents (face-to-face). Participation in the survey was anonymous and voluntary. The study design was approved by the Ethics Committee of the Olomouc University Social Health Institute, Palacky University in Olomouc (No. 2016/3).

3.2.2 Methods

The Czech version of NRC Scale of the Brief RCOPE was obtained by the back-translation procedure. It was first translated into Czech by two independent Czech native speakers and the two versions were compared. The integrated version was then translated back into English by a native speaker. The discrepancies between the back-translation and the Czech version were subsequently discussed in a working group of translators and researchers in order to create a single version of the tool.

Negative religious coping was assessed using the NRC Scale of the Brief RCOPE. It is composed of seven items rated on a seven-point scale with possible answers ranging from “not at all” (1) to “a great deal” (4), and the total score ranges from 7 to 28 for each subscale. (Pargament et al., 2011). The NRC items reflect the religious struggles that grow out of a more tenuous relationship with God. For the purpose of dichotomisation, the approach of Fitchett et al. (2004) was followed for the further categorization of responses. Scores of 1 or 2 were recoded to “0”, and scores of 3 or 4 recoded to “1”. This reflects a response of “not used” or “used” in each style. Cronbach’s alpha in our sample was .84.

Religiosity was measured by the question: “At present, would you call yourself a believer?” with possible answers: “Yes, I am a member of a church or religious society”, “Yes, but I am not a member of a church or religious society”, “No, I am a convinced atheist.”

The background characteristics *gender*, *age* and other basic *sociodemographic characteristics* were obtained by the questionnaire.

3.2.3 Statistical analyses

The distribution of the individual items of the questionnaire was evaluated by histograms, and their normality was verified by the Shapiro-Wilk test. Since the hypothesis of the normality of data was rejected for all items as well as for the total score of the NRC questionnaire, nonparametric methods were used for statistical analyses: the Wilcoxon sign-rank test to compare gender and the Kruskal-Wallis test (nonparametric ANOVA) for a comparison of more groups. For p values from multiple group comparisons, Bonferroni correction was used. The dimensional structure of the questionnaire was assessed by Confirmatory Factor Analysis (CFA) using a polychoric correlation matrix. CFA was performed using the lavaan library in the R software. Given that all indicators have ordinal scales, a Diagonally Weighted Least Squares method (DWLS) was used to estimate the parameters of the CFA. To assess the quality of the factor models, the following indices were estimated: χ^2 (Minimum Function Chi-square), Comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), Standardized Root Mean Residual (SRMR) and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). An acceptable model fit was considered $\chi^2/\text{degrees of freedom} < 5$; CFI, TLI $> .95$; SRMR $< .07$; and RMSEA $< .06$ (Yu, 2002). The internal consistency of the scale was evaluated using the Cronbach’s alpha (Cronbach, 1951) and McDonald’s omega (McDonald, 1999) coefficients. All analyses were performed using Dell Statistica version 13 and R 3.4.0.

3.3 Results

3.3.1 Sociodemographic differences

Demographic characteristics of the data and the results of non-parametric comparisons of different sociodemographic groups are presented in Table 3.1. Elderly participants were the biggest group in our study; age above 60 years was recorded in 37.6% of participants.

Table 3.1 Descriptive characteristics of the data set and results of non-parametric comparison of the total score of the NRC among different sociodemographic groups (Wilcoxon sign-rank test for gender and Kruskal-Wallis test for other comparisons).

	n (%)	NRC Total Score Mean (SD)	NRC Total Score Median (Q1–Q3)	Statistical Significance
Total	531 (100)	25.5 (3.4)	27.0 (24.0–28.0)	
Gender				
1. male	231 (43.5)	25.4 (3.6)	27.0 (24.0–28.0)	n.s.
2. female	300 (56.5)	25.6 (3.3)	27.0 (24.0–28.0)	
Age				
1. 15–19	13 (2.5)	25.8 (3.1)	27.0 (25.0–28.0)	p = 0.02 (2–7*)
2. 20–29	73 (13.8)	26.2 (3.7)	28.0 (26.0–28.0)	
3. 30–39	54 (10.2)	26.0 (2.7)	27.0 (25.0–28.0)	
4. 40–49	100 (18.8)	25.8 (3.1)	27.0 (25.0–28.0)	
5. 50–59	91 (17.1)	25.6 (2.8)	27.0 (24.0–28.0)	
6. 60–69	118 (22.2)	25.1 (3.6)	27.0 (24.0–28.0)	
7. 70+	82 (15.4)	24.5 (4.1)	26.0 (23.0–28.0)	
Living Arrangement				
1. in marriage	305 (57.4)	25.5 (3.2)	27.0 (24.0–28.0)	n.s.
2. with partner	67 (12.6)	26.0 (3.1)	27.0 (25.0–28.0)	
3. alone	116 (21.9)	25.0 (3.9)	27.0 (23.0–28.0)	
4. with parents/siblings	43 (8.1)	26.2 (3.6)	27.0 (27.0–28.0)	
Marital Status				
1. single	95 (17.9)	25.8 (4.0)	27.0 (26.0–28.0)	p < 0.001 (1–5***, 2–5*, 3–5*, 4–5**)
2. married	307 (57.8)	25.5 (3.2)	27.0 (24.0–28.0)	
3. unmarried mate	25 (4.7)	26.4 (2.6)	28.0 (25.0–28.0)	
4. divorced	42 (7.9)	26.6 (2.0)	27.0 (26.0–28.0)	
5. widow/er	62 (11.7)	23.9 (3.9)	25.0 (21.0–27.0)	
Education				
1. primary	37 (7.0)	25.4 (3.3)	27.0 (23.0–28.0)	n.s.
2. skilled operative	150 (28.2)	25.3 (3.5)	27.0 (24.0–28.0)	
3. high school	234 (44.1)	25.3 (3.6)	27.0 (24.0–28.0)	
4. college/university	110 (20.7)	26.1 (2.9)	27.0 (25.0–28.0)	
Economic Status				
1. employed	241 (45.4)	25.7 (3.1)	27.0 (25.0–28.0)	p = 0.02
2. entrepreneur	45 (8.5)	26.2 (2.8)	28.0 (25.0–28.0)	
3. student	39 (7.4)	26.4 (2.5)	27.0 (25.0–28.0)	
4. in household	13 (2.4)	25.5 (4.3)	28.0 (25.0–28.0)	
5. unemployed	14 (2.6)	23.1 (5.7)	24.5 (22.0–27.0)	
6. disabled	27 (5.1)	24.4 (3.9)	26.0 (20.0–28.0)	
7. pensioner	152 (28.6)	25.1 (3.7)	27.0 (23.5–28.0)	

Note: Q1=lower quartile (25%); Q3=upper quartile (75%); n.s. = non-significant; ***p < 0.001; **p < 0.005; *p < 0.05.

The p-value stands for comparison of all groups, whereas results in parentheses stand for multiple group comparison with Bonferroni correction.

The Wilcoxon sign-rank test showed no significant difference in scores between men and women. The results in Table 1 show there were no statistically significant differences in the living arrangement groups and the education groups either. Older people scored lower in coping than younger participants ($p = .02$, effect size Cohen $d = .27$, $\eta^2 = .017$), with a significant difference between age groups 20–29 and 70 plus ($p = .01$). In marital status groups, the lowest average coping score was obtained by widows/widowers ($p < .001$, effect size Cohen $d = .42$, $\eta^2 = .041$). The post-hoc Bonferroni tests showed a statistically significant difference between the group of widows/widowers and all other groups.

In the economic status groups, the lowest average coping scores were obtained in unemployed and disabled participants. The highest average scores were obtained by students and entrepreneurs. The difference between groups was statistically significant ($p = .02$, effect size Cohen $d = .26$, $\eta^2 = .017$); however, the post-hoc tests did not reveal any significant results.

3.3.2 Factorial validity

The NRC Scale of the Brief RCOPE consists of seven items. The item analysis (means, standard deviations and correlations with the scale) is presented in Table 3.2. There are two conventional ways of reporting correlation of individual items with the scale: the raw correlation of the item with the entire scale, not correcting for item overlap, and the correlation of the item with the scale composed of the remaining items (the item of interest being dropped). These methods have their disadvantages: item overlap inflates the correlation coefficient, and the scale is different for each item when an item is dropped. Thus, a third alternative is used: a correlation coefficient that corrects for item overlap by subtracting the item variance but then replaces this with the best estimate of common variance (R Core Team, 2017). All items of the NRC Scale of the Brief RCOPE have a satisfactory level of correlation with the scale. The correlation coefficients range from .46 (“Questioned the power of God.”) to .81 (“Felt punished by God for my lack of devotion.”).

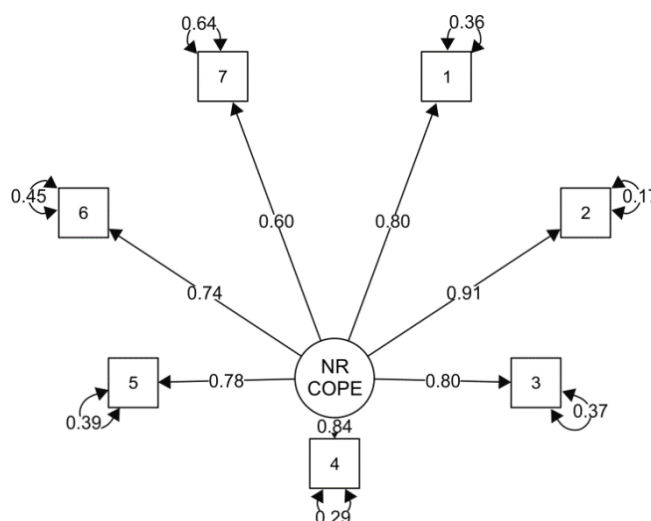
Table 3.2 Descriptive characteristics of the NR Cope scale items: means, standard deviations, correlations of the items with the scale.

NR Cope Scale	Mean	SD	Correlation with the Scale
1. Wondered whether God has abandoned me.	3.6	0.71	0.69
2. Felt punished by God for my lack of devotion.	3.6	0.66	0.81
3. Wondered what I did for God to punish me.	3.5	0.77	0.69
4. Questioned God’s love for me.	3.6	0.71	0.75
5. Wondered whether my church had abandoned me.	3.8	0.63	0.64
6. Decided the devil made this happen.	3.8	0.59	0.57
7. Questioned the power of God.	3.6	0.69	0.46

Note: SD = standard deviation; Correlation with the Scale = item whole correlation corrected for item overlap and scale reliability

The statistically significant result of Bartlett's test of sphericity ($\chi^2(21) = 4690.0, p < .001$) and the **Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy** $> .80$ ($KMO = .85$) indicate that the data meet the conditions required for using factor analysis (Kaiser & Cerny, 1979). A unidimensional (one-factor) model was considered for the confirmatory factor analysis (CFA) according to the theoretical background of the NR Cope questionnaire. CFA was performed on the polychoric correlation matrix, and a Diagonally Weighted Least Squares method (DWLS) was used to estimate the parameters. In this CFA model, loadings of all items were medium to high (with values of .60–.91). According to the values of CFI, $TLI > .95$, and SRMR, RMSEA criteria $< .06$, the model demonstrated satisfactory validity: CFI = .995, TLI = .993, SRMR = .052, RMSEA = .056 (90% CI .035–.078). With χ^2 (DWLS) = 37.571, Df = 14, the model fit according to the χ^2/Df ratio criterion was within the acceptable limit ($\chi^2/Df = 2.68$). The SEM path model with one factor is presented in Figure 3.1. Item 7 reached the lowest loading, together with the highest residual value (see Figure 3.1). It also attained a relatively low correlation coefficient with the whole scale (see Table 3.2).

Figure 3.1 SEM path model of the NRC questionnaire.



3.3.3 Reliability

The internal consistency of the NRC questionnaire was verified with Cronbach's coefficient alpha as well as with McDonald's coefficient omega. This analysis showed high reliability of the scale, with Cronbach's $\alpha = .84$ (95% CI .83–.85) and McDonald's $\omega_t = .90$. When individual items were removed from the scale, the alpha coefficient was reduced for all items except item 7. However, deleting item 7 resulted only into a negligible increase in the alpha coefficient to .85.

3.4 Discussion

The aim of this study was to psychometrically evaluate the NRC Scale of the Brief RCOPE in the secular conditions of the Czech Republic. The results of the sociodemographic statistics showed no differences in NRC scores between men and women and almost no differences among the age groups. The only significant difference we found was between the age groups 20–29 and 70-plus. Furthermore, the lowest NRC was reported among unemployed and disabled participants, whereas students and entrepreneurs showed the highest NRC. The scale has a high internal consistency, and confirmatory factor analysis supports a unidimensional (one-factor) model, with slight problems related to item 7 (“Questioned the power of God.”).

In our study, we found no differences in the NRC between men and women. These findings are in contrast to the findings of other authors, who reported higher levels of all forms of negative coping among women (Gerber, Boals, & Schuettler, 2011). However, they are in line with other research on negative religious experiences assessing spiritual struggles using the Religious and Spiritual Struggle Scale (RSS) in the Czech environment (Janu, Malinakova, Furstova, & Tavel, 2018). Thus, we can assume that the difference could be influenced by the cultural context, which may affect the status of men and women in a society. Furthermore, we found almost no significant differences among the age groups, which corresponds to the findings of the other authors (Oti-Boadi & Asante, 2017) as well as the findings of one study using the RSS on another representative sample (Janu et al., 2018). Therefore, it seems that negative religious coping and religious struggles represent a universal experience that is not specific to any age group. However, a slight tendency could be observed to a lower NRC among older age groups, especially the respondents aged 70 and over. This may be explained by a higher significance of religion in later life (Coleman, Ivani-Chalian, & Robinson, 2004), which has also been confirmed in Czech conditions (Malinakova et al., 2018; Sarnikova, Malinakova, Furstova, Dubovska, & Tavel, 2018). Moreover, we could suppose that the group of widows and widowers, who also reported a lower score, could overlap with this age category. The high NRC that we found among students and entrepreneurs could be possibly associated with their daily hassles, as other authors have also suggested (McIntire & Duncan, 2013).

The confirmatory factor analysis supports a unidimensional (one-factor) model. The results of the present study revealed that the Czech version of the NRC Scale of the Brief RCOPE is consistent with the original version of the instrument (Pargament et al., 2011) and other translations of the instrument in different environments, for example, of Greek-Orthodox (Paika et al., 2017) or Arab environment – Iraq (Al-Hadethe, Hunt, Thomas, & Al-Quaysi, 2016) and Iran (Mohammadzadeh & Najafi, 2016). These studies used the whole Brief RCOPE Scale and confirmed a two-factor solution – positive and negative coping subscales. In our study, we also found that the NRC Scale of the Brief RCOPE showed a high internal consistency. These results are comparable to the original version of NRC Subscale (Pargament et al., 1998).

We found that item seven (“Questioned the power of God.”) had the lowest correlation with the whole scale and had the lowest loading. However, other studies have not reported similar problems with this item (Caporossi et al., 2018; Talik, 2013). Thus, it is possible that our results are influenced by the specific secular setting of the Czech Republic (Janu et al., 2018; Malinakova

et al., 2017; Malinakova et al., 2018). Respondents may either not declare any faith at all, or, on the contrary, if they are believers, they might not question the nature of God as such, but they might be more likely to experience struggles in the area of their own relationship with God or the church. Furthermore, removing this item increased Cronbach's alpha only negligibly. Therefore, we decided to keep it within the measure.

3.4.1 Strengths and limitations

This study has several strengths. It is the first study that uses the shortened version of the the NRC Scale of the Brief RCOPE in the secular environment of the Czech Republic. It is also the first study which was conducted in a secular country, while other studies were carried out in more religious environments, for example, the USA, France, Italy, Poland, Iran, Pakistan. A limitation is the lower number of respondents, as the sample was derived from a representative Czech sample. Another limitation may be information bias, as our data were based on self-reports of respondents, which might be influenced by a social desirability.

3.4.2 Implications

Our findings suggest that NRC Scale of the Brief RCOPE shows good psychometric properties and is therefore suitable to be used even in circumstances different from the original study. Further research could supplement this study by analyzing a representative sample of the Czech Republic as well as a larger, purely religious sample. Furthermore, we suggest the conducting of longitudinal studies to examine to what extent religious coping is stable or variable over time and situations. Future studies could also include the second factor of the Brief RCOPE, the PRC.

3.5 Conclusion

The results of the present study confirmed a one-factor model of the Czech translation of the NRC Scale of the Brief RCOPE. The internal consistency of the scale was high. Our findings suggest that the instrument validated in this study may be useful for research purposes and possibly also in clinical work. Future research could focus on confirming these results using a full version of the Brief RCOPE on a representative sample.

References

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Krause, N., & Ironson, G. (2015). Robust links between religious/spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of American adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 565-575. doi: 10.1037/ort0000084
- Abu Raiya, H., Pargament, K. I., Mahoney, A., & Stein, C. (2008). A psychological measure of Islamic religiousness: Development and evidence for reliability and validity. *International Journal for the Psychology of Religion*, 18(4), 291-315. doi: 10.1080/10508610802229270
- Ahles, J. J., Mezulis, A. H., & Hudson, M. R. (2016). Religious coping as a moderator of the relationship between stress and depressive symptoms. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(3), 228-234. doi: 10.1037/re10000039
- Al-Hadethe, A., Hunt, N., Thomas, S., & Al-Qaysi, A. (2016). Cross-cultural validation and psychometric properties of the Arabic Brief Religious Coping Scale (A-BRCS). *Journal of Religion & Health*, 55(1), 16-25. doi: 10.1007/s10943-014-9963-7
- Brelsford G. M., Ramirez J., Veneman K., & Doheny K. K. (2016). Sacred spaces: religious and secular coping and family relationships in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 16(4), 315-322. doi: 10.1097/ANC.0000000000000263
- Caporossi, J., Trouillet, R., & Brouillet, D. (2018). Validation de la version française d'une échelle abrégée de coping religieux : Brief-RCOPE. [Validation of a French version of a brief measurement of religious coping: Brief-RCOPE]. *Psychologie Française*, 63(2), 201-215. doi:10.1016/j.psfr.2011.12.001
- Coleman, P. G., Ivani-Chalian, C., & Robinson, M. (2004). Religious attitudes among British older people: stability and change in a 20-year longitudinal study. *Ageing and Society*, 24, 167-188. doi: 10.1017/s0144686x03001636
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334. doi:10.1007/bf02310555.
- Currier, J. M., Smith, P. N., & Kuhlman, S. (2017). Assessing the unique role of religious coping in suicidal behavior among US Iraq and Afghanistan veterans. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(1), 118-123. doi: 10.1037/rel0000055
- Da Silva, N., Dillon, F. R., Verdejo, T. R., Sanchez, M., & De La Rosa, M. (2017). Acculturative stress, psychological distress, and religious coping among Latina young adult immigrants. *Counseling Psychologist*, 45(2), 213-236. doi: 10.1177/0011000017692111
- Dworsky, C. K. O., Pargament, K. I., Wong, S., & Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 258-265. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.10.002
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208-222. doi: 10.1037/a0036465
- Fallot, R. D., & Heckman, J. P. (2005). Religious/spiritual coping among women trauma survivors with mental health and substance use disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(2), 215-226. doi: 10.1007/bf02287268

- Fitchett, G., Murphy, P. E., Kim, J., Gibbons, J. L., Cameron, J. R., & Davis, J. A. (2004). Religious struggle: Prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, an oncology patients. *Psychiatry in Medicine*, 34 (2), 179-195. doi: 10.2190/UCJ9-DP4M-9C0X-835M
- Franklin, A. S. (2016). Religiousness, religious coping methods, and cognitive test anxiety among African-American college students. *Mental Health Religion & Culture*, 19(9), 1000-1012. doi: 10.1080/13674676.2017.1306501
- Garcia, F. E., Paez, D., Reyes-Reyes, A., & Alvarez, R. (2017). Religious coping as moderator of psychological responses to stressful events: A longitudinal study. *Religions*, 8(4). doi: 10.3390/rel8040062
- Giaquinto, S., Cipolla, F., Giachetti, I., & Onorati, D. (2011). Italian validation of the Brief RCOPE Scale for religious coping. *Journal of Medicine and the Person*, 9(2), 70-75. doi:10.1007/s12682-011-0087-5
- Gerber, M. M., Boals, A., & Schuettler, D. (2011). The unique contributions of positive and negative religious coping to posttraumatic growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(4), 298-307. doi: 10.1037/a0023016
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545. doi: 10.1089/jpm.2008.0250
- Ironson, G., Kremer, H., & Lucette, A. (2016). Relationship between spiritual coping and survival in patients with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 31(9), 1068-1076. doi: 10.1007/s11606-016-3668-4
- Janu, A., Malinakova, K., Furstova, J., & Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza škály náboženských a duchovních zápasů (RSS) v českém prostředí. [Psychometric evaluation of the Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) in the Czech environment]. *Československá psychologie*, 62(Suppl.), 1, 2-18.
- Kaiser, H. F., & Cerny, B. A. (1979). Factor analysis of the image correlation matrix. *Educational and Psychological Measurement*, 39(4), 711-714. doi: 10.1177/001316447903900402
- Khan, Z. H., & Watson, P. J. (2006). Construction of the Pakistani Religious Coping Practices Scale: Correlations with religious coping, religious orientation, and reactions to stress among Muslim university students. *International Journal for the Psychology of Religion*, 16, 101–112. doi:10.1207/s15327582ijpr1602_2
- King, S. D., Fitchett, G., Murphy, P. E., Pargament, K. I., Martin, P. J., Johnson, R. H., . . . Loggers, E. T. (2017). Spiritual or religious struggle in hematopoietic cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*, 26(2), 270-277. doi: 10.1002/pon.4029
- Lewis, C. A., Maltby, J., & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1193-1202. doi: 10.1016/j.paid.2004.08.002
- McDonald, R. P. (1999). Test theory: A unified treatment. Psychology Press. ISBN 0-8058-3075-

- Malinakova, K., Kopcakova, J., Kolarcik, P., Madarasova Geckova, A., Polackova Solcova, I., Husek, V., ... Tavel, P. (2017). The Spiritual Well-Being Scale: Psychometric evaluation of the shortened version in Czech adolescents. *Journal of Religion and Health*, 56, 697-705. doi: 10.1007/s10943-016-0318-4
- Malinakova, K., Trnka, R., Sarnikova, G., Smekal, V., Furstova, J., & Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza Škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) v českém prostředí. [Psychometric evaluation of the Daily Spiritual Experience Scale (DSES) in the Czech environment.] *Československá psychologie*, 62(Suppl.), 1, 100-113.
- McIntire, L., & Duncan, R. (2013). Associations among religious coping, Daily Hassles, and Resilience. *Archive for the Psychology of Religion-Archiv Fur Religionspsychologie*, 35(1), 101-117. doi: 10.1163/15736121-12341252
- Mohammadzadeh, A., & Najafi, M. (2016). Factor analysis and validation of the Brief Religious Coping Scale (Brief-RCOPE) in Iranian university students. *Mental Health Religion & Culture*, 19(8), 911-919. doi: 10.1080/13674676.2017.1282445
- Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 7(2), 73-86. doi: 10.1023/a:100952372292
- Nurasikin, M. S., Khatijah, L. A., Aini, A., Ramli, M., Aida, S. A., Zainal, N. Z., & Ng, C. G. (2013). Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), 332-338. doi: 10.1177/0020764012437127
- Ng, G. C., Mohamed, S., Sulaiman, A. H., & Zainal, N., Z. (2017). Anxiety and depression in cancer Patients: The association with religiosity and religious coping. *Journal of Religion & Health*, 56(2): 575-590. doi: 10.1007/s10943-016-0267-y
- Oti-Boadi, M., & Asante, K. O. (2017). Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *Biopsychosocial Medicine*, 11. doi: 10.1186/s13030-017-0105-9
- Paika, V., Andreoulakis, E., Ntountoulaki, E., Papaioannou, D., Kotsis, K., Siafaka, V., ... Grp, A-D. S. (2017). The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument: psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of General Psychiatry*, 16. doi: 10.1186/s12991-017-0136-4
- Parenteau, S. C. (2017). Religious coping and substance use: The moderating role of sex. *Journal of Religion & Health*, 56(2), 380-387. doi: 10.1007/s10943-015-0166-7
- Pargament, K. I., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76. doi: 10.3390/rel2010051
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. doi: 10.2307/1388152

- Pew Research Center. (2015): *The future of world religions: Population growth projections, 2010-2050*. Vyhledáno na [http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2015/03/PF_15.04.02_ProjectionsFullReport.pdf]
- R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Ongur, D., Pargament, K. I., & Bjorgvinsson, T. (2013). Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research*, 210(1), 182-187. doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.023
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Flannelly, K. J. (2009). Do spiritual struggles predict poorer physical/mental health among Jews? *International Journal for the Psychology of Religion*, 19(4), 244-258. doi: 10.1080/10508610903143503
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., Krumrei, E. J., & Flannelly, K. J. (2009). Religious coping among Jews: Development and initial validation of the JCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 670-683. doi: 10.1002/jclp.20574
- Ross, L. E., Hall, I. J., Fairley, T. L., Taylor, Y. J., & Howard, D. L. (2008). Prayer and self-reported health among cancer survivors in the United States, national health interview survey, 2002. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(8), 931-938. doi: 10.1089/acm.2007.0788
- Sanchez, M., Dillon, F. R., Concha, M., & De La Rosa, M. (2015). The impact of religious coping on the acculturative stress and alcohol use of recent Latino immigrants. *Journal of Religion & Health*, 54(6), 1986-2004. doi: 10.1007/s10943-014-9883-6
- Sarnikova, G., Malinakova, K., Furstova, J., Dubovska, E., & Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza škály FACIT-Sp na reprezentativním vzorku české populace. [Psychometric evaluation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) Scale in the Czech environment.] *Československá psychologie*, 62(Suppl.), 1, 114-128.
- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., . . . Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512. doi: 10.1056/nejm200111153452024
- Talik, E. B. (2013). The Adolescent Religious Coping Questionnaire. Translation and cultural daptation of Pargament's RCOPE Scale for Polish adolescents. *Journal of Religion & Health*, 52(1), 143-158. doi: 10.1007/s10943-011-9464-x
- Tarakeshwar, N., Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2003). Initial development of a measure of religious coping among Hindus. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 607-628. doi: 10.1002/jcop.10071
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657. doi: 10.1089/jpm.2006.9.646
- Trevino, K. M., Balboni, M., Zollfrank, A., Balboni, T., & Prigerson, H. G. (2014). Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(8), 936-945. doi: 10.1002/pon.3505

- Yu, & Ching-Yun. (2002). Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes. Los Angeles: University of California.
- Zaza, C., Sellick, S. M., & Hillier, L. M. (2005). Coping with cancer: What do patients do? *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(1), 55-73. doi: 10.1300/J077v23n01_04

4 Associations of childhood trauma experiences with religious and spiritual struggles

Anna Janu, Klara Malinakova, Alice Kosarkova, Peter Tavel

Journal of Health Psychology 2020

Abstract

Childhood trauma is associated with many interpersonal and psychosocial problems in adulthood. The aim of this study was to explore the associations with a spiritual area of personality, namely religious and spiritual struggles (R/S struggles). A nationally representative sample of 1,000 Czech respondents aged 15 years and older participated in the survey. All types of CT were associated with an increased level of all six types of R/S struggles, with the highest values for demonic struggles. Thus, the findings of this study might be important for clinical practice and pastoral care as well as a further research.

4.1 Introduction

Childhood trauma (CT) is consistently considered a serious problem all over the world (Sethi et al., 2013). It has been defined as acts of commission or omission by parents or caregivers that result in potential harm to a child's health and includes experiences such as physical, sexual and psychological abuse, as well as physical or emotional neglect (Daruy et al., 2011). Community surveys from Europe and worldwide show high prevalence rates of physical (22.9%), emotional (29.1%) and sexual (9.6%) abuse, as well as physical (16.3%) and emotional neglect (18.4%) (Sethi et al., 2013). The history of CT is related to a worse quality of health (Rapsey et al., 2019), and therefore it is an important public health issue.

Thus far, CT has been associated with physical health problems, such as high inflammation levels (Danese et al., 2009), chronic inflammatory markers (Coelho et al., 2014) and significantly higher blood pressure values in adult life (Alastalo et al., 2013). This can consequently lead to the occurrence of chronic diseases, such as ulcerative colitis (Fuller-Thomson et al., 2015), type 2 diabetes and obesity in later life (Tamayo et al., 2010), as well as mental health problems (Rosmarin et al., 2018), which among others include anxiety (Mergler et al., 2018) and related disorders (Jaworska-Andrzejewska and Rybakowski, 2018), depression (Danese et al., 2009; Rosmarin et al., 2018; Mergler et al., 2018), psychotic symptoms (Jaworska-Andrzejewska & Rybakowski, 2018), or a psychiatric diagnosis (Rosmarin et al., 2018), such as bipolar disorder (Jaworska-

Andryszewska and Rybakowski, 2018), schizophrenia (Li et al., 2018) and posttraumatic stress disorder (Sanders et al., 2018). Moreover, these problems can also lead to maladaptive behaviours, such as substance use (Mergler et al., 2018), risky sexual behaviour (Tang et al., 2018), self-injurious behaviour (Brown et al., 2018), more frequent suicidal thoughts (Mergler et al., 2018), suicide attempts (Jaworska-Andryszewska and Rybakowski, 2018) and suicidal behaviour (Obikane et al., 2018) or intimate partner violence perpetration (Cubellis et al., 2018). All of these problems can consequently result in a higher level of stress and related physiological problems.

Furthermore, traumatic experiences may also be frequently linked with dissociation (Amore and Serafini, 2020), which may be defined as the disruption of important human functions such as memory, identity, consciousness, thinking, emotions, body representation, motor control and behaviour (Sar and Ross, 2006). According to the theory of structural dissociation of the personality, built on the work of Pierre Janet, traumatic experience may cause dissociation of personality into two or more mental systems (Van der Hart and Horst, 1989; Haule, 1986). Pathological dissociative reactions tend to develop especially in conditions where the child is repeatedly or chronically traumatised and where, at the same time, no help or support is available and in situations from which the children have no chance to escape (Kisiel and Lyons, 2001; Mulder et al., 1998). An earlier age of the onset, a longer duration of abuse, and parental abuse significantly predicted higher dissociation scores (Vorderlin et al., 2018). Consequently, in later life, there is a growing risk of failure in social relationships, adoption of maladaptive behaviour patterns and development of further mental and personality pathologies (Henschel et al., 2019; Maaranen et al., 2005). Among others, dissociative reactions have already been associated with deliberate self-harm (Polskaya and Melnikova, 2020; Hoyos et al., 2019), eating disorder (Pugh et al., 2018) or an increased severity of psychiatric symptoms (Schimmenti, 2018). For these reasons, research pays attention to possible pathways through which CT can lead to maladaptive functioning in later life. Recent literature mentions as the most significant pathways attachment problems (Tomasiewicz et al., 2016), which can develop due to childhood trauma, and negative coping strategies (McDonald et al., 2019), which include using health-risk behaviour to cope with stress and anxiety.

Religiosity and spirituality (R/S) are often studied as strong coping resources (Alves et al., 2016; Freire et al., 2016); however, it is not yet clear under which conditions trauma survivors use R/S as a positive coping strategy and under which circumstances CT results in so-called negative religious coping (NRC), i.e. situations when a dimension of R/S belief, practices or experience become a source of negative thoughts or emotions, leading to conflict and distress (Exline et al., 2013).

A maladaptive behaviour and psychological functioning observed as a result of childhood maltreatment are probably associated with attachment problems following childhood trauma experiences (Granqvist, 2002; Reinert and Edwards, 2009). An individual who suffered CT may be less able to maintain functional human relationships and may consequently suffer from a lack of the support that normally flows from such relationships. Similarly, a negative attitude towards others could also be transferred to a religious dimension, as research shows that attachment to God generally corresponds to a person's other attachment relationships (Rowatt and Kirkpatrick, 2002). This can lead to the development of NRC, which has already been associated with worse overall health (Bjorck and Thurman, 2007; Pargament et al., 2011). In the literature, the term NRC is often

interchangeable with the term religious and spiritual struggle (Pirutinsky et al., 2011), and many authors have described negative associations between R/S struggles and human physical and mental health (Pargament et al., 1998; Abu-Raiya et al., 2016; Exline et al., 2000; McConnell et al., 2006).

Moreover, R/S struggles and NRC concern not only religious people. Every human being can be considered spiritual in nature and has spiritual needs (Walter, 2002). Spirituality may manifest itself as inner peace and strength derived from perceived relationship with a Transcendent God/an Ultimate Reality, or whatever an individual values as supreme (Narayanasamy, 1999). Many studies suggest that the spiritual dimension is an integral part of life of both religious and non-religious people (Baldacchino, 2008). Many non-religious individuals report spiritual experiences (van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2020; Preston and Shin, 2017), such as experience of spiritual strength, meaning of life and inner peace (O'Connell and Skevington, 2005). This also means that every person can, to a certain degree, experience spiritual struggles. Some atheists and agnostics report anger involving God, particularly while using measures emphasizing past experiences (Exline et al., 2011). Thus, even people living in highly secular countries report a significant frequency of R/S struggles and many of them need help concerning religious/spiritual topics (Hvidt et al., 2019). It is important to realise that spiritual health is an important public health issue, even in a strongly secularized society (Jirasek a Hurych, 2018), and plays a crucial role in the holistic concept of biopsychosocial-spiritual personality model (Rego and Nunes, 2019), which highlights the need to study struggles in this area. R/S struggles/NRC are characterized by spiritual tension, conflicts and strains with God and others in one's religious community (Pargament et al., 2011). Each form of childhood mistreatment is related to a negative view of God (Waldron et al., 2018). In addition, it is associated with church attendance and spiritual injury (Lawson et al., 1998). According to Rosmarin et al. (2018), a history of involuntary sexual penetration was related to significantly less general religiousness and lower intrinsic religiosity and Sansone, Kelly and Forbis (2013) examined how CT is associated with lower R/S well-being in adulthood. This seems to contradict the effects of positive religious coping, which was associated with better physical (Ironson et al., 2016; Ross et al., 2008) and mental health (Tarakeshwar et al., 2006; Nurasikin et al., 2013; Lewis et al., 2005). Moreover, it can also play a role in the recovery process from childhood trauma (Bryant-Davis, 2005; Gall, 2006).

Another topic related to the spiritual dimension is the perception of demonic influence. Rowan and Dwyer's study (2015) suggests increased experiences of demonic possession in the UK. These authors notice that the description of the symptoms of possession seems to be strikingly similar to psychopathologies. However, Ventriglio et al. (2018) claim that both religion and psychiatry may be considered as two different ways of explaining the unknown and that there is a need to distinguish between adaptive and maladaptive expressions of religious experience. In some cases, it can be difficult to distinguish a real spiritual struggle from a mental health problem. There can be many reasons for an overlap, one of which is, for example, the fact that in a contemporary society, mental illness is still perceived as a certain kind of stigma (Lyndon et al., 2019). Thus, some people in their effort to escape from being stigmatized by mental illness, may connect their difficulties with spiritual reasons, especially demonic ones. Belief in demonic influence has been repeatedly described as a delusion in schizophrenic patients (Groff et al., 1991),

however, in his research, Pfeifer (1999) shows that beliefs in possession or demonic influence do not necessarily have to be associated with it.

Considering the identified negative links between R/S struggles and health, a more detailed research in this area is needed and more importantly, understanding the underlying mechanisms and roots of R/S struggles may help people to develop healthier coping strategies. Thus, the aim of this study is to explore the associations between CT and R/S struggles in a secular environment.

4.2 Methods

4.2.1 Participants and procedure

A national representative sample of Czech population aged 15 years and older (46.04; SD 17.28 years; 48.6% men) was obtained using a two-step procedure. In the first step, the questionnaire and all further procedures were piloted among 109 participants. This led to the final version of the survey. In the second step, another 1215 participants were randomly chosen with the help of quota sampling and asked to participate in a study focusing on health, life experiences and attitudes and lifestyle. Of these respondents, 215 (17.7%) refused to participate in the survey. Participants reported a lack of time (45.6%), a lack of interest or distrust in research in general (22.1%), the length and difficulty of the questionnaire (19.1%) and the personal nature of the questions (4.4%) among the main reasons for refusal.

Data were collected by professionally trained administrators in November and December 2014 by means of a standardized interview with the respondents (face-to-face). Participation in the survey was anonymous and voluntary. The study design was approved by the Ethics Committee of the Olomouc University Social Health Institute, Palacky University Olomouc (No. 2017/09).

4.2.2 Measures

Religious and spiritual struggles were assessed using the Religious and Spiritual struggle scale (Exline et al., 2014), which has been validated in the Czech environment (Janu et al., 2018). Participants responded to the following question: “To what degree have you been struggling with the following questions over the last few months:” with response options for all items ranging from “not at all/does not apply” (1) to “to a great deal” (5). The whole scale is composed of 26 items divided into six subscales: Divine (e.g. “Felt angry at God”), Demonic (e.g. “Felt attacked by the devil or by evil spirits”), Interpersonal (e.g. “Felt angry at organised religion”), Moral (e.g. “Worried that my actions were morally or spiritually wrong”), Ultimate Meaning (e.g. “Felt as though my life had no deeper meaning”), and Doubt (e.g. “Felt troubled by doubts or questions about religion or spirituality”). The item scores on each subscale were averaged. Cronbach’s alpha for the whole scale has a high internal consistency, with $\alpha = 0.96$. Because we also separately assessed the groups of religious and non-religious respondents, we compared internal consistency values between these groups too. Cronbach’s alpha for the whole scale was 0.95 for both religious and non-religious subgroups. Similarly, the values were satisfactorily high also for different subscales with values ranging from 0.78 (Moral subscale; non-religious respondents) to 0.89 (Divine subscale; religious respondents).

Religious affiliation was measured by the question: "Regardless of whether you attend church services, would you say that you are:" with response options "a believer" (1), "not a believer" (2), "a convinced atheist" (3).

To assess the experience of *childhood trauma*, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein & Fink, 1998) was used. This instrument has been validated in the Czech Republic (Kascakova et al., 2018) with satisfactory results. It is a standardized 28-item questionnaire developed to measure the severity of five types of abuse and neglect in childhood or adolescence using the following subscales: Emotional Abuse, Physical Abuse, Sexual Abuse, Emotional Neglect, and Physical Neglect. Each subscale contains five items rated on a 5-point Likert-type scale ranging from "never" (1) to "very often" (5), leading to scores from 5 to 25 for each subscale. Besides these, the CTQ also includes a three-item minimisation/denial validity scale that was developed to detect the underreporting of maltreatment (Bernstein & Fink, 1998). Cronbach's alpha for the CTQ subscales in our sample ranges from 0.64 to 0.92.

Sociodemographic data were collected in the first part of the questionnaire and included issues related to gender, age, lifestyle, marital status, educational and economic activity.

4.2.3 Statistical analyses

First, we described the background characteristics of the sample. The distribution of the score of the Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) was evaluated by histograms, and its normality was verified by Shapiro-Wilk's normality test. Since the data did not meet the assumption of a normal distribution, a binary logistic regression was used for statistical analyses. We assessed the associations of five kinds of childhood trauma standardized to z-scores with the complete RSS as well as its six separated subscales. A binary logistic regression models were first assessed as crude and consequently adjusted for gender, age, socioeconomic status and educational level. Each of the independent variables was assessed in a separate model. All analyses were performed using the statistical software package IBM SPSS version 21.

4.3 Results

The background characteristics of the sample are presented in Table 4.1. This is a representative sample of Czech population aged 15 years and older (mean age 44.3, SD=17.0). Of the non-religious respondents 160 (22.1%) labelled themselves as “a convinced atheist”.

Table 4.1 Description of the study population, total and by religiosity.

	Total		Religious ^a		Non-religious	
	n	%	n	%	n	%
Gender						
Male	486	48.6	111	40.1	375	51.9
Female	514	51.4	166	59.9	348	48.1
Age						
15-29 years old	227	22.7	40	14.4	187	25.9
30-44 years old	258	25.8	67	24.2	191	26.4
45-59 years old	241	24.1	73	26.4	168	23.2
60-90 years old	274	27.4	97	35.0	177	24.5
Marital status						
Single/ Divorced/ Widow(er)	467	46.7	122	44.0	345	47.7
Married/ Partner relationship	533	53.3	155	56.0	378	52.3
Highest education achieved						
Elementary school	84	8.4	31	11.2	53	7.3
Secondary vocational school	326	32.6	86	31.0	240	33.2
Secondary school with graduation	435	43.5	120	43.3	315	43.6
College	155	15.5	40	14.4	115	15.9
Economic activity						
Employee	509	50.9	128	46.2	381	52.7
Self-employed	100	10.0	18	6.5	82	11.3
Household ^b / Unemployed	46	4.6	17	6.1	29	4.0
Student	101	10.1	19	6.9	82	11.3
Disabled/Old-age pensioner	242	24.2	93	33.6	149	20.6
Religious and spiritual struggle	800	80.0	250	90.3	550	76.1
Divine	345	34.5	181	65.3	164	22.7
Demonic	238	23.8	121	43.7	117	16.2
Interpersonal	436	43.6	171	61.7	265	36.7
Moral	709	70.9	231	83.4	478	66.1
Ultimate Meaning	641	64.1	207	74.7	434	60.0
Doubt	397	39.7	175	63.2	222	30.7
Total	1000	100	277	27.7	723	72.3

Note: ^a independent of church attendance; ^b including maternity leave

Table 4.2 shows the associations of childhood trauma with different types of R/S struggles. For the complete sample, all types of childhood trauma were associated with a higher risk of all types of R/S struggles, with the highest values occurring for demonic struggles, where they ranged from 1.61 to 2.34. When assessed separately for religious and non-religious respondents, mostly significant associations were found between childhood traumas and some kind of R/S struggle in both groups. The values ranged from 1.30 (sexual abuse – doubt; religious respondents) to 5.27 (physical abuse – ultimate meaning; religious respondents). We found no significant associations of emotional neglect with any of the observed R/S struggles within the group of religious respondents.

Table 4.2 Associations of different childhood trauma experiences with different types of spiritual struggles: results of binary logistic regression adjusted for age, gender and education level leading to odds ratios with 95% confidence intervals.

		RSS (Full Scale)	Divine	Demonic	Interpersonal	Moral	Ultimate Meaning	Doubt
Emotional abuse (per SD) ^a	Complete sample	2.76 (2.04-3.73)***	1.54 (1.34-1.76)***	1.77 (1.54-2.04)***	1.71 (1.48-1.97)***	1.78 (1.47-2.16)***	1.86 (1.55-2.23)***	1.49 (1.30-1.70)***
	NR	2.58 (1.87-3.56) ***	1.54 (1.30-1.82)***	1.86 (1.56-2.23)***	1.69 (1.43-1.20)***	1.68 (1.37-2.07)***	1.72 (1.41-2.09)***	1.47 (1.26-1.72)***
	R	3.32 (1.38-7.98) **	1.89 (1.33-2.68)***	1.81 (1.36-2.40)***	1.78 (1.29-2.44)***	2.13 (1.25-3.63)**	2.42 (1.53-3.84)***	1.58 (1.17-2.14)**
Physical abuse (per SD)	Complete sample	1.63 (1.27-2.11)***	1.53 (1.33-1.76)***	2.02 (1.73-2.36)***	1.66 (1.43-1.94)***	1.47 (1.22-1.78)***	1.66 (1.37-2.01)***	1.49 (1.30-1.72)***
	NR	1.50 (1.16-1.93) **	1.62 (1.38-1.91)***	2.34 (1.93-2.82)***	1.65 (1.39-1.96)***	1.36 (1.12-1.66)**	1.46 (1.20-1.77)***	1.52 (1.29-1.78)***
	R	4.60 (1.15-21.40) *	1.72 (1.16-2.54)**	1.80 (1.30-2.50)***	1.89 (1.27-2.82)**	3.39 (1.36-8.45)**	5.27 (2.12-13.08)***	1.57 (1.11-2.21)*
Sexual abuse (per SD)	Complete sample	1.84 (1.27-2.67)**	1.64 (1.40-1.92)***	2.05 (1.73-2.43)***	1.58 (1.34-1.87)***	1.64 (1.27-2.13)***	1.41 (1.17-1.70)***	1.51 (1.30-1.76)***
	NR	1.18 (1.23-2.57) **	1.94 (1.61-2.33)***	2.49 (2.02-3.07)***	1.67 (1.39-2.01)***	1.60 (1.23-2.07)***	1.37 (1.12-1.67)**	1.66 (1.39-1.98)***
	R	NA	1.33 (0.93-1.89)	1.67 (1.15-2.41)**	1.49 (1.01-2.20)*	NA	1.82 (0.93-3.54)	1.30 (0.94-1.81)
Emotional neglect (per SD)	Complete sample	1.30 (1.09-1.54)**	1.43 (1.26-1.64)***	1.61 (1.40-1.86)***	1.41 (1.24-1.60)***	1.26 (1.09-1.46)**	1.32 (1.15-1.52)***	1.25 (1.10-1.42)**
	NR	1.43 (1.17-1.74) ***	1.62 (1.36-1.92)***	2.01 (1.66-2.44)***	1.50 (1.29-1.76)***	1.31 (1.11-1.55)**	1.42 (1.20-1.67)***	1.35 (1.15-1.58)***
	R	0.79 (0.55-1.15)	1.16 (0.90-1.51)	1.17 (0.91-1.49)	1.14 (0.89-1.47)	1.02 (0.74-1.41)	1.01 (0.76-1.33)	1.00 (0.78-1.29)
Physical neglect (per SD)	Complete sample	1.58 (1.29-1.94)***	1.90 (1.64-2.20)***	2.31 (1.98-2.70) ***	1.94 (1.67-2.26)***	1.49 (1.26-1.76)***	1.62 (1.38-1.91)***	1.77 (1.53-2.04)***
	NR	1.76 (1.39-2.23) ***	2.26 (1.89-2.71)***	2.98 (2.42-3.68)***	2.08 (1.75-2.49)***	1.56 (1.29-1.88)***	1.77 (1.46-2.14)***	2.04 (1.72-2.43)***
	R	1.03 (0.68-1.56)	1.62 (1.19-2.19)**	1.80 (1.36-2.38)***	1.71 (1.26-2.31)**	1.27 (0.88-1.84)	1.26 (0.93-1.71)	1.33 (1.01-1.75)*

Notes: *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001; SD = standard deviation; NA = not analysed

^a score standardized to z-scores

4.4 Discussion

The aim of this article was to assess the association of childhood trauma experiences with adult religious and spiritual struggles. We found that all five types of childhood trauma were associated with all six kinds of R/S struggles. Moreover, this held not only for religious, but also for non-religious participants. In the complete sample, the strongest associations were found between childhood trauma and demonic struggles.

We found that participants who reported any kind of childhood trauma were more likely to report some kind of religious struggle. These findings are in line with findings of other authors using RSS and CTQ (McCormick et al., 2017). A history of sexual abuse was related to significantly greater spiritual injury in some studies (Lawson et al., 1998), specifically to perceiving God as distant or experiencing doubts about God (Kennedy & Drebing, 2002). Maltby and Hall (2012) described intensive divine struggles after CT that were connected with feelings of being abandoned and not being loved by God, and with fear or anger towards God. In another case study (Proctor et al., 2019) the experiences of CT were related to divine struggles and interpersonal struggles. After all, there is the well-described fact of lower adult spirituality or diminished religiosity after a history of CT (Tailor et al., 2014; Song et al., 2016). There are two possible explanations for these results. First, CT is related to attachment insecurity in later life (Goulter et al., 2019). Research shows that people can experience God as an attachment figure (Gall, 2006), so the experience of CT and associated struggles may not be perceived only as a psychosocial problem (Sprober et al., 2014) but could also be transferred to problems in relationship to God. Paternal abuse shows an especially significant negative effect on religious involvement (Bierman, 2005), since the relationship between an individual and God can correspond to the relationship of a parent and a child (Kirkpatrick, 1992). Second, CT is associated both with inter- and intrapersonal struggles, such as forgiving others or self-forgiveness (Guloglu et al., 2016) and self-perception (Proctor et al., 2019), which further reinforces maladaptive functioning and negative coping strategies.

In our study, CT was associated with religious and spiritual struggles not only for religious respondents, but more interestingly, also for non-religious ones. To the best of our knowledge, there are no studies that would assess these associations in non-religious respondents. However, the study of Kluzova Kracmarova (2019) showed that most Czech adolescents believe in some sort of supernatural phenomenon and that even adolescents from non-religious families can have rich internal spiritual live. Furthermore, Bussing and Koenig (2010) speak about four dimensions of spiritual needs (connection, peace, meaning/purpose and transcendence) which are common for people regardless of age, gender and health status (Bussing et al., 2018). This is further supported by other authors who underlines the necessity of the spirituality dimension in human life (Pargament, 2007). Further, in a secular age pastoral care is no longer exclusively associated with specific religious traditions and communities. Pastoral caregivers working in secular institutions provide care to religious and nonreligious people alike (Schuhmann & Damen, 2018). Some types of R/S struggles might be more prevalent among non-religious people, e.g. a sense of meaning, which has been found to play an important role in suicidal behaviour of many people (Wilchek-Aviad & Malka, 2016) and was also prevalent in secular environments (Pedersen et al., 2018).

Similarly, even highly secular communities may put a strong personal emphasis on moral principles (Dong, Wu, Zhu, Jin, & Zhang, 2017) and may thus be prone to R/S struggles in moral area. Therefore, especially when understanding spirituality in a broader sense, our study suggests that assessing spiritual struggles is important both among religious and non-religious people.

Of the assessed struggles, the strongest associations were found for the demonic subscale. Still, to our knowledge, studies have not paid much attention to the potential associations between CT and demonic struggles. In the study published by McCormick et al. (2017) the authors examined associations between adverse childhood experiences, R/S struggles and mental health and described a significant direct effect on major depressive disorder, demonic and meaning struggles. The reason for this strong association can be seen in the specific Czech environment, considering the secular environment, where the majority of people do not believe in God (Malinakova et al., 2018), but they believe in “something above us”, or “something between Heaven and Earth”. Many people believe in invisible beings, such as ghosts, spirits or angels (Kluzova Kracmarova, Dutkova & Tavel, 2019), or they name it positive or negative energy. When facing different life problems, for some people it may be easier to attribute the cause of such problems to a demonic spirit. This hypothesis is supported by studies that confirm associations between CT and diverse psychological problems, like anxiety, depression, bipolar disorder, borderline personality disorder, schizophrenia e.g. (Mergler et al., 2018; Rosmarin et al., 2018). It has been documented that increased anxiety can even result in hallucinations or delusions, which can, besides paranoid, persecutory or expansive content, also include religious and spiritual topics. Moreover, while a somatic disorder is perceived as an unpleasant, yet normal part of a human life, a mental disorder or mental illness is connected with stigmatization (Lyndon et al., 2019; Krendl and Freeman, 2019). Therefore, some people may attribute the source of their problems to a demonic power and attacks from such power, because doing so is more acceptable to them, allowing them to avoid the conviction of this stigmatization.

Another explanation of strong associations of CT with the demonic subscale is related to the theory of structural dissociation (Piedfort-Marin, 2019). This theory occurs especially in children, because traumatizing experience, together with inadequate psychophysiological regulation by caregivers, such as insufficient soothing, calming and modulation, hinders a natural progression toward integration (Van der Hart et al., 2007). This theory may be supported by Drouin et al. (2017), who noticed that the demonic possessed people have been subjected to sexual trauma. Similar association was detected by Ivey (2002), who interpreted experiences with evil and demonic possession as metaphors for understanding destructive aspects of human psychological functioning. Thus, the strong associations observed in this study could also be seen as a demonic interpretation after a dissociative reaction.

4.4.1 Strengths and limitations

This study has several strengths. The first one is the large representative sample of Czech population with no missing values. The second is that it is the first study in the Czech Republic that explores associations of childhood trauma and religious and spiritual struggles and one of the few such studies worldwide. A limitation of this study is the low percentage of religious respondents in our representative sample, which decreased the power of the study and in some cases made the data

impossible to analyze. Another limitation is that our data are based on the self-reports of respondents, which can be inaccurate or influenced by social desirability bias.

4.4.2 Implications

Researchers have thus far not examined the possible associations between CT and R/S struggles in detail. Thus, this paper is vital for psychologists to understand the likely impact that CT may have on the religious and spiritual life of many people, including their struggles in this area. Our results suggesting high associations between CT and R/S struggles could be an important finding for professionals in the area of mental health, who should be more aware of the adverse effects of CT on adult R/S and a higher risk of struggles in this area. Understanding the underlying mechanisms of these struggles could help to better focus their professional help. Similarly, informing pastoral care workers about these findings would help them to accept a more holistic approach in their work and should promote a closer cooperation between psychological and spiritual care.

Moreover, the fact that these associations were also observed among non-religious respondents and that these respondents showed a higher risk of struggles not only in the areas directly associated with religion, but also in existential (e.g. meaning of life) and moral areas, shows an importance of this kind of research even in highly secular countries. Future research could also include a wider group of religious respondents, which would increase the power of the study. When using a sample with smaller numbers of religious respondents, an alternative statistical approach might also be to test religious identity as a moderator of CT of R/S struggles.

4.5 Conclusion

This study is one of the first to examine the associations between CT and R/S struggles in adulthood. Our findings show that all five types of childhood trauma are associated with all six kinds of R/S struggles. We consider this result important for clinical practice and propose further research with a larger religious sample.

References

- Amore M and Serafini G (2020) Early stress and dissociation: psychopathological pathways. *Journal of Psychopathology* 26(1): 54-69.
- Abu-Raiya H, Pargament KI, Weissberger A, et al. (2016) An Empirical Examination of Religious/Spiritual Struggle Among Israeli Jews. *International Journal for the Psychology of Religion* 26(1): 61-79.
- Alastalo H, Raikonen K, Pesonen AK, et al. (2013) Early life stress and blood pressure levels in late adulthood. *Journal of Human Hypertension* 27(2): 90-94.
- Alves DD, da Silva LG, Delmondes GD, et al. (2016) Children caregiver with cancer: Religiosity and spirituality as coping mechanisms. *Revista Cuidarte* 7(2): 1318-1324.
- Baldacchino DR (2008) Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. *Nurse Education Today* 28(5): 550-562.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, . . . Zule W (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 27(2): 169-190.
- Bierman A (2005) The effects of childhood maltreatment on adult religiosity and spirituality: Rejecting god the father because of abusive fathers? *Journal for the Scientific Study of Religion* 44(3): 349-359.
- Bjorck JP and Thurman JW (2007) Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion* 46(2): 159-167.
- Brown RC, Heines S, Witt A, et al. (2018) The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *Bmc Psychiatry* 18.
- Bryant-Davis T (2005) Coping strategies of African American adult survivors of childhood violence. *Professional Psychology-Research and Practice* 36(4): 409-414.
- Bussing A and Koenig HG (2010) Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions* 1(1): 18-27.
- Bussing A, Recchia DR, Koenig H, et al. (2018) Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases. Elderly and Healthy Individuals. *Religions* 9(1).
- Coelho R, Viola TW, Walss-Bass C, et al. (2014) Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 129(3): 180-192.
- Cubellis MA, Peterson BE, Henninger AM, et al. (2018) Childhood Sexual Abuse and Antisocial Traits and Behaviors: A Gendered Examination of the Factors Associated With Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 33(20): 3125-3161.
- Danese A, Moffitt TE, Harrington H, et al. (2009) Adverse Childhood Experiences and Adult Risk Factors for Age-Related Disease Depression, Inflammation, and Clustering of Metabolic Risk Markers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 163(12): 1135-1143.
- Daruy L, Brietzke E, Lafer B, et al. (2011) Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124(6): 427-434.

- Dong MC, Wu S, Zhu YJ, et al. (2017) Secular Examination of Spirituality-Prosociability Association Survey Research in Nonreligious-Based Populations in China. *Archive for the Psychology of Religion-Archiv Fur Religionspsychologie* 39(1): 61-81.
- Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, et al. (2014) The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and Initial Validation. *Psychology of Religion and Spirituality* 6(3): 208-222.
- Drouin E, Pereon T and Pereon Y (2017) Demonic possession by Jean Lhermitte. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique* 43(4): 394-398.
- Exline JJ, Park CL, Smyth JM, et al. (2011) Anger Toward God: Social-Cognitive Predictors, Prevalence, and Links With Adjustment to Bereavement and Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 100(1): 129-148.
- Exline JJ, Prince-Paul M, Root BL, et al. (2013) The Spiritual Struggle of Anger toward God: A Study with Family Members of Hospice Patients. *Journal of Palliative Medicine* 16(4): 369-375.
- Exline JJ, Yali AM and Sanderson WC (2000) Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology* 56(12): 1481-1496.
- Freire J, Moleiro C and Rosmarin DH (2016) Calling for Awareness and Knowledge: Perspectives on Religiosity, Spirituality and Mental Health in a Religious Sample from Portugal (a Mixed-Methods Study). *Open Theology* 2(1): 681-699.
- Fuller-Thomson E, West KJ, Sulman J, et al. (2015) Childhood Maltreatment Is Associated with Ulcerative Colitis but Not Crohn's Disease: Findings from a Population-based Study. *Inflammatory Bowel Diseases* 21(11): 2640-2648.
- Gall TL (2006) Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 30(7): 829-844.
- Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, et al. (1991) The delusion of possession in chronically psychotic-patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179(9): 567-571.
- Goulter N, Moretti MM, del Casal JM, et al. (2019) Attachment insecurity accounts for the relationship between maternal and paternal maltreatment and adolescent health. *Child Abuse & Neglect* 96.
- Granqvist P (2002) Attachment and religiosity in adolescence: Cross-sectional and longitudinal evaluations. *Personality and Social Psychology Bulletin* 28(2): 260-270.
- Guloglu B, Karaimak O and Emiral E (2016) The role of spirituality and forgiveness in childhood trauma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry* 17(4): 309-316.
- Haule JR (1986) Janet, Pierre and dissociation - The 1st transference theory and its origins in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 29(2): 86-94.
- Henschel S, Doba K and Nandrino JL (2019) Emotion Regulation Processes and Psychoform and Somatoform Dissociation in Adolescents and Young Adults with Cumulative Maltreatment. *Journal of Trauma & Dissociation* 20(2): 197-211.
- Hoyos C, Mancini V, Furlong Y, et al. (2019) The role of dissociation and abuse among adolescents who self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 53(10): 989-999.
- Hvidt NC, Mikkelsen TB, Zwisler AD, et al. (2019) Spiritual, religious, and existential concerns of cancer survivors in a secular country with focus on age, gender, and emotional challenges. *Supportive Care in Cancer*, 27(12): 4713-4721.

- Ironson G, Kremer H and Lucette A (2016) Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *Journal of General Internal Medicine* 31(9): 1068-1076.
- Ivey G (2002) Diabolical discourses: demonic possession and evil in modern psychopathology. *South African Journal of Psychology* 32(4): 54-59.
- Janu A, Malinakova K, Furstova J, et al. (2018) Psychometric evaluation of the Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) in the Czech environment. *Ceskoslovenska Psychologie* 62: 2-18.
- Jaworska-Andrzejewska P and Rybakowski JK (2018) Childhood adversity and clinical features of bipolar mood disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 20(2): 13-19.
- Jirasek I and Hurych E (2018) The perception of spiritual health differences between citizens and physicians in the Czech Republic. *Health Promotion International* 33(5): 858-866.
- Kascakova N, Furstova J, Solcova IP, et al. (2018) Psychometric analysis of the Czech version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) with the sociodemographic differences in traumatization of Czech adults. *Ceskoslovenska Psychologie* 62(3): 212-230.
- Kennedy P and Drebing CE (2002) Abuse and religious experience: A study of religiously committed evangelical adults. *Mental Health, Religion & Culture* 5(3): 225-237.
- Kirkpatrick LA (1992) An attachment-theory approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion* 2(1): 3-28.
- Kisiel CL and Lyons JS (2001) Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry* 158: 1034– 1039.
- Kluzova Kracmarova L, Dutkova K and Tavel, P (2019) Everybody needs to believe in something: Spiritual beliefs of non-religious Czech adolescents. *Psychology of Religion and Spirituality* 11(1): 65-73.
- Krendl AC and Freeman JB (2019) Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. *Journal of Mental Health* 28(3): 267-275.
- Lawson R, Drebing C, Berg G, et al. (1998) The long term impact of child abuse on religious behavior and spirituality in men. *Child Abuse & Neglect* 22(5): 369-380.
- Lewis CA, Maltby J and Day L (2005) Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences* 38(5): 1193-1202.
- Li XB, Bo QJ, Tian Q, et al. (2018) Impact of childhood trauma on sensory gating in patients with first-episode schizophrenia. *Bmc Psychiatry* 18.
- Lyndon AE, Crowe A, Wuensch KL, et al. (2019) College students' stigmatization of people with mental illness: familiarity, implicit person theory, and attribution. *Journal of Mental Health* 28(3): 255-259.
- Maaranen P, Tanskanen A, Honkalampi K, Haatainen K, Hintikka J and Viinamaki H (2005) Factors associated with pathological dissociation in the general population. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39: 387–394.
- Malinakova K, Trnka R, Sarnikova G, et al. (2018) Psychometric evaluation of the Daily Spiritual Experience Scale (DSES) in the Czech environment. *Ceskoslovenska Psychologie* 62: 100-113.

- Maltby LE and Hall TW (2012) Trauma, Attachment, and Spirituality: A Case Study. *Journal of Psychology and Theology* 40(4): 302-312.
- McConnell KM, Pargament KL, Ellison CG, et al. (2006) Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology* 62(12): 1469-1484.
- McCormick WH, Carroll TD, Sims BM, et al. (2017) Adverse childhood experiences, religious/spiritual struggles, and mental health symptoms: examination of mediation models. *Mental Health Religion & Culture* 20(10): 1042-1054.
- McDonald SW, Madigan S, Racine N, et al. (2019) Maternal adverse childhood experiences, mental health, and child behaviour at age 3: The all our families community cohort study. *Preventive Medicine* 118: 286-294.
- Mergler M, Driessen M, Havernann-Reinecke U, et al. (2018) Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 93: 57-63.
- Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR and Fergusson DM (1998) Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse and mental illness in a general population sample. *The American Journal of Psychiatry* 155: 806-811.
- Narayanasamy A (1999) ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. *Nurse Education Today* 19(4): 274-285.
- Nurasikin MS, Khatijah LA, Aini A, et al. (2013) Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *International Journal of Social Psychiatry* 59(4): 332-338.
- O'Connell KA and Skevington SM (2005) The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology* 10: 379-398.
- Obikane E, Shinozaki T, Takagi D, et al. (2018) Impact of childhood abuse on suicide-related behavior: Analysis using marginal structural models. *Journal of Affective Disorders* 234: 224-230.
- Pargament KI (2007) Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York, NY, US: Guilford Press.
- Pargament KI, Feuille M and Burdzy D (2011) The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions* 2(1): 51-76.
- Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, et al. (1998) Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology* 54(1): 77-89.
- Pedersen HF, Birkeland MH, Jensen JS, et al. (2018) What brings meaning to life in a highly secular society? A study on sources of meaning among Danes. *Scandinavian Journal of Psychology* 59(6): 678-690.
- Pfeifer S (1999) Demonic attributions in nondelusional disorders. *Psychopathology* 32(5): 252-259.
- Piedfort-Marin O (2019) The theory of the structural dissociation of the personality for the conceptualization and treatment of dissociative psychosis: Two case studies. *Annales Medico-Psychologiques* 177(8): 788-795.

- Pirutinsky S, Rosmarin DH, Pargament KI, et al. (2011) Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *Journal of Affective Disorders* 132(3): 401-405.
- Polskaya NA and Melnikova MA (2020) Dissociation, trauma and self-harm. *Konsultativnaya Psikhologiya I Psikhoterapiya-Counseling Psychology and Psychotherapy* 28(1): 25-48.
- Preston JL and Shin F (2017) Spiritual experiences evoke awe through the small self in both religious and non-religious individuals. *Journal of Experimental Social Psychology* 70: 212-221.
- Proctor MT, Cleary M, Kornhaber R, et al. (2019) Christians with chronic complex trauma and relationally focused spiritual difficulties: A conversational model perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health* 21(2): 77-110.
- Pugh M, Waller G and Esposito M (2018) Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child Abuse & Neglect* 86: 197-205.
- Rapsey CM, Scott KM and Patterson E (2019) Childhood sexual abuse, poly-victimization and internalizing disorders across adulthood and older age: Findings from a 25-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 244: 171-179.
- Rego F and Nunes R (2019) The interface between psychology and spirituality in palliative care. *Journal of Health Psychology* 24(3): 279-287.
- Reinert DF and Edwards CE (2009) Attachment Theory, Childhood Mistreatment, and Religiosity. *Psychology of Religion and Spirituality* 1(1): 25-34.
- Rosmarin DH, Pirutinsky S, Appel M, et al. (2018) Childhood sexual abuse, mental health, and religion across the Jewish community. *Child Abuse & Neglect* 81: 21-28.
- Ross LE, Hall IJ, Fairley TL, et al. (2008) Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 14(8): 931-938.
- Rowan K and Dwyer K (2015) Demonic possession and deliverance in the diaspora: phenomenological descriptions from Pentecostal deliverers. *Mental Health Religion & Culture* 18(6): 440-455.
- Rowatt WC and Kirkpatrick LA (2002) Two dimensions of attachment to god and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion* 41(4): 637-651.
- Sanders J, Hersherberger AR, Kolp HM, et al. (2018) PTSD Symptoms Mediate the Relationship Between Sexual Abuse and Substance Use Risk in Juvenile Justice-Involved Youth. *Child Maltreatment* 23(3): 226-233.
- Sar V and Ross C (2006) Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America* 29(1): 129-+.
- Schimmenti A (2018) The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation* 19(5): 552-571.
- Schuhmann C and Damen A (2018) Representing the Good: Pastoral Care in a Secular Age. *Pastoral Psychology* 67(4): 405-417.
- ansone RA, Kelley AR and Forbis JS (2013) Bullying in childhood and religious/spiritual status in

- adulthood among internal medicine outpatients. *International Journal of Social Psychiatry* 59(8): 739-744.
- Sethi D, Bellis MA, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. (2013). European Report on Preventing Child Maltreatment. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Song JM, Min JA, Huh HJ, et al. (2016) Types of childhood trauma and spirituality in adult patients with depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry* 69: 11-19.
- Sprober N, Schneider T, Rassenhofer M, et al. (2014) Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *Bmc Public Health* 14.
- Tailor K, Piotrowski C, Woodgate RL, et al. (2014) Child Sexual Abuse and Adult Religious Life: Challenges of Theory and Method. *Journal of Child Sexual Abuse* 23(8): 865-884.
- Tamayo T, Herder C and Rathmann W (2010) Impact of early psychosocial factors (childhood socioeconomic factors and adversities) on future risk of type 2 diabetes, metabolic disturbances and obesity: a systematic review. *Bmc Public Health* 10.
- Tang K, Qu XQ, Li CY, et al. (2018) Childhood sexual abuse, risky sexual behaviors and adverse reproductive health outcomes among Chinese college students. *Child Abuse & Neglect* 84: 123-130.
- Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, et al. (2006) Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine* 9(3): 646-657.
- Tomasiewicz AK, Matusiak F and Treger B (2016) The experience of trauma and the attachment perception: a comparison of hospitalized adolescents with untreated ones. *Psychoterapia* (2): 83-95.
- Van der Hart O and Horst R (1989) The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of traumatic stress* 2(4): 397-412.
- Van der Hart O, Nijenhuis ERs and Steele K (2007) The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.
- Van Nieuw Amerongen-Meeuse JC, Schaap-Jonker H, Westerbroek G, et al. (2020) Conversations and Beyond: Religious/Spiritual Care Needs Among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*.
- Ventriglio A, Bonfitto I, Ricci F, et al. (2018) Delusion, possession and religion. *Nordic Journal of Psychiatry* 72: S13-S15.
- Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, et al. (2018) Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine* 48(15): 2467-2476.
- Waldron JC, Scarpa A and Kim-Spoon J (2018) Religiosity and interpersonal problems explain individual differences in self esteem among young adults with child maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect* 80: 277-284.
- Walter T (2002) Spirituality in palliative care: opportunity or burden? *Palliative Medicine* 16(2): 133-139.
- Wilchek-Aviad Y and Malka M (2016) Religiosity, Meaning in Life and Suicidal Tendency Among Jews. *Journal of Religion & Health* 55(2): 480-494.

5 Associations between religious and spiritual struggles and illness

Anna Janu, Klara Malinakova, Alice Kosarkova, Peter Tavel

Abstract

Background. A number of studies have demonstrated a link between religious and spiritual struggles (R/S struggles) and health problems, however, so far mainly in the area of mental health. Thus, the purpose of this study was to examine the associations between R/S struggles and various illnesses, specifically arthritis, asthma, back pain, cancer, diabetes, stroke and depression.

Subjects and Methods. A nationally representative sample of Czech respondents aged fifteen and over ($n=1000$; $46,04 \pm 17,28$ years; 48,6% men) participated in the survey. We measured R/S struggles (Religious and Spiritual Struggles Scale, RSS), religious affiliation, self-rated health and basic socioeconomic information.

Results. In a multinomial logistic regression model, the highest associations of the whole RSS were found for depression with $OR=1.54$ (1.23-1.93). With the exception of the Demonic subscale, all RSS subscales were associated with at least five illnesses from the nine observed. RSS as a whole was most strongly associated with asthma, backpain, cancer and other illness.

Conclusion. Our study is the first to examine the associations between R/S struggles and more types of physical illness. The findings of this study confirm, that RSS are negative associated not only with mental but also with physical health.

Keywords: spirituality, religiosity, religious and spiritual struggles, illness

5.1 Introduction

A number of studies have pointed to potential benefits of religion and spirituality (R/S) regarding human health (Koenig, King and Carson, 2012). R/S can serve as a strong coping strategy (Freire, Moleiro, & Rosmarin, 2016) and can provide attachment security (Miner, Dowson, & Malone, 2014), social support and a source of meaning (Pieper, van Uden, & van der Valk, 2018). Furthermore, it was associated with better physical (Musick, Traphagan, Koenig, & Larson, 2000) and mental health (Nurasikin et al., 2013).

However, although R/S is usually depicted as a source of comfort, it can also cause tension in individuals' lives. Exline et al. (2014) described so-called religious and spiritual struggles (R/S

struggles) that can occur when some aspect of R/S belief, practice or experience become a source of negative thoughts or emotions, fears or conflicts (Exline, 2013) related to sacred matters. R/S struggles can take many forms. (Exline, Pargament, Grubbs, & Yali, 2014) categorizes six types of struggles: *Divine* and *demonic struggles* involve negative emotions or conflict centred on supernatural, *interpersonal struggles* deal with negative experiences with religious people or institutions, *moral struggles* contain hesitating about decisions, actions and life principles, *doubt struggles* include doubting about beliefs and religion and *meaning struggles* imply questions about deeper meaning and ultimate purpose of life. R/S struggles are considered a negative religious coping strategy with negative associations for physical and mental health (Dworsky, Pargament, Wong, & Exline, 2016). Therefore, for the same experience, two terms with the same meaning can be used: R/S struggles or negative religious coping (NRC) (Pirutinsky, Rosmarin, Pargament, & Midlarsky, 2011). A concept of R/S struggles is based on a 26-item scale (Exline et al., 2014) and has thus a wider and more detailed content. The concept of NRC is based on a Pargament's 7-item subscale of RCOPE questionnaire (K. Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011).

R/S struggles, resp. NRC, are abundantly used both by the ill (Thune-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, & Newman, 2011) and healthy people (Exline & Grubbs, 2011; Janu, Malinakova, Furstova, & Tavel, 2018). Furthermore, not only believers, but also some atheists have shown signs of spiritual struggles (Lindeman, Heywood, Riekk, & Makkonen, 2014). Research also shows that R/S struggles are more common among young people (Exline, Park, Smyth, & Carey, 2011; Fitchett et al., 2004; Janu, Malinakova, Kosarkova, Furstova, & Tavel), women (Hvidt, Mikkelsen, Zwisler, Tofte, & Hvidt, 2019), unmarried people (McConnell, Pargament, Ellison, & Flannelly, 2006) and people reporting poor social support (McConnell et al., 2006) and childhood trauma (Janu, Malinakova, Kosarkova, & Tavel, 2020). Previous studies have focused mainly on associations of R/S struggles with mental health and less with physical health. R/S struggles have been associated with poor emotional functioning and greater anger (Kent et al.), psychological distress and anxiety (Ellison & Lee, 2010), depressive symptoms, a lower life satisfaction (Abu-Raiya, Pargament, Krause, & Ironson, 2015; Hvidt et al., 2019; King et al., 2017; Paika et al., 2017; Zarzycka & Zietek, 2019) and with an increased mortality (K. I. Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2001).

In the last decade, researchers have been increasingly interested in exploring the associations between R/S struggles and specific illness like acute coronary syndrome (Magyar-Russell et al., 2014), cancer (Thune-Boyle et al., 2011), chronic pain (Exline, Krause, & Broer, 2016; Harris et al., 2018) and diabetes (Paika et al., 2017). However, to our best knowledge, there is no study that assess the interactions of R/S struggles with other illness. Thus, the aim of our study is to assess R/S struggles in associations with eight widespread chronic illness: arthritis, asthma, back pain, cancer, cardiovascular illness, depression, diabetes and stroke.

5.2 Methods

5.2.1 Participants and procedure

A national representative sample of the Czech population aged 15 and older was obtained using a two-step procedure. In the first step, the questionnaire and all further procedures were piloted

among 109 participants. This led to the final version of the survey. In the second step, another 1215 participants were randomly chosen with the help of quota sampling and asked to participate in a study on the problematics of health, life experiences and attitudes and lifestyle. Of these respondents, 215 (17.7%) refused to participate in the survey. Participants reported a lack of time (45.6%), a lack of interest or distrust in research in general (22.1%), the length and difficulty of the questionnaire (19.1%) and personal nature of the questions (4.4%) among the main reasons for refusal. Thus, the final sample consisted of 1000 respondents (mean age=46.04; SD=17.28 years; 48.6% men).

The data were collected by professionally trained administrators in November and December 2014 by means of a standardized interview with the respondents (face-to-face). Participation in the survey was anonymous and voluntary. The study design was approved by the Ethics Committee of the Olomouc University Social Health Institute, Palacky University Olomouc (No. 2014/04).

5.2.2 Measures

All instruments were available in the Czech language.

Religious and spiritual struggles were assessed using the Religious and Spiritual struggles scale (Exline et al., 2014), which had been validated in the Czech environment (Janu et al., 2018). Participants responded to the following question: “To what degree have you been struggling with the following questions over the last few months:” with response options for all items ranging from “not at all/does not apply” (1) to “to a great deal” (5). The whole scale is composed of 26 items divided into six subscales: Divine (e.g. “Felt angry at God”), Demonic (e.g. “Felt attacked by the devil or by evil spirits”), Interpersonal (e.g. “Felt angry at organised religion”), Moral (e.g. “Worried that my actions were morally or spiritually wrong”), Ultimate Meaning (e.g. “Felt as though my life had no deeper meaning”), and Doubt (e.g. “Felt troubled by doubts or questions about religion or spirituality”). The item scores on each subscale were averaged. Cronbach’s alpha for the whole scale has a high internal consistency, with $\alpha = 0.96$.

Religious affiliation was measured by the question: “Regardless of whether you attend church services, would you say that you are:” with response options “a believer” (1), “a non-believer” (2), “a convinced atheist” (3).

The items that evaluate *self-rated health* were formulated as follows: “Would you say that your whole health status is:” with possible answers: “excellent”, “very good”, “good”, “quite good” and “bad”. Responses were dichotomised so as “excellent”, “very good” and “good” were considered to be subjectively perceived good health and the options “quite good” and “bad” as poor.

Presence of a *chronic illness* was measured by the question: “Do you have a long-standing illness or disability? Please mark everything that applies to you”, with the following possibilities: arthritis, back pain, heart problems, asthma, cancer, depression or anxiety, diabetes, cerebrovascular accident/stroke, other (please, specify) or none of those.

Sociodemographic data were collected in the first part of the questionnaire and included issues related to gender, age, lifestyle, marital status, educational and economic activity.

5.2.3 Statistical analyses

First, we described the background characteristics of the sample. The distribution of the score of R/S struggles was evaluated by histograms, and its normality was verified by Shapiro-Wilk's normality test. Since the data did not meet the assumption of a normal distribution, a binary logistic regression was used for statistical analyses. We assessed the associations of five kinds of childhood trauma standardized to z-scores with the complete RSS as well as its six separated subscales. A binary logistic regression models were first assessed as crude and consequently adjusted for gender, age, socioeconomic status and educational level. Each of the independent variables was assessed in a separate model. All analyses were performed using the statistical software package IBM SPSS version 21.

5.3 Results

The background characteristics of the sample (n=1000; 46,04±17,28 years; 48,6% men) are presented in Table 5.1.

Table 5.1 Description of the study population, total and by religiosity.

	Total		Religious ^a		Non-religious	
	n	%	n	%	n	%
Gender						
Male	486	48.6	111	40.1	375	51.9
Female	514	51.4	166	59.9	348	48.1
Age						
15-29 years old	227	22.7	40	14.4	187	25.9
30-44 years old	258	25.8	67	24.2	191	26.4
45-59 years old	241	24.1	73	26.4	168	23.2
60-90 years old	274	27.4	97	35.0	177	24.5
Marital status						
Single/ Divorced/ Widow(er)	467	46.7	122	44.0	345	47.7
Married/ Partner relationship	533	53.3	155	56.0	378	52.3
Highest education achieved						
Elementary school	84	8.4	31	11.2	53	7.3
Secondary vocational school	326	32.6	86	31.0	240	33.2
Secondary school with graduation	435	43.5	120	43.3	315	43.6
College	155	15.5	40	14.4	115	15.9
Economic activity						
Employee	509	50.9	128	46.2	381	52.7
Self-employed	100	10.0	18	6.5	82	11.3
Household ^b / Unemployed	46	4.6	17	6.1	29	4.0
Student	101	10.1	19	6.9	82	11.3
Disabled/Old-age pensioner	242	24.2	93	33.6	149	20.6
Religious and spiritual struggle						
Divine	345	34.5	181	65.3	164	22.7
Demonic	238	23.8	121	43.7	117	16.2
Interpersonal	436	43.6	171	61.7	265	36.7
Moral	709	70.9	231	83.4	478	66.1
Ultimate Meaning	641	64.1	207	74.7	434	60.0
Doubt	397	39.7	175	63.2	222	30.7
Total	1000	100	277	27.7	723	72.3

Note: ^a independent of church attendance; ^b including maternity leave

Table 5.2 shows the results of the multinominal logistic regression adjusted for gender, age and education aimed at the association between R/S struggles with various illnesses. Assessing the whole RSS revealed that R/S struggles are significantly ($p < 0.01$ or $p < 0.001$) associated with all studied illness (arthritis, asthma, back pain, cancer, depression, diabetes, stroke and other illness) except cardiovascular illness. The strongest association was observed for cancer, where one SD

increase in R/S struggles was associated with 1.83 times higher odds ratios (ORs) (95% confidence interval 1.30-2.58) and depression, where one SD increase in R/S struggles was associated with 1.54 times higher odds ratios (ORs) (95% confidence interval 1.23-1.93). Furthermore, assessing each of the RSS subscales separately showed that all assessed kinds of R/S struggles were associated with depression, with the highest OR=1.85 (1.47-2.32) for the Meaning subscale. No significant results were found in associations of RSS subscales with cardiovascular illness, except for the Doubt subscale ($p<0.05$). Moreover, Doubt was the only subscale found to be associated with all kinds of assessed illnesses.

Table 5.2 Associations of religious/spiritual struggles (standardized to Z-scores) and physical illness: results of multinomial logistic regressions with the healthy respondents being the reference category, adjusted for age, gender and education, leading to odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95%CI).

	Arthritis	Asthma	Back pain	Cancer	Cardiovascular illness	Depression	Diabetes	Stroke/CMP	Other illness
RSS	1.37 (1.06-1.77)*	1.39 (1.10-1.75)**	1.28 (1.09-1.52)**	1.83 (1.30-2.58)**	1.23 (0.97-1.57)	1.54 (1.23-1.93)***	1.33 (1.07-1.66)*	1.70 (1.08-2.67)*	1.29 (1.12-1.50)**
Divine	1.22 (0.93-1.60)	1.32 (1.05-1.67)*	1.26 (1.07-1.48)**	1.78 (1.27-2.48)**	1.20 (0.94-1.52)	1.38 (1.09-1.73)**	1.35 (1.08-1.67)**	1.39 (0.84-2.29)	1.26 (1.09-1.46)**
Demonic	1.23 (0.95-1.60)	1.27 (1.01-1.58)*	1.17 (0.99-1.37)	1.44 (1.02-2.05)*	1.06 (0.82-1.37)	1.39 (1.12-1.72)**	1.19 (0.95-1.50)	1.31 (0.80-2.15)	1.19 (1.03-1.38)
Interpersonal	1.26 (0.98-1.63)	1.43 (1.15-1.78)**	1.20 (1.02-1.41)*	1.68 (1.20-2.36)**	1.13 (0.89-1.44)	1.33 (1.05-1.68)*	1.25 (1.01-1.56)*	1.70 (1.11-2.61)*	NA
Moral	1.41 (1.09-0.82)**	1.18 (0.92-1.51)	1.24 (1.06-1.46)**	1.23 (0.80-1.88)	1.19 (0.94-1.51)	1.46 (1.15-1.84)**	1.23 (0.99-1.54)	1.69 (1.04-2.74)*	1.25 (1.08-1.44)**
Doubt	1.37 (1.05-1.78)*	1.48 (1.19-1.86)**	1.29 (1.09-1.52)**	1.81 (1.26-2.58)**	1.30 (1.03-1.65)*	1.37 (1.08-1.75)*	1.41 (1.13-1.76)**	1.88 (1.21-2.94)**	1.34 (1.15-1.55)***
Meaning	1.35 (1.05-1.75)*	1.24 (0.97-1.58)	1.26 (1.07-1.48)**	2.15 (1.51-3.05)***	1.26 (1.00-1.59)	1.85 (1.47-2.32)***	1.20 (0.96-1.50)	1.52 (0.93-2.47)	1.25 (1.08-1.45)**

Notes: *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001; NA = not analyzed

5.4 Discussion

The aim of this study was to assess the possible links between R/S struggles (divine, demonic, interpersonal, moral, doubt and meaning) and chronic illnesses. We found strong associations of R/S struggles with depression and with physical illnesses, namely arthritis, asthma, back pain, cancer, diabetes, stroke and other kinds of chronic illnesses. All RSS subscales were associated with at least five illnesses from the nine observed except for the Demonic subscale, which was associated with only three illnesses. The strongest significant associations were observed in the Meaning subscale with cancer and depression.

Findings of this study clearly showed that the most frequent associations were identified between R/S struggles and depression. These findings are in line with conclusions of a number of other studies which aimed at showing the relation to depressive symptoms (Francis et al., 2019; Neimeyer & Burke, 2017; O'Brien et al., 2019; Sedlar et al., 2018; Thauvoye, Nijsten, & Dezutter, 2018) or depressive disorder (Currier et al., 2019). A possible interpretation can be that R/S struggles influence a person's stability and lead to a greater anxiety (O'Brien et al., 2019; Zarzycka, Sliwak, Krok, & Cizek, 2019). Moreover, religious discomfort reduces experience of hope (Zarzycka et al., 2019) and looking at R/S struggles in particular, we can find negative associations between meaning of life, one's concrete R/S struggle, and depression (Garcia-Alandete, Salvador, & Rodriguez, 2014; Hedayati & Khazaei, 2014). This could also be observed in other cases where an increased sense of meaning was associated with a recovery from a depressive episode (Braden, Overholser, Fisher, & Ridley, 2017). This interpretation can be further supported by the strong association found between depression and the Meaning subscale. Moreover, Moral items evoke feelings of guilt that can be viewed as a behavioural marker of a subtype of depression (Berrios et al., 1992) and these feelings, along with anxiety and loss of meaning, tend to be associated with the outbreak of depression (Shapiro, 1979). At the same time these associations can co-occur and influence each other.

In terms of physical illnesses, the most significant associations were found between R/S struggles and cancer, asthma and back pain. Regarding cancer many studies suggest that stress related psychosocial factors are associated with negative cancer outcomes (Chida, Hamer, Wardle, & Steptoe, 2008). Seen as a stress related factor, R/S struggles can contribute to the development of psychosomatic symptoms and potentially contribute to the development of cancer. On the other hand, cancer is often a long-term illness and the experience of strain and stress in connection to this illness can lead to an increase of R/S struggles. A similarly strong association was found between R/S struggles and asthma. The very few studies published on this topic mainly describe a poorer adjustment to hospitalisation in asthma patients (Benore, Pargament, & Pendleton, 2008) or in patients with breathing problems (Grossoehme et al., 2016) including a higher occurrence of depressive and anxiety symptoms (Piedmont & Village, 2013). The findings described by these authors have not confirmed any organic abnormality, and so the occurrence of asthma/breathing problems examined in the above-mentioned studies could, in the first place, be attributed to psychosomatics (Piedmont & Village, 2013). However, the analysis carried out as part of our research showed significant associations between R/S struggles and asthma in particular. None of

the previous research seems to have taken this particular perspective, which in this context makes our finding rather significant. Yet another strong association was identified between R/S struggles and back pain. The few available studies researching this topic (e.g. Harris et al., 2018, Exline et al., 2016) examined pain in rather general terms. They showed that spiritual distress was moderately related to pain and that people with R/S struggles experienced lower pain acceptance. We can claim that psychosomatics plays an important role in the context of people's emotional and spiritual distress, which can lead to depression as well as an accentuated experience of being in pain (Harris et al., 2018). In addition, people who believe in God or in a deity may sometimes blame this deity for their pain (Gray & Wegner, 2010) or, in response, experience anger towards the deity (Wood et al., 2010). Thus, their R/S struggles and increased pain can be co-related. Latest research proves that emotional distress may be transformed into physical symptoms (Exline, 2013) and may strengthen negative associations between R/S struggles and a current illness. In this study, we found that not only emotional but also spiritual distress can be negatively associated with physical health. Therefore, is not without interest that all the three illnesses (cancer, asthma and back pain) strongly associated with the Doubt subscale. (Thauvoye et al., 2018) showed that unresolved religious doubts increase the risk for depression and anxiety and lead to an increase in doubt struggles (Wilt, Pargament, & Exline, 2019). This can be interpreted as a kind of a cyclical process. When R/S struggles can be one of reasons for an illness, people accuse God to be responsible and perceive themselves as distant, punished and abandoned by God (Thune-Boyle et al., 2011). This perception of God is predictive of doubt about God's existence (Exline, Grubbs, & Homolka, 2015), intensifies the struggle and supports this negative cyclical process.

To sum up the above mentioned, it can be concluded that psychosomatics significantly affects the R/S struggles experience and causes tension on the emotion-psychosomatics-disease axis. However, these associations only participate on the facts that take place at the level of the spiritual dimension in the R/S struggles categories. Our results contribute to the understanding of the whole dynamics of bio-psycho-socio-spiritual associations.

5.4.1 Strengths and limitations

This study has several important strengths. The most important is being the large and representative sample. It is also one of the few study assessing links between R/S struggles and current illnesses and founding significant associations in this area. Especially cancer, which is the leading cause of death worldwide (Gomez-Mercado, Segura-Cardona, Pajaro-Cantillo, Mesa-Largo, & Cadavid-Gil, 2020; Siri & Salehiniya, 2020)

A limitation of this study is, that it is cross-sectional, thus it doesn't allow us to make decisive conclusion on the direction of causality. Our study should preferably be confirmed by studies with the longitudinal design. Moreover, we found strong associations between R/S struggles and illnesses including depression, but we don't know whether depression and anxiety predict an increase of R/S struggles as proposed by (Reynolds, Mrug, Hensler, Guion, & Madan-Swain, 2014; Wilt et al., 2019) or whether R/S struggles increase illness (Harris et al., 2018). Another limitation might be an information bias, as our data were based on self-reports, which can be influenced by social desirability. R/S struggles can be perceived as morally unacceptable by some respondents and might create additional strain.

5.4.2 Implications

Our results help to understand the mechanisms and factors influencing dynamics of development and associations between R/S struggles and illness and they have many important implications both for praxis and for further research. For many survivors, a dialogue around religiosity and physical or mental health may play an important role and our results underline this importance in the context of significant associations between R/S struggles and current illness. So, examining a boarder range of psycho-spiritual context would further strengthen the current understanding of how R/S struggles affect psychological well-being and may be important because they underscore the potential “dark site” of religiousness and spirituality for both physical and mental health. Our study can bring more light into etiopathogenesis of many illness and so it can facilitate the process of healing. The results can have implications for further research in holistic integrative approaches to management of lifestyle illness or chronic pain and in spirituality integrated care. Clearly, the reasons for these effects deserve far more attention in the future. It is need to explore and analyze longitudinal studies, that can help to understand better causality between R/S struggles and illness.

Acknowledgment:

This study was supported by the Grant Agency of the Czech Republic, project Biological and psychological aspects of spiritual experience and their associations with health (contract number 19-19526S), and by the Sts Cyril and Methodius Faculty of Theology of the Palacky University Olomouc internal project Psychological, Social and Biological Determinants of Health (grant number IGA-CMTF-2020-006).

Conflict of Interest: None to declare.

References

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Krause, N., & Ironson, G. (2015). Robust Links Between Religious/Spiritual Struggles, Psychological Distress, and Well-Being in a National Sample of American Adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 565-575. doi:10.1037/ort0000084
- Benore, E., Pargament, K. I., & Pendleton, S. (2008). An Initial Examination of Religious Coping in Children With Asthma. *International Journal for the Psychology of Religion*, 18(4), 267-290. doi:10.1080/10508610802229197
- Berrios, G. E., Bulbena, A., Bakshi, N., Dening, T. R., Jenaway, A., Markar, H., . . . Mitchell, S. L. (1992). Feelings of guilt in major depression - conceptual and psychometric aspects. *British Journal of Psychiatry*, 160, 781-787. doi:10.1192/bjp.160.6.781
- Braden, A., Overholser, J., Fisher, L., & Ridley, J. (2017). Life meaning is predictive of improved hopelessness and depression recovery in depressed veterans. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(8), 629-650.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8), 466-475. doi:10.1038/ncponc1134
- Chida, Y., Steptoe, A., & Powell, L. H. (2009). Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 78(2), 81-90. doi:10.1159/000190791
- Currier, J. M., Foster, J. D., Witvliet, C. V., Abernethy, A. D., Luna, L. M. R., Schnitker, S. A., . . . Carter, J. (2019). Spiritual struggles and mental health outcomes in a spiritually integrated inpatient program. *Journal of Affective Disorders*, 249, 127-135. doi:10.1016/j.jad.2019.02.012
- Dworsky, C. K. O., Pargament, K. I., Wong, S., & Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 258-265. doi:10.1016/j.jcbs.2016.10.002
- Ellison, C. G., & Lee, J. (2010). Spiritual Struggles and Psychological Distress: Is There a Dark Side of Religion? *Social Indicators Research*, 98(3), 501-517. doi:10.1007/s11205-009-9553-3
- Exline, J. J. (2013). Religious and spiritual struggles. In K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1: Context, theory, and research) (pp. 459 – 475). Washington, DC: American Psychological Association.
- Exline, J. J., & Grubbs, J. B. (2011). "If I tell others about my anger toward God, how will they respond?" Predictors, associated behaviors, and outcomes in an adult sample. *Journal of Psychology and Theology*, 39(4), 304-315.
- Exline, J. J., Grubbs, J. B., & Homolka, S. J. (2015). Seeing God as Cruel or Distant: Links with Divine Struggles Involving Anger, Doubt, and Fear of God's Disapproval. *International Journal for the Psychology of Religion*, 25(1), 29-41. doi:10.1080/10508619.2013.857255

- Exline, J. J., Krause, S. J., & Broer, K. A. (2016). Spiritual Struggle Among Patients Seeking Treatment for Chronic Headaches: Anger and Protest Behaviors Toward God. *Journal of Religion & Health*, 55(5), 1729-1747. doi:10.1007/s10943-016-0259-y
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and Initial Validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208-222. doi:10.1037/a0036465
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger Toward God: Social-Cognitive Predictors, Prevalence, and Links With Adjustment to Bereavement and Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129-148. doi:10.1037/a0021716
- Fitchett, G., Murphy, P. E., Kim, J., Gibbons, J. L., Cameron, J. R., & Davis, J. A. (2004). Religious struggle: Prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(2), 179-196. doi:10.2190/ucj9-dp4m-9c0x-835m
- Francis, B., Gill, J. S., Han, N. Y., Petrus, C. F., Azhar, F. L., Sabki, Z. A., . . . Sulaiman, A. H. (2019). Religious Coping, Religiosity, Depression and Anxiety among Medical Students in a Multi-Religious Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2). doi:10.3390/ijerph16020259
- Freire, J., Moleiro, C., & Rosmarin, D. H. (2016). Calling for Awareness and Knowledge: Perspectives on Religiosity, Spirituality and Mental Health in a Religious Sample from Portugal (a Mixed-Methods Study). *Open Theology*, 2(1), 681-699. doi:10.1515/opth-2016-0053
- Garcia-Alandete, J., Salvador, J. H. M., & Rodriguez, S. P. (2014). Predicting Role of the Meaning in Life on Depression, Hopelessness, and Suicide Risk among Borderline Personality Disorder Patients. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1545-1555. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-4.primi
- Gomez-Mercado, C., Segura-Cardona, A., Pajaro-Cantillo, D., Mesa-Largo, M., & Cadavid-Gil, M. (2020). Demographic factors associated with timely treatment in women with breast cancer, Antioquia. *Duazary*, 17(3), 25-33. doi:10.21676/2389783x.3318
- Gray, K., & Wegner, D. M. (2010). Blaming God for Our Pain: Human Suffering and the Divine Mind. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 7-16. doi:10.1177/1088868309350299
- Grossoehme, D. H., Szczesniak, R. D., Mrug, S., Dimitriou, S. M., Marshall, A., & McPhail, G. L. (2016). Adolescents' Spirituality and Cystic Fibrosis Airway Clearance Treatment Adherence: Examining Mediators. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(9), 1022-1032. doi:10.1093/jpepsy/jsw024
- Harris, J. I., Usset, T., Krause, L., Schill, D., Reuer, B., Donahue, R., & Park, C. L. (2018). Spiritual/Religious Distress Is Associated with Pain Catastrophizing and Interference in Veterans with Chronic Pain. *Pain Medicine*, 19(4), 757-763. doi:10.1093/pm/pnx225
- Hedayati, M. A. M., & Khazaei, M. A. M. (2014). An Investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope. In T. Bozkurt & M. Demirok (Eds.), *4th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance* (Vol. 114, pp. 598-601).

- Hvidt, N. C., Mikkelsen, T. B., Zwisler, A. D., Tofte, J. B., & Hvidt, E. A. (2019). Spiritual, religious, and existential concerns of cancer survivors in a secular country with focus on age, gender, and emotional challenges. *Supportive Care in Cancer*, 27(12), 4713-4721. doi:10.1007/s00520-019-04775-4
- Janu, A., Malinakova, K., Furstova, J., & Tavel, P. (2018). Psychometric evaluation of the Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) in the Czech environment. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62, 2-18.
- Janu, A., Malinakova, K., Kosarkova, A., Furstova, J., & Tavel, P. Psychometric evaluation of the Negative Religious Coping (NRC) Scale of the Brief RCOPE in the Czech environment. *Mental Health Religion & Culture*. doi:10.1080/13674676.2019.1597033
- Janu, A., Malinakova, K., Kosarkova, A., & Tavel, P. Associations of childhood trauma experiences with religious and spiritual struggles. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105320950793
- Kent, B. V., Stroope, S., Kanaya, A. M., Zhang, Y., Kandula, N. R., & Shields, A. E. Private religion/spirituality, self-rated health, and mental health among US South Asians. *Quality of Life Research*. doi:10.1007/s11136-019-02321-7
- King, S. D., Fitchett, G., Murphy, P. E., Pargament, K. I., Martin, P. J., Johnson, R. H., . . . Loggers, E. T. (2017). Spiritual or religious struggle in hematopoietic cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*, 26(2), 270-277. doi:10.1002/pon.4029
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press, New York.
- Lindeman, M., Heywood, B., Riekk, T., & Makkonen, T. (2014). Atheists Become Emotionally Aroused When Daring God to Do Terrible Things. *International Journal for the Psychology of Religion*, 24(2), 124-132. doi:10.1080/10508619.2013.771991
- Magyar-Russell, G., Brown, I. T., Edara, I. R., Smith, M. T., Marine, J. E., & Ziegelstein, R. C. (2014). In Search of Serenity: Religious Struggle Among Patients Hospitalized for Suspected Acute Coronary Syndrome. *Journal of Religion & Health*, 53(2), 562-578. doi:10.1007/s10943-013-9713-2
- McConnell, K. M., Pargament, K. L., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1469-1484. doi:10.1002/jclp.20325
- Miner, M., Dowson, M., & Malone, K. (2014). Attachment to God, Psychological Need Satisfaction, and Psychological Well-Being Among Christians. *Journal of Psychology and Theology*, 42(4), 326-342.
- Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 7(2), 73-86. doi:10.1023/a:1009523722920
- Neimeyer, R., & Burke, L. (2017). Spiritual Distress and Depression in Bereavement: A Meaning-Oriented Contribution. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 38-59. doi:10.1007/s10942-017-0262-6

- Nurasikin, M. S., Khatijah, L. A., Aini, A., Ramli, M., Aida, S. A., Zainal, N. Z., & Ng, C. G. (2013). Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), 332-338. doi:10.1177/0020764012437127
- O'Brien, B., Shrestha, S., Stanley, M. A., Pargament, K. I., Cummings, J., Kunik, M. E., . . . Amspoker, A. B. (2019). Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 54-59. doi:10.1002/gps.4983
- Paika, V., Andreoulakis, E., Ntountoulaki, E., Papaioannou, D., Kotsis, K., Siafaka, V., . . . Grp, A.-D. S. (2017). The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument: psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of General Psychiatry*, 16. doi:10.1186/s12991-017-0136-4
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2(1), 51-76. doi:10.3390/rel2010051
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients - A 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1881-1885. doi:10.1001/archinte.161.15.1881
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., Magyar, G. M., & Ano, G. G. (2005). Spiritual Struggles: A Phenomenon of Interest to Psychology and Religion. In W. R. Miller & H. D. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change* (p. 245–268). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10859-013>
- Piedmont, R. L., & Village, A. (2013). Spiritual struggles, health-related quality of life, and mental health outcomes in urban adolescents with asthma. In R. L. Piedmont & A. Village (Eds.), *Research in the Social Scientific Study of Religion, Vol 24* (Vol. 24, pp. 259-280).
- Pieper, J. Z. T., van Uden, M. H. F., & van der Valk, L. (2018). Praying as a Form of Religious Coping in Dutch Highly Educated Muslim Women of Moroccan Descent. *Archive for the Psychology of Religion-Archiv Fur Religionspsychologie*, 40(2-3), 141-162. doi:10.1163/15736121-12341352
- Pirutinsky, S., Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Midlarsky, E. (2011). Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *Journal of Affective Disorders*, 132(3), 401-405. doi:10.1016/j.jad.2011.03.015
- Reynolds, N., Mrug, S., Hensler, M., Guion, K., & Madan-Swain, A. (2014). Spiritual Coping and Adjustment in Adolescents With Chronic Illness: A 2-Year Prospective Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(5), 542-551. doi:10.1093/jpepsy/jsu011
- Sedlar, A. E., Stauner, N., Pargament, K. I., Exline, J. J., Grubbs, J. B., & Bradley, D. F. (2018). Spiritual Struggles among Atheists: Links to Psychological Distress and Well-Being. *Religions*, 9(8). doi:10.3390/rel9080242
- Shapiro, M. B. (1979). Relation of guilt and other feelings to the diagnosis of depression. *British Journal of Medical Psychology*, 52(JUN), 123-132. doi:10.1111/j.2044-8341.1979.tb02503.x

- Siri, F. H., & Salehiniya, H. (2020). Pancreatic Cancer in Iran: an Epidemiological Review. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 51(2), 418-424. doi:10.1007/s12029-019-00279-w
- Thauvoye, E., Nijsten, E., & Dezutter, J. (2018). Religious Doubt, Depressive Symptoms, and Rumination at an Advanced Age A Longitudinal Study in Residential Care Settings. *Archive for the Psychology of Religion-Archiv Fur Religionspsychologie*, 40(2-3), 287-306. doi:10.1163/15736121-12341355
- Thune-Boyle, I. C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 20(7), 771-782. doi:10.1002/pon.1784
- Wilt, J. A., Pargament, K. I., & Exline, J. J. (2019). The Transformative Power of the Sacred: Social, Personality, and Religious/Spiritual Antecedents and Consequents of Sacred Moments During a Religious/Spiritual Struggle. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11(3), 233-246. doi:10.1037/rel0000176
- Wood, B. T., Worthington, E. L., Exline, J. J., Yali, A. M., Aten, J. D., & McMinn, M. R. (2010). Development, Refinement, and Psychometric Properties of the Attitudes Toward God Scale (ATGS-9). *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(3), 148-167. doi:10.1037/a0018753
- Zarzycka, B., Sliwak, J., Krok, D., & Ciszek, P. (2019). Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1829-1835. doi:10.1002/pon.5155
- Zarzycka, B., & Zietek, P. (2019). Spiritual Growth or Decline and Meaning-Making as Mediators of Anxiety and Satisfaction with Life During Religious Struggle. *Journal of Religion & Health*, 58(4), 1072-1086. doi:10.1007/s10943-018-0598-y

6 Rozlišování duchovních démonických zápasů od psychických poruch a nemocí se stejnou symptomatologií: osobní případová studie

Abstrakt

Cílem naší studie bylo zmapovat zvláštní projevy participantky připisované vlivu duchovního démonického působení a posedlosti a odlišit je od stejných či podobných symptomů psychických poruch či nemocí. Snažili jsme se prozkoumat, jaký význam v těchto zápasech mohly mít dřívější životní události. Ukázalo se, že pro vznik duchovních démonických zápasů nevíce znamenaly být nepřímo zkušenosti traumatu v dětství (psycho-sociální rovina) a osobní otevření se magii a okultním praktikám (duchovní rovina). V textu srovnáváme možnosti záměny projevů těchto démonických zápasů s psychickými poruchami či nemocemi.

Klíčová slova: duchovní zápasy, démonické duchovní zápasy, posedlost, exorcismus, psychická porucha, nemoc

6.1 Úvod

Duchovní rozměr života člověka je vedle jeho biologické, psychologické a sociální roviny důležitou součástí celé lidské osobnosti. Svědčí o tom jak zkušenosti z historie lidstva (např. víra v posmrtný život) tak trend současné doby, který s sebou nese velký zájem o transcendentální poznávání skrze praktikování nejrozličnějších náboženství, filosofii a duchovních aktivit (meditace, věštění, ...) (Chattopadhyay et al., 2020; McGraw, 2016). Existují mnohé studie potvrzující, že religiozita a spiritualita mohou fungovat jako tzv. pozitivní náboženský coping, který může například mírnit úzkost (Eliassen et al., 2005). Pargament například ukazuje, že víra v milujícího Boha je spojována s lepším mentálním zdravím (2002). Celkově můžeme říct, že tento pozitivní náboženský coping, vnímaný jako protektivní faktor, má kladný vliv na kvalitu lidského života. Mnohé studie se však zabývají také tzv. negativním náboženským copingem s opačným účinkem na fyzické i mentální zdraví člověka (Franklin, 2016; King et al., 2017; Rosmarin et al., 2009). Pargament et al. (2000) do položek škály negativního náboženského copingu zahrnuli zkušenosti nepříjemného vztahu k Bohu, ke společenství náboženské či duchovní komunity, pocity viny a připisování vývoje událostí d'áblu (např. „Vyhodnotila jsem, že to způsobil d'ábel.“) Julie Exline validizovala jako nástroj pro měření negativní náboženské zkušenosti tzv. Škálu duchovních

a náboženských zápasů (Exline et al., 2014), které se týkají šesti oblastí duchovního života, konkrétně nedobrého vztahu k Bohu, který může být vnímán jako vzdálený, trestající; vnímání démonů a připisování jim útoků nebo problémů, se kterými se člověk musí vypořádávat; interpersonální duchovní boje zahrnující špatné zkušenosti s lidmi z duchovní komunity, konflikty a pocity naštvanosti nebo zranění; morální duchovní zápasy znamenající výčitky v morální oblasti; další kategorie se týkají se napětí v souvislosti se smyslem života; a jako poslední pochyby o víře, náboženství a duchovních otázkách (Exline et al., 2014). Oba výše zmíněné měřicí nástroje byly validizovány pro Českou republiku (Janu et al., 2018; Janu et al., 2019).

Celé téma démonických duchovních zápasů vychází z víry v nadpřirozenou d'ábelskou moc a je součástí víry mnoha náboženství po celém světě (Norenzayan and Shariff, 2008). Lze do něj zařadit i zkušenost posedlosti zlým duchem, taktéž považovanou za celosvětový fenomén (Hecker et al., 2015). Věnují se mu studie z křesťanského katolického (Csordas, 2019) a protestantského prostředí (Pfeifer, 1994), muslimských komunit (Cheng, 2017) nebo z hinduismu (Khan and Sahni, 2013) a to jak v Evropě (Pfeifer, 1994; Csordas, 2019), v Asii (Hale and Pinninti, 1994; Guenedi et al., 2009), Africe (Hale, 2010), Austrálii (Cheng, 2017), tak Americe (Ross, Schroeder & Ness, 2013). Do povědomí současného evropského světa znovu přivedli téma posedlosti a exorcismu hororové filmy *Exorcista* (1973), *Posedlost* (1981), *Poslední vymítač d'ábla* (2010) a další (Giordan and Possamai, 2016), které daly posedlosti a exorcismu jistou konotaci děsu, strašidelnosti, okultnosti a temnoty.

Téma démonické posedlosti není cizí psychologii ani psychiatrii. Démonickou posedi a působením duchů se zabýval už Sigmund Freud (Freud et al., 1955). Podle něj jsou náboženské víry klamné, považoval je za bludy a postavu d'ábla za výsledek psychologické represe (Freud et al., 1962), za deriváty potlačených impulzů a případy démonické posede označoval jako paralelu dnešních neuróz (1961). Jedním z typických projevů posedlosti je tzv. glosolálie, schopnost mluvit cizím jazykem. Jung uvádí, že glosolálie nemá co do činění se zlým duchem. Jde podle něj o hypermnézii, čili stav zvýšené paměti na věci, které člověk už dávno zapomněl, a které byly přivedeny zpět do mysli v disociovaném nebo transovém stavu (Jung et al., 1966). Dnes je posedlost zařazena v MKN-10 (2018) mezi disociativní (konverzní) poruchy (F44), jejichž společným znakem jsou „částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědomování si vlastní identity a bezprostředních pocitů a ovládání tělesných pohybů.“ Do podkategorie Trans a posedlost (F44.3) spadají „poruchy, kde je dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného uvědomování okolí. Patří sem pouze transové stavy, které jsou mimovolní nebo nechtěné, vyskytující se mimo nábožensky nebo kulturně akceptované situace.“

Merced nabízí pro pochopení „posedlosti“ tzv. biopsychosociální model (2018), na kterém ukazuje možnost přirozeného vysvětlení paranormálních jevů v rovině biologické, psychologické, nebo sociální. Za biologickými spouštěči, které by mohly naznačovat stav posedlosti, Merced vidí například epileptické záchvaty spojené s bizarní mluvou, či chováním; užívání psychofarmak zvláště psychedelických látek s halucinogenními vlastnostmi jako např. psylocibin a LSD; nebo užívání návykových látek např. marihuany a s tím spojené paranormální zážitky; dále stavy anoxie nebo hypoxie, které mohou vyvolat stavy halucinace; hypoglikémii s paralýzou svalů, třesem, nebo změnou osobnosti; a také mozkové léze. Že stavy posedlosti mohou vyplývat z různých postižení centrálního nervového systému a mít souvislost s mozkovými lézemi v bazálních gangliích

a frontoparietálních lalocích potvrdil ve svém výzkumu i Basu et al. (2002). Mezi psychologické faktory nabízející vysvětlení posedlosti mohou patřit nejrozličnější stresové situace; záměrné klamání a z nejrozličnějších důvodů předstírání problému se zlými duchy; magické myšlení jako nezralý způsob uvažování; zvýšená míra víry v paranormální zážitky; halucinace; různé psychotické poruchy např. schizotypální porucha osobnosti, vnímání neobvyklých zážitků, sociální úzkost, schizofrenie, poruchy spojené s prožitkem traumatu – panické ataky, úzkostná separace, mimotělní zážitky (Merced, 2018). Dále to mohou být deprese, úzkosti, mánie, obsedantně-kompulzivní poruchy, Tourettův syndrom, epilepsie, delirium, posttraumatická stresová porucha nebo disociativní porucha identity (Khan & Sahni, 2013). Za sociokulturní faktor považuje Merced (2018) např. intenzitu vnímání paranormálních skutečností, která běžně vlivem kognitivní zralosti od dětství k dospělosti klesá. V různých kulturách však může být silně zakořeněn postoj, který připisuje běžné psychické stavy zlým silám, a tak nekriticky živí představy, které by mohly mít přirozené lékařské vysvětlení.

Francouzský neurolog a neuropsychiatr Jean Lhermitte byl snad prvním psychiatrem, který začal rozlišovat mezi posedlostí jako duchovním stavem s apsygiatrickou povahou (Drouin et al., 2017) a tzv. „falešnou posedlostí“, jejíž symptomy vykazují jistou podobnost s duchovním stavem posedlosti, ale jejíž příčina je psychiatrická, dnes popsána se svými symptomy v MKN-10 (viz výše). Lhermitte svým zájmem o hledání hranic mezi psychiatrií a teologií vstupuje na tenký led, „nikdy však neopouští svoji přísnou disciplínu ani neuropsychiatrické hledisko“ (De Greeff, 1957). Postupně odkrývá některé případy, které byly mylně označeny jako duchovní posedlost. V jejich anamnéze shodně nachází, podobně jak už dříve naznačil například Freud, prvek traumatu v dětství, především sexuálního (Drouin et al., 2017). Jiné případy hodnotí jako symptomy psychiatrických onemocnění. Tak se za jeho nemalého přispění a s dalším rozvojem psychiatrie postupně objasňuje mnoho dalších „případů posedlosti“.

Změny vědomí, třes, mluvení cizím hlasem, pocit držení silou zvenčí, podivné sny, slyšení hlasů jsou podle DSM-IV (APA, 2013) kritéria pro disociativní poruchu, poruchu tranzu a posedlosti (van Duijl et al., 2013), stejně tak to ale mohou být i příznaky pro duchovní posedlost. Podle Bentalla (2014) mnohé neobvyklé fenomény včetně sluchových nebo vizuálních halucinací náleží do neklinické populace. Mnoho lidí nedokáže přes upřímnou snahu rozeznat, kde je kořen jejich problémů a co skutečně potřebují, zda lékařskou pomoc, nebo zásah duchovní autority (Illueca, 2018). Psychiatrické a spirituální projevy se přitom ještě mohou prolínat a překrývat, a určení správné diagnózy může být mnohdy velmi náročné (Illueca, 2018). Ještě náročnějším se stává, pokud se v anamnéze postiženého objeví prožitek traumatu. Ten podle mnohých studií silně asociuje se zážitky se zlými duchy (Hecker et al., 2015). Nesprávná diagnóza nemoci, či posedlosti a následná intervence pak může mít vážné důsledky (Illueca, 2018), jako tomu bylo např. v tragickém příběhu německé dívky Anneliese Michel. Náboženství a psychiatrie představují dva různé přístupy k vysvětlení neznámého, dva různé způsoby léčení a nabídky pomoci (Ventriglio et al., 2018). Přes mnohé psychiatrické nemoci, které mají stejné symptomy s duchovní posedlostí Neslosn a Koetke považují zkušenost s démony za silný fenomén se svou vlastní strukturou (2018), přestože se poseze může jevit jako podobná organickým zdravotním problémům (Iotchev & van Schie, 2017). Zájmem naší případové studie je úhel pohledu, který jsme ukotvili v tradici a praxi

římsko-katolické církve. Pro snadnější orientaci a pochopení dalšího textu uvádíme pojmový a významový vhléd do této problematiky v kontextu římsko-katolické církve.

V římsko-katolické církvi je démon vnímán jako výhradně negativní postava (Giordan & Possamai, 2016). Jeho působení může být buď běžné, čili jakékoliv pokušení k hříchu, nebo mimořádné, které znamená, že se ve zvláštních případech může dostat do člověka, zabírat a nekontrolovaně ovládat jeho tělo (Giordan and Possamai, 2018), dotýčný se tak stává posedlým. Tato definice naznačuje, že posedlost má hmatatelný a pozorovatelný „fyziologický“ projev zapříčiněný vmíšenou entitou (Rodewyk, 1975). Démoni se do člověka mohou dostat různým způsobem např. skrze esoterické rituály, návštěvy mágů, jasnovidců (Giordan & Possamai, 2018), provozováním okultních praktik, skrze kletby, čarodějnictví, sexuální zvrácenosti, skrze zranění spojené s traumatem z dětství, nebo i skrze osobní zalíbení v těžkém hříchu (Csordas, 1994). Účinnou pomocí pak může být pro takovou situaci právě exorcismus, který má napomoci jako léčebná technika proti zlým duchům, kteří převzali vládu nad posedlou osobou (Sluhovsky, 2007). Z křesťanského pohledu je exorcismus modlitba, ve které církev prosí ve jménu Ježíše Krista, aby byla některá osoba, příp. předmět, chráněn proti vlivu zlého ducha, nebo vymaněna z jeho poroby. Může se ho modlit pouze biskupem pověřený kněz (KKC, čl. 1673). V dnešní době, na rozdíl od dřívější historie, by měl být exorcista zkušený a vyškolený (Giordan & Possamai, 2018), schopný rozeznat, zda jsou problémy na bázi psychické či duchovní (Innamorati et al., 2019). Kvůli důležité správnosti rozhodnutí má spolupracovat s multidisciplinární skupinou odborníků (psychologové, sociální pracovníci, psychiatři, psychoterapeuti apod.) a konečně rozhodnutí dělat ve spolupráci s nimi (Illueca, 2018).

Psychiatrie dlouho ignorovala duchovní a náboženský rozměr zdraví či nemoci, zatímco náboženství ovlivňovalo léčbu duševních poruch tím, že je např. připisovalo zlému duchu a předepisovalo jako léčbu exorcismus (Jakovljevic, 2017). Dnes dobře víme, že je důležité léčit člověka v jeho celistvosti a ve všech rozměrech jeho osoby (Betty, 2005). Naším úmyslem není dokázat nebo vyvrátit existenci zlých duchů, ani analyzovat pravdivost teologických tvrzení, spíše nás zajímají konkrétní duchovní zkušenosti prožívané v kontextu římsko-katolické církve. Tato studie si klade za cíl prozkoumat, jaký význam mohou mít v prožívání duchovních démonických zápasů konkrétní životní události. Chce také vnést více světla do psycho-spirituální praxe pro lepší rozlišování mezi duchovní posedlostí a psychickou poruchou či nemocí, zvláště u případů, které vykazují stejné nebo podobné symptomy, aby bylo možné na ně lépe reagovat a přijmout odpovídající opatření.

6.2 Metodologie

Naše osobní případová studie (Hendl, 2012) vychází ze zkušenosti 45-ti leté podnikatelky Jany, která nás poprvé kontaktovala v roce 2017 kvůli „zvláštním věcem, které se jí dějí.“ V textu je namísto jejího jména použit pseudonym, podobně jsou pozměněny také další osobní informace, které by mohly ohrozit její anonymitu. Data, se kterými pracujeme, vycházejí z různých informačních zdrojů. Jednak ze zkušeností více jak tříletého setkávání při modlitbách exorcismu, probíhajících s frekvencí jedenkrát měsíčně. Dále ze zápisů z těchto setkání, pozorování a postřehů dalších zúčastněných, kteří jsou modlitby přítomni a z dokumentací psychologických

vyšetření. Další důležitou metodou získávání dat je téměř dvouhodinový nestrukturovaný kvalitativní rozhovor, o kterém byl pořízen kompletní audiozáznam a následná transkripce. Pro zpracování dat byl použit přístup interpretativní fenomenologické analýzy (Řiháček et al., 1978), který nejlépe odpovídá zaměření na osobní zkušenost a hledání porozumění, co tato zkušenost pro jedince znamená.

Validita studie byla významně podpořena triangulací, dále možností dlouhodobého kontaktu s participantkou, diskuzí nad výsledky s kolegy a používáním přímých citací ve studii. Na závěr proběhla komunikativní validizace výsledků tím způsobem, že zkrácená verze studie byla předložena ke konečnému vyjádření participantce.

Modlitby exorcismu probíhají pod přísahou mlčenlivosti všech přítomných. Tento slib mlčenlivost nebyl porušen. Před započítím sběru dat jsme si vyžádali jak od participantky, tak od církevních autorit souhlas ke zpracování a sdílení těchto informací, samozřejmě bez uvedení osobních údajů. Před započítím nestrukturovaného kvalitativního rozhovoru poskytla participantka informovaný souhlas. V rámci ošetření emočního bezpečí jí byla nabídnuta možnost dodatečných telefonních rozhovorů, které několikrát využila.

6.3 Případová studie

Jana se narodila v tradiční křesťanské rodině, kde praktikování víry byla spíše formální záležitost. „*Matka byla alkoholička, otec fungoval, ale často z problémů utíkal*“ měla jednu sestru. Blízký vztah měla k babičce, která ji vedla k Bohu a učila modlit se. „*S babičkou to byl takový ten živý vztah s Bohem, četli jsme z Bible, brzo jsem se modlila s babičkou růženec*“ vzpomíná Jana. Na své rodiče má i hezké vzpomínky, mnoho je ale právě těch bolestných. Matka byla často napitá, „*některá období i dennodenně a hodně mě fyzicky trestala, pak tam bylo i psychické týrání*“ jako urážky, nadávání a ponižování, které bylo pro Janu horší, než bití. Velkou míru stresu potvrdil v jedenácti letech nález vředů na dvanácterníku. V tomto období připadala celá situace Janě tak nezvladatelná, že se rozhodla spáchat sebevraždu spolkáním léků. „*Pak jsem chtěla zabít mámu, protože už jsem to nemohla vydržet a byla jsem sama.*“ Našla ale velkou důvěru v modlitbu a právě modlitbou chtěla dosáhnout toho, „*aby máma nepila. A ona stejně pila dál.*“ Pro Janu tak skončil ve třinácti letech její náboženský život velkým osobním zklamáním. „*Pro mě to byl stop!*“ I když ne tak zcela, protože, sice formálně, ale růženec se modlila každý den dál až do svých osmnácti let a „*nebyl večer, než bych šla spát, abych se nepomodlila Otče náš, Zdrávas a Sláva.*“ V osmnácti letech se Jana provdala, brzy počali s manželem syna a její velkou snahou bylo být mu dobrou matkou. Chtěla udělat vše pro to, aby předešla sebemenšímu pocitu strádání svého dítěte, který si sama musela v tak intenzivní míře prožít. Brzy zjistila, že její nároky na sama sebe jsou nesplnitelné. Ještě nastěhování tchýně do jejich bytu a „*celé manželství se stalo naprostým fiaskem,*“ ztroskotalo v jejich čtyřiaadvaceti letech. „*Docházelo k poměrně drsnému fyzickému týrání od manžela,*“ a psychickému týrání od tchýně. „*Měla jsem vymezené, kdy mohu být v kuchyni a připravit malému jídlo. Pak jsem se tam nesměla zdržovat. Pořád se mi nadávalo, musela jsem odevzdávat veškeré peníze, které jsem měla. Vánoce si například pamatuji, Štědrý den, kdy mě dali do pokoje a malému řekli, že hlídám Ježíška, nesměla jsem s nimi ani jíst... Manžel mi řekl, že jestli budu chtít syna, tak že někomu zaplatí deset tisíc, ať mě zajede a řekne, že jsem byla psychicky*

labilní a skočila pod auto. “ Přes úplné psychické odrovnání se ale jednoho dne Jana dokázala proti tomu všemu postavit. Odešla se svým synem a začala nový život. Nastoupila do realitní kanceláře a o dva roky později začala sama podnikat, dařilo se jí a v krátké době si vybudovala dobře prosperující firmu. Hlavním smyslem a cílem jejího života se staly peníze a budování moci. „*Měla jsem v té době tolik peněz, že jsem vlastně ani nevěděla pořádně co s nimi.*“ V té době za sebou už měla mnohá sezení u několika psychologů a psychoterapeutů, protože si byla vědoma velkých zranění z dětství, se kterými se chtěla vypořádat. Asi po osmi letech podnikání Jana začala cítit prázdnotu a uvědomila si „*k čemu vlastně ty peníze jsou, když jsem nějaká jakási nešťastná. Napadlo mě, že musím asi to prázdno zaplnit a narazila jsem na anděle.*“ Od hledání zkušeností s anděly se po malých krůčcích dostala až k čarodějnictví a okultismu, prošla mnoha zasvěcovacími rituály jak kvůli sobě, tak kvůli firmě. V duchovním životě se na první pohled nedělo nic zvláštního kromě toho, že se začala vyhýbat posvátným místům a předmětům, časem nemohla vstoupit do kostela, rostla v ní nenávist vůči Církvi. Tomu ale nevěnovala zvláštní pozornost a spíše se podobným místům vyhýbala. Všechno nabíralo rychlé obrátky až do dne křtu jejího synovce. Potkala se zde s knězem a zaujala postoj, kterým často dávala najevo svoje opovrhování. „*Snažila jsem se mu tím svým arogantním způsobem ukázat, jak všechno vidí špatně, vlastně jsem ho litovala. Takovej hezkej chlap, tak fakt jsem tomu nerozuměla. Co toto je za svět? Pak mě prostě přestal bavit, protože se vůbec nedal vytočit. Vždy odpovídal s úsměvem, což mě strašně iritovalo...*“ Než ale ze slavnosti odešel, Jana mu spíš ironicky než vážně řekla o požehnání. Poté, co jí ho dal, reagovala koketně: „*Tak to nedělej, to neodflákávej. Dej nade mě ty ruce a neodfákávej to, pane faráři!*“ On se usmál, dal nade mě ruce, ale co on říkal, já nevím. Ale vím, že mně naběhla husí kůže, že jsem začala plakat a najednou vevnitř pokoj. Takový pokoj, jaký jsem do té doby v životě nezažila a touha být dobrá. Chci být dobrá.“ Od té doby Jana netoužila po ničem víc, než právě po tomto pokoji. A když asi po čtyřiceti dnech pokoj zmizel, tentokrát už sama vyhledala kněze, aby ho poprosila o zpověď a začala nový život. „*Já jsem pak přišla o ten pokoj... Jenom jsem věděla, že mi ho může dát Bůh. To jsem moc dobře věděla.*“ Za krátkou dobu nato se Jana účastnila mše s modlitbou za uzdravení její maminky, kterou čekala vážná operace. „*Najednou jsem si všimla, že něco mi začalo dělat s rukama a ... začaly mi třepat ty ruce, tak jsem hledala pohledem tátu. Ten se na mě podíval a se mnou už začalo jaksi házet... pak mi řekl, že jsem byla jak kámen... a to jsem věděla, že je něco špatně, že je něco hodně špatně.*“ Po další konzultaci s knězem Jana vyhledala exorcistu, kterého navštěvuje dodnes. Dojmy z prvního setkání shrnuje takto: „*Měla jsem z otce exorcisty strach. Byl mi strašně nesympatický, věděla jsem, že on mě nesnáší, že nechce, abych sem chodila, ale že to musí udělat, protože to je jeho práce. Myslela jsem si taky, že sem vůbec nepatřím.*“ V té době Jana víru v d'ábla považovala ještě za „středověkou záležitost.“

Dnes Jana chodí na modlitby exorcismu pravidelně jednou měsíčně. Po prvních měsících přišlo období, kdy „se začala třepat nekontrolovatelně, skoro dennodenně“ a prožívala „opravdu hodně těžké stavy... Je to zvláštní věc, ale vy si to potom ani nepamatujete. Nedokážete si vzpomenout přesně, ani co jste mluvila, natož co jste dělala.“ Prožívala pocity obrovské nenávisti vůči Bohu, vůči všem lidem. A když se v tu chvíli chtěla modlit, aby se jí ulevilo, „tak prostě jste šel do takových těch, kde vás to hodilo na zem, anebo jste řval a nějak se válel po té zemi.“ Útoky měly různou podobu, Jana si z nich mnoho nepamatuje, některé informace má od blízkých. Janě byly vnitřně podsouvány nutkavé myšlenky, že sebevražda všechno vyřeší. Když zmizely, přišly

další o psychické nemoci a silná potřeba „být někde zavřená a pod léky, pak bude všechno dobře.“ V takových situacích „vám ani nejde vyslovit jméno Ježíš. Úplně zapomenete, kdo to je, nebo co s ním máte vlastně společného. Všechny věci, kterými se obklopuji, musí jít pryč, ať je to kříž, Bible, obrázky, růženec... Se modlíte a dostanete takovou zuřivost, že chcete ten růženec hodit o zeď. Na některé modlitby, které se modlíte dennodenně, si nemůžete vzpomenout.“

Samotné modlitby exorcismu jsou náročné jak pro Janu, tak pro exorcistu a modlitební tým. Jana zkušenosti modlitby popisuje jako „*dva protipóly. Na jedné straně neomezená důvěra, že prostě vím, že se mi pomáhá, že to chci, důvěra, kterou by nic nenarušilo a na druhou stranu opravdu kontra, odpor, hnus, prostě ubližují mi, zblázním se.*“ Během modlitby Jana upadá do změněných stavů vědomí a moc si z ní nepamatuje. „*Vím, že se vometám, že křičím, ale proč, kde...? Kolikrát jsem překvapená, že se tam jako nějak se tam po mně válíte, nebo že jsem celá taková jakási rozčepýřená...*“

Přes náročnou zkušenost v duchovní oblasti je Jana schopna řídit firmu, které „*se v posledních měsících začíná dost dařit.*“ Sociální vztahy jak v rodině, tak s blízkými a spolupracovníky jsou velmi dobré. Jana nemá v rodinné anamnéze žádnou psychickou nemoc nebo poruchu. Jedinou výjimkou je matka, které byla diagnostikována deprese a závislost na alkoholu. V současnosti již dvanáct let úspěšně abstínuje, je však závislá na antidepresivech. Janě byla diagnostikována také poporodní deprese a laktální psychóza, obojí ale zmizelo „*když spláchla prášky do záchodu*“ a odešla se synem od manžela a tchýně. V průběhu návštěv exorcisty navštívila ještě dvakrát klinického psychologa, aby se vyloučilo, že je psychicky nemocná. Výsledná zpráva byla „*bez psychotické symptomatologie*“ s doporučením „*pokračovat v modlitbách exorcismu, které jsou pro Janu přínosné a další dlouhodobé duchovní doprovázení knězem, který bude blízký i lidsky, nejen profesně.*“

6.4 Analýza textu

Tato osobní případová studie se zaměřuje na aspekty rozlišování mezi posedlostí s duchovní příčinou a dalšími stavy, které mohou vykazovat podobné symptomy, svůj původ však mají v biologické, psychologické či sociální rovině osobnosti. Jana popisuje zkušenosti, které lze zahrnout do kategorie paranormálních zážitků. Na zádech svého známého vidí dvě příšery, místo lidí vidí obludy, bez cizího přičinění samy od sebe padají věci na zem. To vše se děje za lucidního vědomí, bez požití jakýchkoliv halucinogenních látek či alkoholu. Těmto vjemům dlouhodobě předchází Janina zkušenost se světem duchů. „*Tak jsem začala s andělama. ...ono se to tváří opravdu krásně, opravdu svatě ale je to strašně nebezpečný, protože člověk absolutně neví, čemu se otvírá.*“ Začala navštěvovat „*nějakou čarodějnickou školu. Měla jsem nějaké skriptu a tam normálně jsme měli astrální cestování a takové šílenosti.*“ Navštěvovala mágy a čarodějnice, kteří provozovali bílou i černou magii, dělali zasvěcovací rituály její firmy, Jana se učila a začala je dělat doma sama. „*...takže jsem ji (firmu) zasvětila já v rituálech, Noira v rituálech to dělala, dělala to ta Valerie v těch různých rituálech, kde vím, že jsem jí dávala vlasy, kde ona chtěla i krev. A to jsem řekla tak to ne. To už mně přišlo takový divný ta krev.*“ Aniž by to Janě docházelo, hledala stále víc: „*Takže jsem vlastně byla zapletená tady v těchhlenstěch věcech a ono opravdu začnete s těma andělama, pak jdete k tomu věštění, pak jdete do těch škol různých, se učíte, čtete strašně*

moc takovéto literatury a zrazu já jsem zjistila, že vlastně máte nějaký čarodějnictví a to je tady, jenže pak je okultismus, který jde ještě vlastně za to... Ono to šlo postupně, pomaličku to nabíralo a nabíralo to větší a větší jakokdyby grády a hlad po něčem jakokdyby jít dál. I sama jsem vykládala karty, pak jsem začala chodit vlastně k těm čarodějnicím, prvně k léčitelkám, ono toho bylo strašně moc,... akorát jsem absolutně netušila, že se to zaplácává něčím špatným.“

Kontakt na exorcistu vyhledala poté, co se jí začaly dít zvláštní věci (Giordan and Possamai, 2018). Vzpomíná si na první takovou událost, kdy šla po dlouhé době s mámou do kostela prosit o její uzdravení z vážné nemoci: „...když pak začaly ty přímluvný modlitby, najednou jsem si všimla, že něco mi začalo dělat s rukama a jenom jsem se... začaly mi třepat ty ruce... přece nemám žádnou epilepsii nebo jako kdyby něco.“ Tyto stavy a jim podobné se Janě děly nejdřív pouze při návštěvě kostela. „...šli jsme tam na nedělní mši, ale tam se mi udělalo strašně špatně. Ta první část jak je bohoslužba slova, tak to si myslím, to si ani nijak nepamatuju, ale pak jak začalo proměňování, bylo obětování,... to jsem se vyslíkala, oblíkala, protože mi bylo strašný vedro, pak mi bylo strašná zima, pak se mi chtělo zvracet, chtěla jsem mít průjem, prostě úplně všechno a byla jsem naprosto zděšená..., ale vyšla jsem z kostela a nic, najednou jsem byla úplně normální.“ Postupně se však tyto stavy začaly zintenzivňovat a přepadat Janu kdekoliv. Jana si vzpomíná, že se „začala třepat nekontrolovaně... Skoro dennodenně, kdy byly opravdu ty stavy hodně těžký... Někdy vás popadla taková nenávist, nejdříve vůči Bohu, pak vůči všem lidem, že jste si myslela, že vás to uvnitř roztrhne. A když jste například se snažila, tak teď se pomodlím a bude mi líp, tak prostě jste šel do takových (stavů), kde vás hodilo na zem, anebo jste řval a nějak se válel po té zemi.“ Z ničeho nic upadala do zvláštního stavu, o kterém ví od blízkých svědků, že její „...barva pleti začala být hnědo-šedá. Že buď jsem jako se dívala jenom jedním směrem, nemrkala jsem očima a například se zdálo, že nedýchám vůbec.“

Jana si přitom tyto zvláštní stavy od začátku vůbec nedávala do souvislosti s duchovním světem, a přestože se v zoufalství obrátila na exorcistu, nevěřila této spojitosti. „A mě vůbec nenapadlo, že to je zlo. Vůbec jsem neměla tušení, že by to mohlo být nějaké zlé ve mně. Opravdu, věřte mi. Já si myslím, že jsem průměrně inteligentní člověk, ale mě to fakt nenapadlo... Nenapadlo by mě, že by to mohl být ďábel, zlý duch, já jsem vlastně na ďábla nevěřila. Víte? Já, že bych věřila na nějakýho ďábla? Tak prosím Vás, v kterém století žijeme?... Ale nevěděla jsem, z čeho mi takhle zle mohlo být.“

Při prvním setkání s exorcistou probíhal rozhovor, ve kterém jsme mapovali Janin život. Jana zpětně vzpomíná na toto setkání: „...měla jsem z otce exorcisty strach. Byl mi strašně nesympatickej, věděla jsem, že on mě nesnáší, že nechce, abych sem chodila, ale že to musí udělat, protože to je jeho práce a... jako velice nepříjemnej. Jednak jsem myslela, že sem ani nepatřím,... ale přehlušovalo to všechno – strach z otce exorcisty. A to, že jsem věděla, že opravdu jsem mu odporná a že nechce, abych tady chodila, a že já jako musím tak nějak.“ Na otázku zda nenavštívila dříve psychiatra, Jana odpověděla, že tyto stavy se jí dějí výhradně ve spojení s kostelem, mší nebo posvátnými prostory, proto ji to ani nenapadlo. Před dalším setkáním a případným započítím modliteb jsme jí doporučili klinického psychologa, který její případ vyhodnotil „bez psychotické symptomatologie.“

Začala pravidelná setkání jednou za měsíc. Na začátku každého bylo vždy popovídání, kdy Jana popisovala, co se během té doby událo. „Pro mě je hodně uklidňující takovýto na začátku,

když si vykládáme, ...“ hodnotí tuto část setkání Jana. Zprvu jsme se modlili přímluvné modlitby – za Janu a její uzdravení, za zlepšení situaci ve firmě, která byla v té době na pokraji krachu, apod. Po několika setkáních začaly tzv. manifestace, které sílily po zahájení modliteb exorcismu, Jana si z nich pamatuje velmi málo. Způsoby manifestací jsou shrnuty v Tabulce 6.1.

Tab. 6.1 Konkrétní projevy manifestace při modlitbě exorcismu.

- Velká síla, musí ji držet minimálně tři osoby.
- Absurdní pózy, ve kterých se různě napíná, svíjí, šponuje, propíná trup vzhůru, silně vykopává nohama.
- Někdy se chce z ničeho nic vytrhnout a útočit na exorcistu.
- Prskání a bleskové plivání na velkou vzdálenost.
- Intenzivní zesilující se a zrychlující se škubání celým tělem, které se stupňuje do obrovské intenzity a rychlosti.
- Nepřirozené syčení.
- Další změny hlasu – např. velmi zrychlené tempo řeči, hluboký mužský hlas, nebo obrovský křik až řev s nelidskou barvou hlasu.
- Hrubé, agresivní nebo vulgární slovní výpady.
- Neschopnost vyjádřit, co chce říct, na pokyn exorcisty „Ve jménu Ježíš Krista, řekni, Jano, co chceš říct!“ se jakoby uvolní jazyk a může mluvit.
- Dramatická mimická proměna v obličeji – škleby, úšklebky, pokřivená tvář, koulení očima.
- Jakoby ji cosi rdousilo, nemůže dýchat a dusí se. Na rozkaz exorcisty „Ve jménu Ježíše Krista, pusť ji!“ se znovu nadechne.
- Někdy se jasně, zřetelně a důrazně dožaduje konce modlitby, ale není to její hlas, je v něm ostrost, jistá striktnost až rozkazovačnost k ukončení modlitby a přání odejít.
- Jindy úlisné chválení modlitby a ukončování modlitby např. slovy: „Krásně jste se pomodlili, tak já už jdu.“ ještě před skutečným ukončením modlitby.
- Vyhrožování, že „ji zabije“.
- Na chvíli se sesune a zhroutlí z křesla na zem jako hadrová panenka.
- Ztráta vědomí, změněný stav vědomí, ze kterého si po procitnutí pamatuje velmi málo, nebo nic.
- Zvedání ukazováčku vzhůru, takové vyhrožování.

Po několika měsících setkávání začaly přicházet těžké stavy, které Janu znejistily ohledně jejího psychického zdraví. „... mi bylo podsouváno, abych se zabila (vnitřní nutkání), a všechno vyřeším. To po určité době už vůbec nebylo, to už mě vůbec ani nenapadlo, ale bylo mi pořád, že jsem psychicky nemocná, že potřebuji být zavřená někde pod lékama, a pak bude všechno dobře...“ Proto znovu navštívila psychologa (Giordan and Possamai, 2018). „Sama jsem potřebovala mít tu jistotu, že jsem v pořádku.“ Ani tentokrát se nepotvrdily jakékoliv psychotické symptomy.

Z vyprávění Jany víme, že i v jejím osobním duchovním životě nastaly změny. Začala se víc obracet k Bohu, více se modlit. Přicházely však nové stavy, které Jana zatím neznala: „*Některé*

modlitby, které se modlíte dennodenně, ... nemůžete si vzpomenout, jak následuje druhá věta, já nevím, třetí věta Magnifikátu. A každý den to v tom kostele u té Panny Marie říkáte. Prostě nevzpomenete si... Ono vám například nejde v tu dobu ani vyslovit jméno Ježíš. Prostě úplně zapomenete, kdo to je, nebo co s ním máte vlastně společného. Je to tak něco vzdáleného... Strašná nenávist jako kdyby vůči tomu, vůči Ježíši. Musí jít všechny věci pryč, jo, kterými se obklopuju. Ať je to kříž, Bible, obrázky, růženec. Se modlíte a dostanete takovou zuřivost, že chcete ten růženec hodit o zed'."

Tab. 6.2 Jednání a projevy naznačující možný vznik posedlosti.

• Setkávání s okultním prostředím formou návštěv čarodějnic, mágů, okultistů, jasnovidců, léčitelů. • Zájem o ezoteriku. • Různé zasvěcovací rituály, hoodoo, šabala,... • Návštěvy učitelek magie. • Studium čarodějné literatury. • Praktikování zasvěcovacích rituálů, věštění. • Vyhýbání se kostelu, jiným příležitostem spojeným se sakrální tematikou. • Nerozumí příčině svých problémů, nespojuje je však se zlým duchem. • Začíná mít problém s prostředím kostela, kam nemůže vstoupit, pokud vstoupí, nastanou silné bolesti hlavy, zad nebo další somatické obtíže. Když kostel opustí, obtíže přestanou. • Nemůže se rozvzpomenout na texty modliteb, které jinak bezpečně zná a každodenně opakuje. Někdy je přes silné úsilí nedokáže vyslovit. • Zuřivost a vztek, které ji popadají při modlitbě. • Odpor k posvátným věcem, k zasvěceným osobám. • Ambivalentní postoj k modlitbě exorcismu, touží po ní, zároveň jí je silně nepříjemná.
--

Tab. 6.3 Symptomy, které korespondují s projevy psychických poruch nebo nemocí.

Popisované projevy	Možné lékařské vysvětlení
Vidí nereálné obrazy.	• Hraniční, emočně nestabilní osobnost • Halucinace v rámci psychóz, při intoxikacích • Pseudohalucinace • Symplexní osobnost • Disociativní vize • Aura u epilepsie • Neurologické poruchy zejména temporálního laloku
Náhlý intenzivní neovladatelný třes.	• Neurologické příčiny - idiopatický tremor, parkinsonské příznaky, atd. • Disociativní porucha • Možné také u PTSD při asociaci s traumatem vědomě i

	podvědomě • Akutní hrůza
Střídání návalů horka a zimy, nauzea.	• Intoxikace • Infekční onemocnění • Hormonální poruchy (návaly klimaktéria) • Vegetativní dystonie v rámci jiné poruchy nebo astenizace po vážné nemoci • Psychosomatická porucha • Další somatická, zvláště neurologická onemocnění
Náhlé upadnutí na zem spojené s řevem a válením se po zemi.	• Pithiatický záchvat, dramatické a dramatizující projevy emocí známé zvláště v některých kulturách, u malých dětí, u mentálně retardovaných
Viditelná náhlá změna barvy pleti na hnědo-šedou.	• Způsobeno změnou dýchání a tím souvisejícím prokrvením pokožky • Prudké vegetativní změny při prožívané nebo potlačené emoci, člověk si ale většinou tyto výkyvy uvědomuje • U trvalejší změny je řada interních možných příčin
Strnulý pohled jedním směrem bez mrkání se zdáním bezdeší.	• Epilepsie typu petit mal • V rámci celkových projevů záchvatu epilepsie grand mal • Disociativní projev, u panické poruchy možný, málo častý • Projev PTSD - když se setká s připomínkou nebo asociací traumatu
Nutkavé myšlenky k sebevraždě.	• V rámci deprese jakékoliv etiologie • Při OCD • Někdy u disociativní poruchy • Ojedinelé i u v podstatě normálních osob v určité situaci (na vrcholku rozhledny, na nástupišti, když přijíždí rychle vlak apod.), konkrétní k vlastnímu strachu, jde o nutkavý příznak
Nutkavé myšlenky o pocitu psychické nemoci a touhy chtít být někde zavřená.	• Nutkavé symptomy v rámci OCD • Nutkavé symptomy v rámci úzkostné poruchy • Nutkavé symptomy v rámci panické poruchy • Výjimečně i symptomy jiných poruch
Úplná amnézie na části modlitby, které se každodenně modlí.	• Výpadek paměti • Vyčerpanost • Nejčastěji porucha paměti - fáze vybavení v důsledku velké emoce • Možný projev skrytého odporu • Disociativní projev • Organická příčina • Další neurologická onemocnění
Úplná amnézie např. na to, kdo je Ježíš.	• Disociativní projev

	• Možný projev podvědomého odporu
Neschopnost vyslovit určitá slova (např. jméno Ježíš).	• Disociativní projev • Vnitřní podvědomý odpor • Rozpor mezi proklamovaným vědomě a navenek a vnitřním • Slovo „Ježíš“ může být klíčové pro komplex křesťanství a vnitřně už nechce, nemůže věřit nebo se něčemu podrobit • Spojení slova Ježíš s někým, něčím v minulosti odporným, zlým (zneužití, násilí, manipulace) • Projev PTSD po asociaci • Neurotický blok
Náhlé návaly nenávisti a zuřivosti (k posvátným věcem).	• Podobně jako viz výše • Vyvržení potlačované agrese, „už nemohu“ • Výrazná ambivalence k náboženství, nebo k osobě Krista nebo jinému aspektu či morálnímu příkazu, následné potlačení • Možný projev naštvání na zástupce církve obecně (kněze) a přeneseně na předměty nebo i konkrétně na toho, kdo s ní mluví • Také u psychóz imperativní halucinace zejména při zhoršení stavu • Drogová intoxikace v rámci změn vnímání – např. vidí na kříži hada apod. • Nutkavý příznak • Úzkostné stavy • Přenos
Celkově by se všechny symptomy mohly objevit především u disociativní, histrionské nebo hraniční poruchy osobnosti. Je možná i kombinace premorbidní poruchy osobnosti a na ni nasedající psychózy, případně psychózy symptomatické, např. vyprovokované psychoaktivní látkou. Dále je možná kombinace disociativní osobnosti a pak získané temporální epilepsie třeba po úrazu. Také je možná klimakterická či situační dekompenzace.	

Jana při modlitbě prožívá „Dva vlastně protipóly. Na jedné straně neomezená důvěra, že prostě vím, že se mi pomáhá, a že to chci. Důvěra, kterou by nic nenarušilo a na druhou stranu, opravdu kontra, odpor, hnus, prostě ubližují mi, zblázním se právě tady z tohoto. A to si myslím, že bylo skoro u každé té modlitby...“ Přes tyto těžké stavy dál pravidelně dochází na modlitby exorcismu, protože pomáhající zkušenost modlitby a její pozitivní dopad na Janin osobní i pracovní život převáží jakékoliv další těžkosti s ní spojené.

6.5 Diskuze

Cílem studie byl podrobný popis zvláštních projevů chování připisovaných posedlosti, hledání jejich příčin vzniku v osobní anamnéze a srovnání s možnou psychiatrickou diagnózou. Příběh Jany byl po pečlivém zvážení vyhodnocen jako posedlost v duchovním slova smyslu, Jana navštěvuje exorcistu a pravidelně probíhají modlitby exorcismu.

Pro mnohé popisované jevy můžeme hledat jak duchovní, tak psychologické kořeny. Neměli bychom přehlédnout Janinu zkušenost traumatu v dětství, která se týkala fyzického i psychického násilí a týrání ze strany matky. Některé studie ukazují, že trauma prožité v dětství významně asociuje s duchovními zápasy v dospělosti zvláště s těmi démonickými (McCormick et al., 2017; Janu et al., 2020). Tyto pak působí nevyváženost, napětí a stres v duchovním prožívání (Pargament et al., 2011) a jejich ignorace nebo nevhodné snahy o eliminaci se mohou stát nenápadně klíčícím spouštěčem pro budoucí depresi, později suicidální myšlenky. Navíc Mergler et al. ve své studii ukázal, že právě trauma z dětství souvisí přímo s depresí a častějšími suicidálními myšlenkami v dospělosti (2018), které Jana intenzivně zakoušela. Další klíč k pochopení démonických útoků lze najít v možnosti démonické interpretace po disociační reakci. Disociace je nevědomý obranný psychologický mechanismus odštěpení určitého psychického obsahu, často traumatu, se kterým se člověk nedokáže vyrovnat. Znovu se vraťme k traumatu s matkou. Její postava rodiče, jako zdroje traumatu je signifikantním prediktorem vzniku disociace (Vorderlin et al., 2018), podobně i chronicky opakované traumatizování (Kisiel and Lyons, 2001) („...*bití, urážky, psychický týrání... bylo to vlastně všudypřítomný... A bylo období, kdy to bylo dennodenně*“). Z Janina příběhu můžeme také vyčíst některé symptomy často pozorované spolu s disociací – somatizační obtíže (Jana trpěla náhlými bolestmi hlavy, zad), deprese, selhávání v osobních vztazích (problémy v manželství, s tchýní, další partnerské problémy, manipulativní a vykořisťující vztahy se zaměstnanci), abúzus návykových látek (závislost na cigaretách, alkoholu), suicidální myšlenky. Naopak důvěrný vztah k babičce a zázemí v ní znamenalo pro Janu velkou oporu a snížení rizika disociace.

Démonické zkušenosti zvláště ve spojitosti s traumatem v dětství bychom mohli považovat také za psychotické symptomy (Jaworska-Andrzejewska and Rybakowski, 2018). Zvláště z manifestací během exorcismů a Janina vnímání těchto modliteb můžeme zvažovat patologickou formu disociace tzv. disociativní (konverzní) poruchu osobnosti. Bylo by možné tak soudit ze symptomů týkajících se změn nebo ztráty vlastní identity (dochází k ní viditelně a pravidelně během modliteb exorcismu, někdy i v běžném životě), třes, změny vědomí, bizarní sny, pocit držení silou zvenčí (van Duijl et al., 2013), dále z Janiny amnézie (během modlitby nastane změna stavu vědomí, ze kterého si pak téměř nic nepamatuje) a konečně ze zjištění, které ukazují na častější zážitky paranormálních jevů a posesí u lidí s touto poruchou (Ross, 2011). Na druhou stranu je nepřehlédnutelný dlouhý časový odstup od traumatických zážitků, rozporující podle MKN-10 (2018) kritérium těsné časové spojitosti, které je pro disociativní poruchu typické. Psychologická vyšetření později vyloučila psychotický původ všech výše zmiňovaných symptomů.

Démonické útoky a výše popisované symptomy nelze automaticky zařadit mezi bludy nebo psychotické stavy (Iotchev & van Schie, 2017). Z Janiny osobní anamnézy víme o jejích zkušenostech s čarodějnictvím, kartářstvím, okultismem apod., které mohou naznačovat duchovní

původ jejích problémů. Podle Illueca (2018) existují komplikace čistě duchovní povahy spojené s různými spouštějícími faktory vycházejícími z předchozího životního stylu – okultní praktiky nebo historie traumatu. Prožitek traumatu v dětství jsme popsali výše v psychologických a psychiatrických souvislostech. Některé další studie však ukazují, že mj. trauma jako velké zranění z dětství může souviset také s následnými duchovními problémy a posedlostí démonem (Hecker et al., 2015). V procesu rozlišování dále hraje velkou roli osobní otevření se čarodějným a okultním praktikám, které mohou být jak spouštěči psychotických stavů, tak vstupní branou pro démonické působení. Při rozlišování je významným ukazatelem skutečnost, že komplikace nastávaly vždy výhradně v kostele, nebo ve spojitosti s posvěcenými předměty či osobami. Nepřehlédnutelným je ambivalentní vztah ke knězi exorcistovi, který se jeví jako vztah dvou různých osob v jednom těle. Poukazují na něj výpovědi o strachu, nesympatii, nesnášenlivosti, odporu, hnusu vůči exorcistovi a zároveň důvěře a pomoci od něj. Také uváděná amnézie se týká pouze času modlitby exorcismu, nebo osobní modlitby. Změněné stavy vědomí dříve nastávaly pouze během těchto duchovních aktivit, později nastupovaly kdekoliv a kdykoliv. Zajímavé je to, že nepřekročí míru, která by Janě znemožnila práci a sociální fungování. Jana dále řídí svoji firmu a po dvou letech finanční labilitu dokonce zaznamenává poslední měsíce zvýšený obrát a zisk a to navzdory nepříznivým vnějším podmínkám (omezení kvůli pandemii COVID-19). Takový vývojový scénář odpovídá studii Ferracuti et al. (1996), který sledoval deset osob navštěvujících exorcistu z důvodu posedlosti. Mnoho rysů, které popisovali, u nich bylo shodných s disociativní poruchou osobnosti, většina z nich však byla schopna normálního sociálního fungování podobně jako Jana.

6.5.1 Silné stránky a limity

Důležitým přínosem této studie je originalita empiricky zaměřené práce v dosud neprobádané oblasti. Jde o první osobní případovou studii přinášející podrobný popis a vhled do konkrétních projevů člověka vyhodnocených jako posedlého, která je otevřená v širokém měřítku jak možným psychologickým a psychiatrickým tak duchovním příčinám a souvislostem. Další silnou stránkou je interdisciplinární přístup zdůrazňující psycho-spirituální působení a přinášející nové poznatky ve vztahu ke známým otázkám a problémům. Nekvantifikovatelnost a neopakovatelnost, které vychází ze samotné formy osobní případové studie, naopak považujeme za výrazné omezení (Miovský, 2006). Získané poznatky tak nemusí být zobecnitelné na další osoby.

6.5.2 Implikace

Výzkum doposud nedal příliš velký prostor zkoumání rozlišování mezi duchovní posedlostí a stavy posedlosti začleněnými mezi disociativní poruchy osobnosti nebo jinými psychickými poruchami a nemocemi. Naši studii považujeme za přínosnou pro podporu vědecko-náboženského dialogu, který vnímáme jako velmi užitečný. Správné rozlišení diagnózy nemoci či posedlosti nemusí být kvůli podobným projevům snadné a nesprávná diagnóza může mít vážné důsledky (Illueca, 2018). Proto naše studie může být nápomocná při správném rozlišování dalších případů, a tak podpořit kvalitu jak duchovního doprovázení, tak modlitební praxi exorcistů a psychologickou i psychiatrickou praxi.

6.6 Závěr

Tato studie je jednou z mála, která se zabývá podrobným zkoumáním zvláštních projevů chování při duchovních démonických zápasech a hledání příčin jejich vzniku. Zvláštní projevy popisované v naší studii, byly rozpoznány jako symptomy duchovní povahy a označeny za démonickou posedlost. V budoucnu by se měl výzkum otevřít na zkoumání podobných případů a více ozřejmit tuto problematiku, aby se lépe porozumělo popisovaným fenoménům, mohlo se na ně lépe reagovat a přijímat vhodná opatření.

Literatura

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Basu S, Gupta SC and Akthar S (2002) Trance and possession like symptoms in a case of CNS lesion: a case report. *Indian journal of psychiatry* 44(1): 65-67.
- Bentall RP: Hallucinatory experiences; in *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* (2014) 2nd ed. Edited by Cardena E, Lynn SJ, Krippner S. Washington, DC, American Psychological Association p 109–143.
- Betty S (2005) The growing evidence for "demonic possession": What should psychiatry's response be? *Journal of Religion & Health* 44(1): 13-30.
- Bierman A (2005) The effects of childhood maltreatment on adult religiosity and spirituality: Rejecting god the father because of abusive fathers? *Journal for the Scientific Study of Religion* 44(3): 349-359.
- Chattopadhyay K, Mishra P, Manjunath NK, et al. (2020) Development of a Yoga Program for Type-2 Diabetes Prevention (YOGA-DP) Among High-Risk People in India. *Frontiers in Public Health* 8.
- Cheng K (2017) "My husband is possessed by a jinn": a case study in transcultural mental health. *Australasian Psychiatry* 25(5): 471-473.
- Csordas TJ (2019) Specter, Phantom, Demon. *Ethos* 47(4): 519-529.
- Csordas TJ (1994) *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley: University of California Press.
- Cubellis MA, Peterson BE, Henninger AM, et al. (2018) Childhood Sexual Abuse and Antisocial Traits and Behaviors: A Gendered Examination of the Factors Associated With Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 33(20): 3125-3161.
- De Ajuriaguerra J. (1957) Le professeur Lhermitte. *L'Encéphale* 46: 485–97
- De Greeff E. (1957) Jean Lhermitte, clinique neurologique et problèmes mystiques. *L'Encéphale* 46: 574–9.
- Drouin E, Pereon T and Pereon Y (2017) Demonic possession by Jean Lhermitte. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique* 43(4): 394-398.
- Eliassen AH, Taylor J and Lloyd DA (2005) Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion* 44(2): 187-199.
- Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, et al. (2014) The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and Initial Validation. *Psychology of Religion and Spirituality* 6(3): 208-222.
- Ferracuti S, Sacco R and Lazzari R (1996) Dissociative trance disorder: Clinical and Rorschach findings in ten persons reporting demon possession and treated by exorcism. *Journal of Personality Assessment* 66(3): 525-539.
- Franklin AS (2016) Religiousness, religious coping methods, and cognitive test anxiety among African-American college students. *Mental Health Religion & Culture* 19(9): 1000-1012.
- Freud S (1961) A seventeenth-century demonological neurosis. *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. 19.

- Freud S, Strachey J, Freud A, et al. (1955) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume 17, 1917-1919, Volume 17, 1917-1919.*
- Freud S, Strachey J and Sigmund Freud C (1962) *Civilization and its discontents.*
- Gall TL (2006) Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 30(7): 829-844.
- Giordan G and Possamai A (2016) The over-policing of the devil: A sociology of exorcism. *Social Compass* 63(4): 444-460.
- Giordan G and Possamai A (2018) Mastering the devil: A sociological analysis of the practice of a Catholic exorcist. *Current Sociology* 66(1): 74-91.
- Guenedi AA, Al Hussaini Aa, Obeid YA, et al. (2009) Investigation of the cerebral blood flow of an Omani man with supposed 'spirit possession' associated with an altered mental state : a case report. *Journal of medical case reports* 3: 9325-9325.
- Hale AS and Pinninti NR (1994) Exorcism-resistant ghost possession treated with clopenthixol. *British Journal of Psychiatry* 165: 386-388.
- Hale L (2010) The Mind Possessed: The Cognition of Spirit Possession in an Afro-Brazilian Religious Tradition. *American Anthropologist* 112(3): 479-480.
- Hecker T, Braitmayer L and van Duijl M (2015) Global mental health and trauma exposure: the current evidence for the relationship between traumatic experiences and spirit possession. *European Journal of Psychotraumatology* 6.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál.
- Illueca M (2018) Interdisciplinary Perspectives on Spirit Possession and Deliverance Ministries. *Journal of Pastoral Care & Counseling* 72(4): 269-277.
- Innamorati M, Taradel R and Foschi R (2019) Between Sacred and Profane: Possession, Psychopathology, and the Catholic Church. *History of Psychology* 22(1): 1-16.
- Iotchev IB and van Schie HT (2017) When a model becomes the real thing: A neuro-cognitive account of 'demonic' possession. *Medical Hypotheses* 106: 35-40.
- Jakovljevic M (2017) Psychiatry and religion: opponenets or collaborators? The Power of Spirituality in Contemporary Psychiatry. *Psychiatria Danubina* 29: S82-S88.
- Janu A, Malinakova K, Furstova J, et al. (2018) Psychometric evaluation of the Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) in the Czech environment. *Ceskoslovenska Psychologie* 62: 2-18.
- Janu A, Malinakova K, Kosarkova A, et al. (2019) Psychometric evaluation of the Negative Religious Coping (NRC) Scale of the Brief RCOPE in the Czech environment. *Mental Health Religion & Culture.*
- Janu A, Malinakova K, Kosarkova A, et al. Associations of childhood trauma experiences with religious and spiritual struggles. *Journal of Health Psychology.*
- Jaworska-Andryszewska P and Rybakowski JK (2018) Childhood adversity and clinical features of bipolar mood disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 20(2): 13-19.
- Jung CG, Read H, Fordham M, et al. (1966) *The collected works of C.G. Jung.*
- Khan ID and Sahni AK (2013) Possession syndrome at high altitude (4575 m/15000 ft). *Kathmandu University medical journal (KUMJ)* 11(43): 253-255.

- King SD, Fitchett G, Murphy PE, et al. (2017) Spiritual or religious struggle in hematopoietic cell transplant survivors. *Psycho-Oncology* 26(2): 270-277.
- Kisiel CL and Lyons JS (2001) Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry* 158: 1034– 1039.
- Maltby LE and Hall TW (2012) Trauma, Attachment, and Spirituality: A Case Study. *Journal of Psychology and Theology* 40(4): 302-312.
- McCormick WH, Carroll TD, Sims BM, et al. (2017) Adverse childhood experiences, religious/spiritual struggles, and mental health symptoms: examination of mediation models. *Mental Health Religion & Culture* 20(10): 1042-1054.
- McGraw JJ (2016) Maya Divination: Ritual Techniques of Distributed Cognition. *Journal of Cognition and Culture* 16(3-4): 177-198.
- Merced M (2018) The Uncanny: A Biopsychosocial Perspective. *American Journal of Psychotherapy* 71(1): 39-49.
- Mercer J (2013) Deliverance, demonic possession, and mental illness: Some considerations for mental health professionals. *Mental Health, Religion & Culture* 16(6): 595–611. doi:10.1080/13674676.2012.706272
- Mergler M, Driessen M, Havernann-Reinecke U, et al. (2018) Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 93: 57-63.
- Miovský M (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (2018) Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Nelson JM and Koetke J (2018) Why We Need the Demonic: A Phenomenological Analysis of Negative Religious Experience. *Open Theology* 4(1): 520-540.
- Nie FH and Olson DVA (2016) Demonic Influence: The Negative Mental Health Effects of Belief in Demons. *Journal for the Scientific Study of Religion* 55(3): 498-515.
- Norenzayan A and Shariff AF (2008) The origin and evolution of religious prosociality. *Science* 322(5898): 58-62.
- Pargament K, Feuille M and Burdzy D (2011) The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions* 2(1): 51-76.
- Pargament KI (2002) The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry* 13(3): 168-181.
- Pargament KI, Koenig HG and Perez LM (2000) The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology* 56(4): 519-543.
- Pfeifer S (1994) Belief in demons and exorcism in psychiatric-patients in Switzerland. *British Journal of Medical Psychology* 67: 247-258.
- Proctor MT, Cleary M, Kornhaber R, et al. (2019) Christians with chronic complex trauma and relationally focused spiritual difficulties: A conversational model perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health* 21(2): 77-110.

- Rodewyk A (1975) *Possessed by Satan: The church's teaching on the devil, possession, and exorcism.* (Ebon, M. Trans.). New York, NY: Doubleday and Company
- Rosmarin DH, Pargament KI and Flannelly KJ (2009) Do Spiritual Struggles Predict Poorer Physical/Mental Health Among Jews? *International Journal for the Psychology of Religion* 19(4): 244-258.
- Ross CA (2011) Possession Experiences in Dissociative Identity Disorder: A Preliminary Study. *Journal of Trauma & Dissociation* 12(4): 393-400.
- Rowatt WC and Kirkpatrick LA (2002) Two dimensions of attachment to god and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion* 41(4): 637-651.
- Řiháček T, Čermák I, Hytych R a kol. (1978) *Kvalitativní analýza textu: čtyři přístupy.* Brno: Masarykova univerzita.
- Sluhovsky M (2007) *Believe not Every Spirit. Possession, Mysticism and Discernment in Early Modern Catholicism.* Chicago: University of Chicago Press.
- Sprober N, Schneider T, Rassenhofer M, et al. (2014) Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *Bmc Public Health* 14.
- Tang K, Qu XQ, Li CY, et al. (2018) Childhood sexual abuse, risky sexual behaviors and adverse reproductive health outcomes among Chinese college students. *Child Abuse & Neglect* 84: 123-130.
- van Duijl M, Kleijn W and de Jong J (2013) Are symptoms of spirit possessed patients covered by the DSM-IV or DSM-5 criteria for possession trance disorder? A mixed-method explorative study in Uganda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48(9): 1417-1430.
- Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, et al. (2018) Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine* 48(15): 2467-2476.
- Ventriglio A, Bonfitto I, Ricci F, et al. (2018) Delusion, possession and religion. *Nordic Journal of Psychiatry* 72: S13-S15.
- Waldron JC, Scarpa A and Kim-Spoon J (2018) Religiosity and interpersonal problems explain individual differences in self esteem among young adults with child maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect* 80: 277-284.

7 Vznik duchovních zápasů a jejich možný

Abstrakt

Cílem naší studie je zmapovat osobní zkušenost duchovních zápasů v životě participantky a hledat, jaký význam mohli mít pro změnu osobnosti a proměnu životního nastavení. Objevili jsme výrazné zastoupení čtyř druhů duchovních zápasů: božské, interpersonální, zápasy o smysl života a démonické. Ukázalo se, že tyto zápasy vedly k velké životní změně v rovině vztahu k Bohu, sama k sobě i k druhým lidem. Tato pozitivní proměna také mohla být přirozenou ochranou pro vznik psychosomatického onemocnění, které často s intenzivními duchovními zápasy souvisí.

Klíčová slova: duchovní zápasy božské, interpersonální, smysl života, démonické, růst

7.1 Úvod

V následujícím textu, který je pokračováním analýzy případové studie předchozí kapitoly, se zabýváme vznikem duchovních zápasů, zvláště démonických a jejich možnou souvislostí s osobnostními proměnami člověka. Široce jsme o těchto duchovních zápasech, jejich kategorizaci a možných souvislostech pojednali v kvantitativních studiích kap. 2, 3, 4 a 5. Na tomto místě vycházíme z kvalitativního sběru dat, konkrétní zkušenosti participantky, což nám nabízí možnost hlubšího a podrobnějšího vhledu do dané problematiky. Vzhledem k návaznosti na předchozí kapitolu pokračujeme přímo analýzou textu a předpokládáme tak seznámení s Úvodem, Metodologií a popisem případové studie v kap. 6.

7.2 Analýza textu

Prožitky duchovních zápasů můžeme podle obsahu a vztažnosti členit do šesti kategorií (Exline et al., 2014) na božské, démonické, interpersonální, morální, smysl života a pochybnosti. Jana ve své výpovědi zmiňuje čtyři z nich, a sice božské, démonické, interpersonální a morální. Během života se měnila jejich intenzita a také Janin přístup k nim.

První osobní duchovní zkušenosti dělá Jana díky babičce už během svého dětství „*Velice blízký vztah jsem teda měla s babičkou, která mě vedla k Bohu... byl to takový ten živý vztah s Bohem, kde jsme četli z Bible...*“ a jsou spojeny s ochranou a útočištěm před ubližující matkou a pasivním otcem „*Chodila jsem na hodiny náboženství, v té době... to bylo hodně takové mé*

útočiště, Bůh a hlavně Panna Maria... Už jsem to nemohla vydržet a byla jsem sama, takže to bylo ... náročný... Tak jsem se utíkala (k Bohu), měla jsem v tom vlastně takovou ochranu... “ Podle Pargamenta by tyto Janiny zážitky spadaly do kategorie pozitivního náboženského copingu (Pargament et al., 2000), kam jmenovitě zařazuje například zkušenosti hledání silnějšího spojení s Bohem, Boží lásky a péče, nebo snahu zaměřit pozornost na náboženství, aby přirozeně ustoupily do pozadí prožívané problémy. Ve třinácti letech Jana veškerou svoji důvěru vložila v sílu modlitby a v to, že může vyprosit, aby matka přestala pít. A protože prožila velké zklamání z nevyslyšené prosby, nastává velký zlom v jejím duchovním životě, a naprosté „Stop!“ vůči Bohu. Období dospívání i mladší dospělosti pak sice hodnotí „Chodila jsem v neděli na tu mši, jo, modlila jsem se ten růženec...“ vše ale z jisté setrvačnosti, formálnosti a „bez osobního vztahu.“ Přesto modlitba zůstala nepřetržitě součástí jejího každodenního života. „Co je ještě asi hodně důležitý, tak nebyl večer, než bych šla spát, abych se nepomodlila Otče náš, Zdrávas a Sláva. To opravdu neříkám, že to bylo nějak až tak jako k Bohu, nevím, jestli to nebyla spíš nějaká taková zaužívaná, zažitá jako formula, kterou jsem si nesla z toho dětství, ale bylo to tam a to si myslím, že možná opravdu mě to tak nějak i udrželo.“

Další období jejího života asi do 33 let s sebou nese intenzivní duchovní zápasy v mnoha oblastech. Zpočátku šlo o tzv. božské duchovní zápasy obecně charakterizované pocity rozlobenosti na Boha, opuštěnosti Bohem, nebo tím, že mě Bůh zklamal (Exline et al., 2014), zpochybňování Boží lásky a moci (Pargament et al., 2000). Nevyslyšení proseb „A pro mě to byl stop (od Boha)!... „Já jsem Boha vinila. Vinila jsem Boha z toho, že jsem měla život, jaký jsem měla... Že on vlastně není a pokud je, tak je vlastně hodně zlej. Když toto dopustí, aby se toto děcku dělo... Hlavně ať se Bůh dívá na opačnou stranu zeměkoule a ne na mě (pocit zklamání z Boha, útěk od něj).“ Dále Jana zakoušela interpersonální duchovní zápasy, které zahrnují spory s jinými lidmi ohledně duchovních či náboženských záležitostí, nebo hněv na organizované náboženství (Exline et al., 2014). „Byla jsem neuvěřitelně proti Církvi... a do tohoto (Církve) já bych nevstoupila. Pamatuji si, s nějakým přítelem jsme chodili po výletech a on byl stavař, takže on se zašel do kostela podívat a já jsem vždy řekla ne! Prostě do kostela tam jako mě nikdo nedostane... Opovrhovala jsem lidma, kteří byli křesťané... Neuvěřitelná nenávisť vůči Církvi, jo? Ona mi v podstatě ani nic nedělala, nic jsem s ní neměla, ale když někde mohlo, tak jsem si hodně a ráda přisadila, abysme na ni mohla z plna hrdla nadávat.“

Před třicátým rokem si Jana v krátké době vybudovala prosperující firmu a velmi zbohatla. V tomto období došlo k ústupu, možná potlačení duchovních zápasů. Veškerou svoji energii investovala do podnikání a seberochoje, které však později hodnotí v první řadě jako únik a nevědomou snahu o posílení nízkého sebevědomí „Z té ušláplé chudinky jsem začala jako hodně růst finančně.“ S odstupem času si uvědomuje nasazení masky a odkrývá, co je pod ní. „To není žádné sebevědomí, ale masku, kterou si nasadíte, že jste vlastně nepřemožitelná a získávala jsem penězma moc a začala jsem vlastně manipulovat s lidma, zneužívat lidi, šlo mi hlavně o peníze, abych vydělávala, abych byla soběstačná... Zaměříte se například na sebe, že jenom vyděláváte ty peníze... Líbí se vám, když lidi naráz vás museli poslouchat, když jste se dostala jakoby nahoru a všechno to bylo strašně moc o těch penězích... Opravdu jsem měla v té době tolik peněz, že jsem vlastně ani nevěděla pořádně co s penězma. Příklad jeden den jsem si koupila kabelku za 40 000 takovou ve zlatém a druhý den jsem šla a koupila jsem si tu stejnou kabelku zase ve stříbrném za

40 000... Například znelíbil se mi někdo v práci ze zaměstnanců, protože nikdo si nedovolil mi jako odporovat, žádná jako výpovědní lhůta, nebo něco, prostě vzkřikla jsem, vzala jsem krabici a stála jsem do té doby, než si spakoval věci, podepsal dohodu a odešel.“ Jejími úniky se staly například vztahy s muži a nezájem v sexuálním životě. „Já jsem pak vlastně začala přesně jak moje máma. Ona hledala únik v alkoholu a já jsem začala hledat únik v chlapech... Když on se začal jako kdyby cukat, jako ten chlap, tak jsem potřebovala ještě mu dokázat moc nad ním, že mám. Neuvěřitelný takový to zneužívání vlastně té moci přes sex. Myslím si, že jsem byla naprosto závislá na sexu... Ať už to bylo porno, masturbace, chlapi. Jako byla jsem takovej ten konzument tady toho. Co bylo horší, že, pak ženy, ale pak jsem šla do takových praktik BDSM a podobně. Protože mě už normální sex neuspokojoval, pro mě to byla nuda.“ Dále závislosti na cigaretách, alkoholu, kterými řešila svoje problémy, závislost na nakupování a na vzhledu „Bylo pro mě jedno ze stěžejních, jak vypadám, jak působím. Chodila jsem jako prostě hodně vyzývavě oblečená, nákladně oblečená. Všechno jsem musela mít, já nevím od nehtů po poslední vlasek v pořádku a hlavně, aby mě jako kdyby obdivovali. Neuvěřitelné zaměření na sebe, s tím máte spojené cvičení, s tím máte spojený od různých mäsází já nevím co všechno.“ Sociální vztahy byly pro Janu naprosto formální záležitosti. „Co se týká práce, tak zaměstnanci pro mě byli pouhý prostředek k vydělávání penězům. Samozřejmě jsem se zajímala o jejich starosti, a tak dále, ale chtěla jsem to takhle nahrát na ně, ale víceméně mě nezajímali. Ale budilo to ten dojem, že se o ně jakoby zajímám. Ale nebyla to pravda... V obchodech se používaly obchodní taktiky alla manipulace... jsem si dokázala ještě přilepšit, abych dosáhla toho, co jsem chtěla, to znamená ten obchod... Ve všem, vždy a všude“ se „cítí nadřazená nad jiné lidi.“

Zhruba od 33 let si Jana začíná uvědomovat přes všechny možnosti, které jí život v přepychu nabízí nepříjemné pocity prázdnoty „Jako naráz jsem zjistila, že jsem taková prázdná... Víte, že k čemu ty peníze vlastně všechny jsou, když jsem vlastně nějaká jakási nešťastná.“ Tyto zážitky jsou zážitky duchovních bojů o smysl života, charakteristické např. pocitem jako by život neměl hlubší smysl (Exline et al., 2014). „Když nebylo nic akčního, zábava, nějaký román, nakupování,... začala se ozývat prázdnota.“ Jana naplnění této prázdnoty začala hledat ve dvou rovinách. Jedna rovina byla prosociální „Věnovala jsem peníze charitě, azylovému domu... Taký jsem byla na dně, klepala jsem na azylový dům kdysi se synem, nepustili mě,... tak jsem se jim snažila pomáhat, dělala jsem tam i přednášky, nebo zajišťovala... kurzy a začala jsem studovat i sociální právo, protože jsem myslela, že udělám nějaký azylák...“ Druhá rovina byla duchovní „No a pak mi napadlo, že prostě musím asi to prázdno zaplnit a narazila jsem jako na anděle.“ Právě ta Janě začala vyplňovat její prázdnotu „mně se najednou zdálo, že mně to zaplácává to prázdno vlastně uvnitř, který jsem měla,“ i když později zjistila, že takto vstoupila do slepé uličky „...akorát jsem absolutně netušila, že se to zaplácává něčím špatným...“ ze které se bude později těžko dostávat. Janina touha po nepoznaném rostla, začala studovat čarodějnou literaturu, navštěvovala čarodějky, mágy, nechala provádět zasvěcovací rituály na sebe i na firmu, setkala se s okultismem a černou magií. To všechno praktikovala „...do toho roku 2013, kdy vlastně jsem věděla, že dělám něco špatně. Přiznám se, že nedokážu si teď vzpomenout, co to jakoby bylo, ale vím, že tehdy jsem úplně všechno jako ukončila.“ Přesto, že Jana chtěla zavřít dveře za těmito zkušenostmi, začaly se jí dít věci, které bychom mohli hodnotit jako démonické zápasy či útoky (Exline et al., 2014), i když jim zpočátku nepřisuzovala tento význam. Začal se objevovat „Stach,

který nedokážete pojmenovat. Strach, že tam někdo je, jako jo? Strach z něčeho naprosto iracionálního. Jo? Nenapadlo by mě, že by to mohl být ďábel, zlý duch, já jsem vlastně na ďábla nevěřila.“ S démonickým působením si Jana ještě nespojila ani to, když nemohla vstoupit do kostela, nebo vstoupila, ale udělalo se jí špatně na zvracení, cítila intenzivní bolesti hlavy, zad apod., to vše ustalo, když kostel opustila. V tomto období došlo k jejímu obrácení. Proběhlo nečekaně při náhodném setkání s knězem, kterého, tehdy ještě arogantně, vyzývavě a s výsměchem, požádala o požehnání. „*Tak on se usmál, on dal nade mě ruce, ale co on říkal, já nevím. Ale, vím že, mně naběhla husí kůže, že jsem začala plakat a najednou vevnitř pokoj. Ale takový pokoj, jaký jsem do té doby v životě nezažila a touha být dobrá. Chci být dobrá!*“ Celou Janinou bytostí prošla silná touha po tom „být dobrá“ a teprve v naplňování této touhy našla opravdový smysl života. Až tento nalezený pokoj, byl pro Janu tou pravou odpovědí na hledání naplnění dřívější prázdnoty. Naprosto změnila svoje jednání a vztah k sobě, druhým i k Bohu (Tab. 1). Současně s novým začátkem praktikování víry (návštěva mše svaté, modlitba, četba Bible,...) se začali zintenzivňovat zvláštní stavy, které Janu přepadaly právě v situacích modlitby. Silný třes, ztráta vědomí, pocit na omdlení v kostele. Jana vyhledala exorcistu a k jejímu překvapení po zahájení modliteb démonické útoky a zápasy začaly nabírat na síle.

Přes tyto nelehké zkušenosti došlo k velké proměně v Janině životě. Všechno, co prožívala dříve, hodnotí novým pohledem „*byl to nepokoj (ve mně)*“ a teď je to „... *pokoj. Neuvěřitelný (pokoj),... že někdy si říkám, i kdyby mě motorovou pilou řezali, je mi to úplně jedno. Ten pokoj, který mám, prostě mi nic nerozhodí a láska, kterou dokážu, myslím si, jako kdyby úplně jinak přijímat, ale i dávat... Předtím jsem žila pro sebe, teď žiji pro Boha,... aspoň se snažím žít pro Boha.*“ Tuto proměnu můžeme vnímat naprosto hmatatelně z konkrétní proměny jejího života. Změnila přístup ke klientům. „*Já nemám ty ostrý lokte, které jsem měla. Já nepoužívám u klientů manipulaci. ...mně prostě už nejdou ty lži, jo? ... a ono v této branži podnikání to bez toho obchodnického, dovednického,... manipulování jako... úplně ty lidi nemůžete dotlačit. Myslela jsem, že to vůbec nepůjde, teď jsem zjistila, že to jde. Že to opravdu jde...*“ Nepoužívá už manipulaci, ale přístupy, které jsou „*férové, čestné a pravdivé.*“ I když sama přiznává „*upřímně, mě to překvapilo, že vlastně jde vydělávat i takto.*“ Další změna nastala ve vztahu k zaměstnancům. „*V podstatě jsou to partáci... Dokázala jsem si s každým z nich... otevřeně promluvit, kde jsem přiznala, vlastně nějaké své chyby, co jsem udělala špatně, co se snažím teďka udělat. Dokázala jsem je požádat o důvěru, jo, v té době, kdy... jsem nedokázala dodržet termín výplaty... Pak mě strašně překvapilo, jak to ty lidi vzali a vlastně nějak mě jako podrželi, jo? Ale řeknu vám, že nějak tak ještě před půl rokem bych to nedokázala.*“ Jana se víc než na sebe zaměřuje na druhé. Začala pravidelně chodit jako dobrovolník k umírajícím do hospice a doprovázet je v posledních chvílích jejich života. Žije v harmonickém partnerském vztahu. Došlo k celkové proměně jejího života „*lidí z mého, jak říkám, bývalého života, hlavně milenci mě nepoznávají na ulici.*“ Změnila „*styl oblékání, líčení, ... vlasy, úplně všechno... Je (styl oblékání) takový jako obyčejný. Žádné značkové drahé věci, nic vyzývavého.*“

Jana našla také znovu vztah k Bohu. Každý den navštěvuje mše svaté „*je to něco, co mi dává neuvěřitelnou sílu, když ráno vlastně jdu na tu svatou mši, přijmu Pána Ježíše, tak to je věc, bez které se těžko představuje nějaké fungování.*“ Každý týden prožívá svatou zpověď, velmi důležitá je pro ni častá účast na adoracích a osobní modlitba.

Tab. 7.1 Osobnostní proměny.

<i>Osobnostní a vztahové charakteristiky dříve</i>	<i>Osobnostní a vztahové charakteristiky nyní</i>
<i>Vztah sama k sobě</i>	
„Předtím jsem žila pro sebe“	„Teď žiji pro Boha. Aspoň se snažím žít pro Boha.“ Toto zaměření se projevuje především změnou přístupu k druhým lidem a zájmem o ně, snahou všimnout si a pomoci.
„Nepokoj v sobě.“	„Pokoj.“
Dlouhé hodiny před zrcadlem, na cvičeních, na nejrůznějších masážích, vzhled je pro ni jedna z největších priorit.	„Učešu se a nalíčím, nechodím špinavá, ale skončila dlouhá stání před zrcadlem, masáže i cvičení...“
Nakupuje drahé značkové oblečení, chce působit co nejvíc vyzývavě.	Obyčejný styl, žádné značkové drahé věci, nic vyzývavého.
Závislost na sexu, pornografii, BDSM praktiky, nakupování, cigarety a alkohol.	Některé závislosti se jí podařilo odbourat např. v sexuální oblasti, závislost na nakupování, nadále zůstává kouření (zvláště při zvýšeném napětí), někdy řeší těžkosti alkoholem.
<i>Vztah k druhým</i>	
Žila pro sebe, zaměření na sebe, nadřazenost.	Žije pro druhé, zaměření na druhé.
Manipulace klientů, lži, prioritou mít z nich co nejvíce peněz.	Čestný, férový a pravdivý přístup ke klientům.
Panovačnost a snaha dokazovat svoji moc zaměstnancům.	Omluva za dřívější postoje, dnes to jsou „partáci.“
Časté střídání partnerů, záměrná snaha zraňovat je v sexuální oblasti a dokazovat jim svoji moc.	Trvalý, harmonický přátelský vztah.
Šlo jí pouze o sebe, druzí ji nezajímali.	Ve volném čase se stará o umírající a doprovází je v hospici.
Rezignace na vztah k matce, chce ji zabít.	Odpustila jí, mají hezký vztah.
<i>Vztah k Bohu</i>	
„Předtím jsem žila pro sebe“	„Teď žiji pro Boha. Aspoň se snažím žít pro Boha.“
Hněv a naštvanost na Boha, zklamání, výčitky, útek od něj.	Každodenní mše svaté, pravidelné zpovědi, modlitba při adoraci, osobní modlitba.

7.3 Diskuze

Cílem naší studie bylo poznat osobní zkušenosti s duchovními zápasy v životě participantky a jejich možný význam pro současné životní nastavení a změnu osobnosti. Objevili jsme v jejím životě intenzivní zastoupení čtyř druhů duchovních zápasů: božské, interpersonální, zápasy o smysl života a démonické (Graf 7.1). Studie dále ukazuje její velkou životní proměnu v rovině vztahu k Bohu, sama k sobě a vztahů k druhým lidem, která mohla mít s těmito zápasy významnou souvislost.

Jana popisuje intenzivní duchovní zápasy božské, interpersonální, o smyslu života a démonické. Prožívání všech těchto zápasů může mít silnou souvislost se zkušeností traumatu v dětství, kdy byla vystavena fyzickému a psychickému týrání ze strany matky. Již v dřívějším výzkumu jsme zjistili, že prožitek traumatu v dětství velmi významně souvisí se všemi druhy duchovních zápasů (Janu et al., 2020; McCormick et al., 2017). Vysvětlení pro intenzivní *božské duchovní zápasy* můžeme najít v teorii attachmentu a jeho přenosu z blízké lidské osoby např. rodiče, na blízkou duchovní osobu např. Boha a vztah k němu (Gall, 2006). Nenaplněné potřeby lásky, blízkosti a bezpečí v rodině, pocity odcizení a vzdálenosti od matky se přenáší na vztah k Bohu, který je pak vnímán jako někdo vzdálený (Kennedy & Drebing, 2002), kdo mě nemiluje, z koho začnu mít strach, nebo se na něj hněvám (Maltby and Hall, 2012). Tento mechanismus nabývá na intenzitě vnímáním Boha jako Otce v křesťanské kultuře.

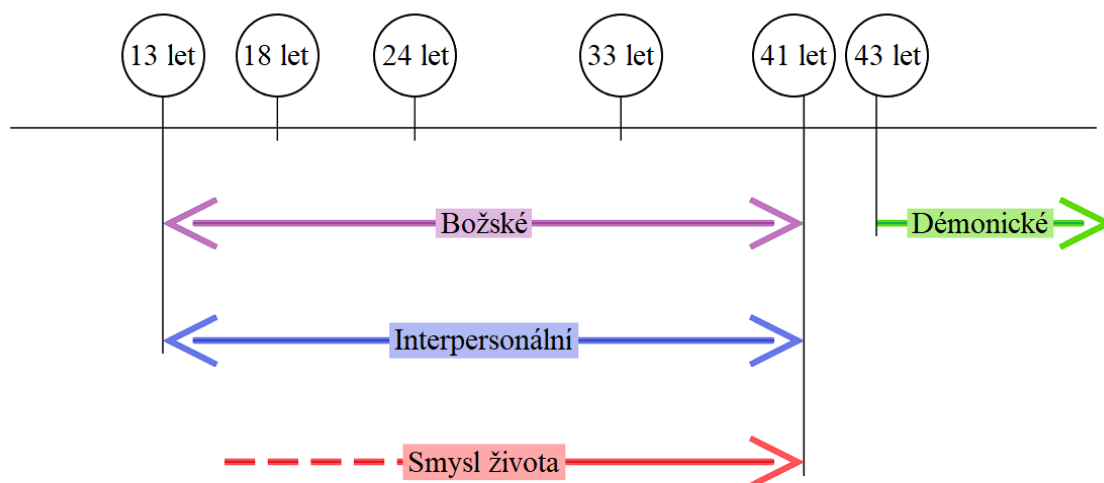
Interpersonální duchovní zápasy, Janino odcizení od křesťanství a její negativní vztah ke křesťanům, který popisuje v období rané a střední dospělosti může vyrůst také ze zranění a hlubokého pocitu osamělosti a nedůvěry přenesené ze vztahu k matce (Proctor et al., 2019). Místo, které mělo nabídnout zázemí a inspiraci pro rozvoj duchovního života, se tak stalo něčím, kde se mohlo opakovat časné trauma na úkor Janina dalšího psychologického i duchovního fungování. Vysvětlením interpersonálních duchovních zápasů může být také zklamání z důvěry v Boha, který se zdál být daleko, když u něj Jana hledala útočiště v modlitbě. Její „Stop!“ vůči Bohu bylo stopnutím jakéhokoli dalšího vztahu souvisejícího s křesťanstvím i křesťany a zanevřením na ně. Důležitou roli hraje také to, že trauma prožité v dětství má často svoji spojitost s odpuštěním (Guloglu et al., 2016), v tomto případě neodpuštěním matce. V dalším životě toto neodpuštění posiluje maladaptivní fungování a negativní copingové strategie (Proctor et al., 2019).

Vysvětlení pro *duchovní zápasy o smyslu života* lze hledat v Parkově a Folkmanově modelu významu a smyslu (1997). Podle něj mohou mít jedinci, kteří v dětství zažili traumatickou událost, později potíže s uvažováním o smyslu života a jeho uceleném vnímání. V průběhu života pak může být toto nabourání smyslu dál prohlubováno pokračujícím utrpením (Park et al. 2016), což je patrné také z Janina příběhu. Za maskou mnoha příležitostných vztahů a vztahů, ze kterých chtěla Jana vytěžit co nejvíce pro sebe, byl výrazný pocit sebestřednosti, zároveň vzdálenosti, odloučenosti, vypočítavost a chyběla vzájemnost, nezištnost a upřímnost. Přes mnohá rozptýlení a užívání života plnými doušky začíná nejdříve probleskovat, později se výrazně zintenzivňuje zvláštní prázdnota, ve které můžeme najít odpověď právě na rezignaci upřímných hlubokých vztahů k druhým lidem (Meares, 2000). Dalším kořenem této prázdnoty a postrádání smyslu života může být popření spirituální dimenze života (Pargament, 2007). Janino odmítnutí Boha a snaha utéct od něj, pohrdání všemi, kteří se k němu hlásili, se zdálo být zpočátku řešením pro zklamání, které Jana ve třinácti

letech prožila. Duchovní potřeba (Bussing and Koenig, 2010) se však nenechala nasytit laciným konzumizmem a ve chvílích klidu se důrazně hlásila o slovo jako velmi nepříjemná prázdnota.

Spojitosť *démonických duchovních zápasů* s traumatem (Hecker et al., 2015; Illueca, 2018), s různými psychologickými problémy např. úzkostí, depresí jako následek traumatu z dětství a přisuzování příčin těchto problémů ďábelskému působení (Rosmarin et al., 2018) nebo se strukturální disociací po prožitku traumatu (Drouin et al., 2017; Ivey, 2002) jsme popsali podrobně v dřívějších kapitolách. Jinou psychologickou interpretaci naznačuje ve své studii Merced (2018), podle níž je smysl jednou z důležitých životních potřeb, kterou člověk může naplňovat mj. vírou v paranormální zážitky (včetně víry v démonickou posedlost). Ty sice v člověku mohou prohloubit v určitých situacích stres, jindy však pocit smyslu a naplněnosti. Vedle psychologických souvislostí zde chceme věnovat pozornost i čistě duchovně-démonickému působení. Intenzivní démonické zápasy mohou být výsledkem odvrácení se od Boha a otevření se zlému duchu prostřednictvím různých okultních praktik (Giordan and Possamai, 2018). Tyto zápasy pak můžeme vnímat jako čistě duchovní komplikaci spojenou s Janiným předchozím způsobem života (Illueca, 2018). Csordas (1994) upozorňuje na to, že démoni se mohou do člověka dostat různě, některé z možností nacházíme v popisované anamnéze. Např. praktikování okultismu, používání kleteb, zasvěcovací rituály, čarodějnictví, sexuální zvrácenosti nebo osobní zalíbení v těžkém hříchu. Právě tyto zkušenosti mohly být u Jany vstupní branou pro vznik mimořádných démonických útoku a posedlosti, které mohou být v rovině čistě duchovní dále příčinou také výše zmiňovaných útoku božských a interpersonálních. V této spojitosti však nabývají nových charakteristik a intenzity. Jejich působení není stálé, nabývá ambivalentního charakteru, který se projevuje například střídáním výrazně pozitivních a negativních postojů vůči Bohu i vůči osobě kněze exorcisty a druhým lidem. Pokud sledujeme popisované duchovně-démonické zápasy v kontextu křesťanství, je důležité zmínit, že při nich démon nemá neomezenou moc, ale vždy působí pouze do míry dovolené Bohem, a to tak, že dílčí nepříjemnosti mají působit jako impulzy pro konečné dobro. Viz např. výzvu v Bibli u Timothea, aby lidé měli víru a dobré svědomí. Stalo se však to, že někteří se tohoto dobrého svědomí zbavili „...Patří mezi ně Hymenaios a Alexandr; ty jsem vydal satanovi, aby se odnaučili mluvit rouhavě“ (Tim, 1,20). Na základě tohoto příběhu můžeme najít biblické vysvětlení i pro démonické útoky v Janině životě. Jisté praktiky jejího života, které dnes hodnotí jako zvrácené, mohla chtít opustit na základě vystupňování démonického působení a následného prozření, uvědomění a návratu k „dobrému svědomí.“

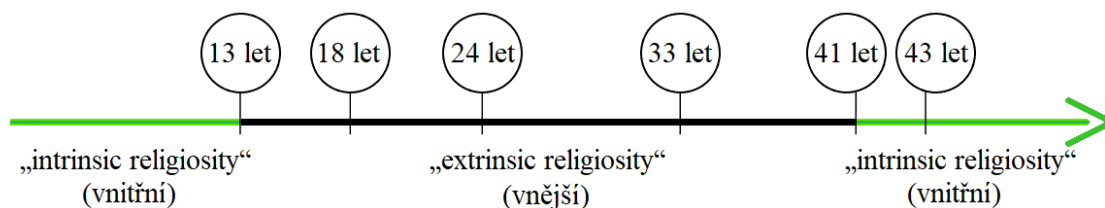
Graf 7.1 Duchovní zápasy v životě participantky.



Na viditelné proměně Janina života se podílelo jistě mnoho faktorů. Jako prvního si všimněme věku, ve kterém nastaly mnohé změny. Období dvou dekad kolem třicátého roku je spojeno s dozráváním osobnosti, kdy dochází k velké proměně osobnostních rysů (Roberts et al., 2006). Lidé v nižším věku se mohou odchýlit od svých biologických sklonů, ale později mají tendenci vracet se zpět ke své geneticky požadované hodnotě (Roberts & Mroczek, 2008). Navíc změny v pozdějším věku probíhají spíše pozitivním směrem. Začíná se naplňovat sociální zralost a lidé se stávají sebevědomější, vřelejší, zodpovědnější a klidnější (Roberts & Wood, 2006). Dalším faktorem proměny může být nalezení smyslu, který Jana začala objevovat v pomoci potřebným a v naplňování duchovních potřeb. Zde se sice setkala s něčím, co ji zpočátku ochromilo, zároveň bylo pouze milníkem na cestě k hledání obrazu pravého duchovního rozměru. Ten nakonec našla sama v sobě. Teprve v něm rozpoznala další poslání svého života, a sice probuzení silné touhy vycházející z jejího srdce „chtít být dobrá.“ Toto vnitřní osobní setkání s duchovním rozměrem vedlo k prozření a hlubšímu pochopení lidské přirozenosti v ní samé (Duarte, 2018). Zdá se také, že bylo rozhodujícím momentem a cestou k uzdravení velkých zranění z dětství. Tak jak prožitá traumata ovlivňovala dříve Janu negativním způsobem, po tomto prožitku je začala vnímat podobně jako Job ve Starém Zákoně. Bůh už pro ni nebyl ten vzdálený, odvrácený, bez zájmu, nebo neexistující, naopak našla v něm útěchu, bezpečí a útočiště před bolestnou minulostí (Beck & McDonald, 2004) a později i sílu pro všechny další duchovní boje, které někdy nabývaly velmi silné intenzity. Náročné démonické útoky, které dnes prožívá, tak zvládá ve velké míře díky svému pevnému vztahu k Bohu a smyslu, který objevila i v prožívání všech těžkostí. V jejím příběhu bychom neměli přehlédnout také možné souvislosti proměn vnitřní („intrinsic“) a vnější („extrinsic“) religiozity. Zatímco v dětství je Janina náboženská zkušenost osobní, stojí na vnitřní zkušenosti, později se stává pouze vnější a formální. Další změna přichází kolem čtyřiceti let a má znovu charakter vnitřního prožívání (Graf 7.2). První proměna od vnitřní k vnější religiozitě mohla nastat po prožitém zklamání a traumatu, které bývá spojeno s poklesem religiozity v dospělosti (Tailor et al., 2014). Vnější religiozita, která nahradila tu vnitřní, je spojena s nižší životní pohodou (Dezutter et al., 2006), což by mohlo být jednou z příčin těžkostí v Janině životě během dospívání

a mladší dospělosti. Naopak vnitřní religiozita, ke které se později znovu dopracovala, působí protektivně pro zvýšení mentálního zdraví, spokojenosti (Bravo et al., 2016) a vyšší kvalitu života (Nunes-Reis et al., 2020; Bravo et al., 2016). Navíc souvisí s využíváním pozitivního náboženského copingu (Lewis et al., 2005) a postojem altruismu (Chau et al., 1990). Obě tendence jsou v Janině životě jasně pozorovatelné. Vnitřní religiozitu tak můžeme považovat za další důležitý faktor její životní proměny.

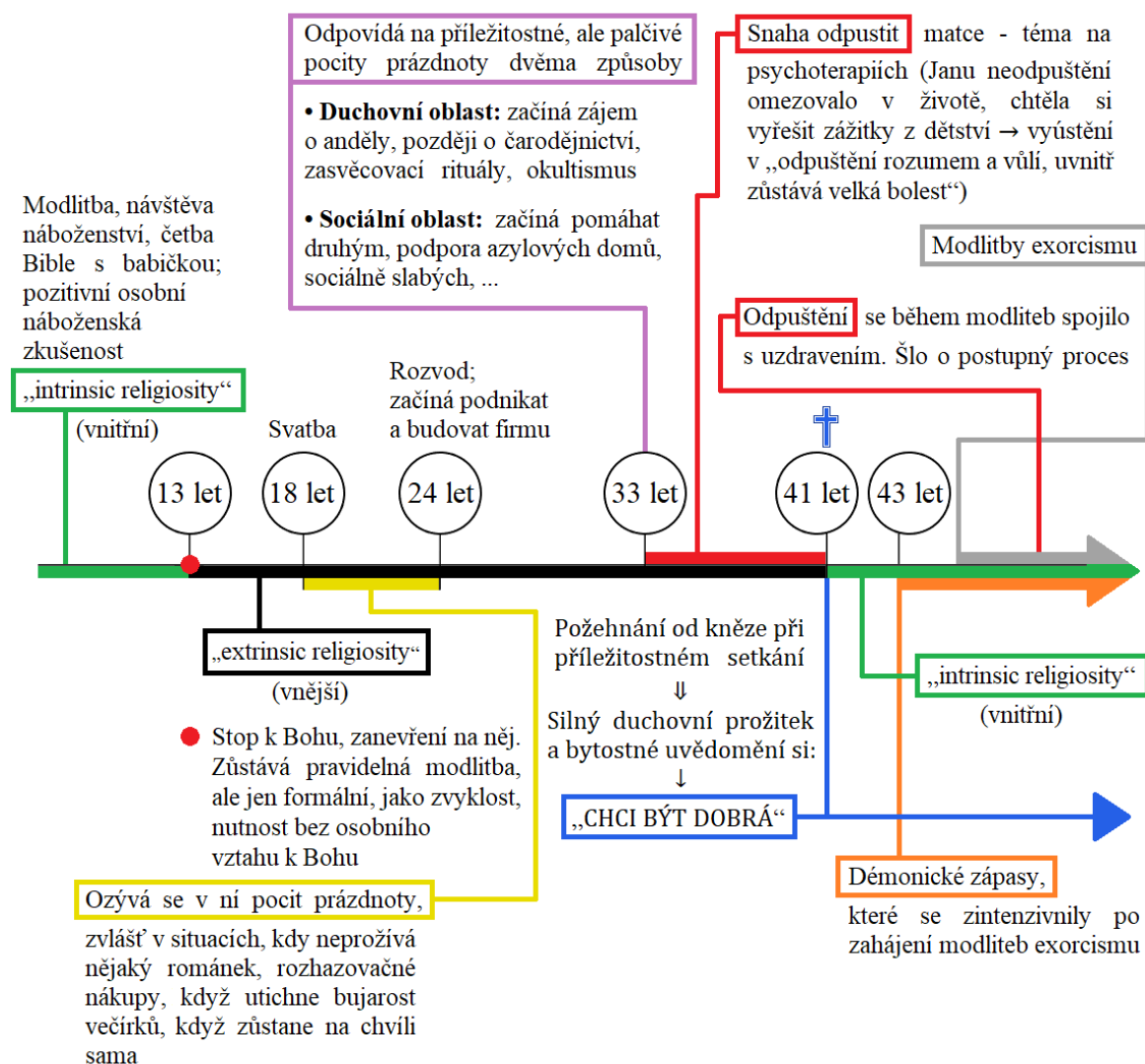
Graf 7.2 Proměna vnímání a prožívání religiozity v životě participantky.



Součástí vnitřního prožívání religiozity a spirituality jsou témata zahrnující například vděčnost nebo odpuštění, přičemž právě tato témata mohou významně posílit psychoterapeutické účinky procesu uzdravování a vypořádání se s minulostí (de Mamani et al., 2010). V Janině postoji odpuštění všem, od kterých zažila velké ublížení, tak můžeme vidět další důležitý faktor působící na proměnu její osobnosti.

Jako poslední významný ukazatel je nutné zmínit postoj modlitby, ve kterém Jana vytrvala nepřetržitě od dětství až do dospělosti, přestože se střídala období osobní modlitby a modlitby, která byla spíš nutnou zvyklostí či formalitou. Právě síla modlitby mohla Janě pomoci při vypořádávání se se stresem (Hill and Pargament, 2003), při řešení těžkých životních problémů (Marks and Dollahite, 2011), nebo mít protektivní funkci pro její fyzické (Ross et al., 2008) i mentální zdraví (Hatch et al., 2016; Jankowski and Sandage, 2011).

Graf 7.3 Časová osa zachycující důležité momenty života participantky.



Duchovní zápasy a negativní náboženský coping jsou většinou spojeny s nižším mentálním a fyzickým zdravím člověka (Pargament et al., 2000), což naše kvalitativní studie rozporuje. Důvod vidíme ve výše popsaných faktorech, ke kterým participantka dospěla a staly se jí opěrnými body v životě: nalezení osobního vztahu k Bohu, objevení smyslu života, vnitřní prožívání religiozity, odpuštění a modlitba. Přestože i víra v demony souvisí s pozdějším poklesem zdraví (Nie and Olson, 2016), u Jany jsme nepostřehli jeho nejmenší náznak. Výraznou pomocí se jí stalo křesťanství, které má bohatou zkušenost s existencí démonů a jejich působením, které není neomezené, ale podřízené Boží moci. V její perspektivě našla Jana i smysl démonických útoků. Postupně začala vnímat všechny duchovní zápasy jako výzvu a příležitost k sebepřekonání, růstu osobnosti i vztahu k Bohu a k ostatním lidem. Tento postoj také mohl zabránit negativnímu dopadu duchovních zápasů na její zdraví.

7.3.1 Silné stránky a limity

Velkou předností naší studie je originální uchopení tématu, které zatím nebylo zpracováno podobným způsobem. Ukázalo se tak, že prožívání duchovních zápasů může mít ve specifickém psycho-spirituálním kontextu pozitivní význam. Forma osobní případové studie nám dovolila odrýt slupku základních informací, sestoupit pod povrch prvního dojmu a zabývat se detailně možnými souvislostmi duchovní a psychické dimenze člověka. Nekvantifikovatelnost a neopakovatelnost, které vychází ze samotné formy případové studie, považujeme i v této studii za omezení (Miovský, 2006).

7.3.2 Implikace

Zjištění vyplývající z naší studie mohou podpořit dialog o duchovním a psychosomatickém zdraví člověka a přispět ke zviditelnění významu celostní medicíny. Dále mohou být inspirací především pro psychoterapie a poradenskou psychologii. Z pohledu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu jako čtyř pilířů lidské osobnosti, mohou být naše výsledky implikovány na možnosti zvládání zátěže. V těžké životní situaci, která by znamenala přetížení jednoho z pilířů, lze napětí rozložit podle možností do zbývajících tří, které v danou chvíli mají kapacitu snést vyšší zátěž, nebo si o ni dokonce říkají.

7.4 Závěr

V naší kvalitativní studii jsme mapovali duchovní zápasy v životě participantky a hledali jejich význam pro změnu a růst její osobnosti. Byly nalezeny čtyři druhy duchovních zápasů: božské, interpersonální, duchovní zápasy o smyslu života a démonické. Pro participantku představovaly a dále představují náročnou životní zkušenost. Podařilo se jí však nalézt pozitivní duchovní pevný bod, o který se může opřít a všechny zápasy se učit přijímat jako životní výzvu se zřejmou perspektivou smyslu. Tento kladný psycho-spirituální efekt v jejím životě přispěl k růstu její osobnosti, prohloubení vztahu k Bohu i lidem a celkovému zvýšení prosociálního citění a chování.

Literatura

- Beck R and McDonald A (2004) Attachment to god: The attachment to god inventory tests of working model correspondence, and an exploration of faith group differences. *Journal of Psychology and Theology* 32(2): 92-103.
- Bravo AJ, Pearson MR and Stevens LE (2016) Making religiosity person-centered: A latent profile analysis of religiosity and psychological health outcomes. *Personality and Individual Differences* 88: 160-169.
- Bussing A and Koenig HG (2010) Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions* 1(1): 18-27.
- Chau LL, Johnson RC, Bowers JK, et al. (1990) Intrinsic and extrinsic religiosity as related to conscience, adjustment, and altruism. *Personality and Individual Differences* 11(4): 397-400.
- Csordas T (1994) *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley: University of California Press. (Roberts BW, Wood D. Personality development in the context of the Neo-Socioanalytic Model of personality. In: Mroczek D, Little T, editors. *Handbook of personality development*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006. pp. 11–39.)
- de Mamani AGW, Tuchman N and Duarte EA (2010) Incorporating Religion/Spirituality Into Treatment for Serious Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 17(4): 348-357.
- Dezutter J, Soenens B and Hutsebaut D (2006) Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences* 40(4): 807-818.
- Drouin E, Pereon T and Pereon Y (2017) Demonic possession by Jean Lhermitte. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique* 43(4): 394-398.
- Duarte AJO (2018) Human ecology: The nature as an archetypal divinity. *Revista Artemis* 25(1): 309-323.
- Eliassen AH, Taylor J and Lloyd DA (2005) Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion* 44(2): 187-199.
- Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, et al. (2014) The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and Initial Validation. *Psychology of Religion and Spirituality* 6(3): 208-222.
- Gall TL (2006) Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 30(7): 829-844.
- Giordan G and Possamai A (2018) Mastering the devil: A sociological analysis of the practice of a Catholic exorcist. *Current Sociology* 66(1): 74-91.
- Guloglu B, Karairmak O and Emiral E (2016) The role of spirituality and forgiveness in childhood trauma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry* 17(4): 309-316.
- Hale L (2010) The Mind Possessed: The Cognition of Spirit Possession in an Afro-Brazilian Religious Tradition. *American Anthropologist* 112(3): 479-480.
- Hatch TG, Marks LD, Bitah EA, et al. (2016) The Power of Prayer in Transforming Individuals and Marital Relationships: A Qualitative Examination of Christian, Jewish, and Muslim Families. *Review of Religious Research* 58(1): 27-46.

- Hecker T, Braitmayer L and van Duijl M (2015) Global mental health and trauma exposure: the current evidence for the relationship between traumatic experiences and spirit possession. *European Journal of Psychotraumatology* 6.
- Hill PC and Pargament KI (2003) Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality - Implications for physical and mental health research. *American Psychologist* 58(1): 64-74.
- Illueca M (2018) Interdisciplinary Perspectives on Spirit Possession and Deliverance Ministries. *Journal of Pastoral Care & Counseling* 72(4): 269-277.
- Ivey G (2002) Diabolical discourses: demonic possession and evil in modern psychopathology. *South African Journal of Psychology* 32(4): 54-59.
- Jankowski PJ and Sandage SJ (2011) Meditative Prayer, Hope, Adult Attachment, and Forgiveness: A Proposed Model. *Psychology of Religion and Spirituality* 3(2): 115-131.
- Janu A, Malinakova K, Kosarkova A, et al. Associations of childhood trauma experiences with religious and spiritual struggles. *Journal of Health Psychology*.
- Kennedy P and Drebing CE (2002) Abuse and religious experience: A study of religiously committed evangelical adults. *Mental Health, Religion & Culture* 5(3): 225-237.
- Koenig HG, D King, and VB Carson (eds.) (2012) Handbook of religion and health, 2nd ed. New York: Oxford.
- Lewis CA, Maltby J and Day L (2005) Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences* 38(5): 1193-1202.
- Maltby LE and Hall TW (2012) Trauma, Attachment, and Spirituality: A Case Study. *Journal of Psychology and Theology* 40(4): 302-312.
- Marks LD and Dollahite DC (2011) Mining the Meanings and Pulling out the Processes From Psychology of Religion's Correlation Mountain. *Psychology of Religion and Spirituality* 3(3): 181-193.
- McCormick WH, Carroll TD, Sims BM, et al. (2017) Adverse childhood experiences, religious/spiritual struggles, and mental health symptoms: examination of mediation models. *Mental Health Religion & Culture* 20(10): 1042-1054.
- Meares R (2000) Intimacy and Alienation: Memory, trauma and personal being. London, UK: Routledge Taylor & Francis Group.
- Miovský M (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Nie FH and Olson DVA (2016) Demonic Influence: The Negative Mental Health Effects of Belief in Demons. *Journal for the Scientific Study of Religion* 55(3): 498-515.
- Nunes-Reis AR, Da Luz RA, de Deus JM, et al. (2020) Association of religiosity with mental health and quality of life in women with chronic pelvic pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 55(6): 408-420.
- Pargament KI (2007) Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York, NY, US: Guilford Press.
- Pargament KI, Koenig HG and Perez LM (2000) The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology* 56(4): 519-543.

- Park CL, Currier JM, Harris JI, & Slattery J (2016) Trauma, meaning, and spirituality: Translating research into clinical practice. Washington, DC: American Psychological Association.
- Park CL and Folkman S (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115–144. doi:10.1037/1089-2680.1.2.115
- Proctor MT, Cleary M, Kornhaber R, et al. (2019) Christians with chronic complex trauma and relationally focused spiritual difficulties: A conversational model perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health* 21(2): 77-110.
- Roberts BW and Mroczek D (2008) Personality trait change in adulthood. *Current Directions in Psychological Science* 17(1): 31-35.
- Roberts BW, Walton KE and Viechtbauer W (2006) Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin* 132(1): 1-25.
- Rosmarin DH, Pirutinsky S, Appel M, et al. (2018) Childhood sexual abuse, mental health, and religion across the Jewish community. *Child Abuse & Neglect* 81: 21-28.
- Ross LE, Hall IJ, Fairley TL, et al. (2008) Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 14(8): 931-938.
- Taylor K, Piotrowski C, Woodgate RL, et al. (2014) Child Sexual Abuse and Adult Religious Life: Challenges of Theory and Method. *Journal of Child Sexual Abuse* 23(8): 865-884.

8 Diskuze

Cílem této práce bylo přinést nové nástroje měření duchovních zápasů do české společnosti. Vybrali jsme Škálu náboženských a duchovních zápasů a dotazník Negativního náboženského copingu a oba nástroje validizovali pro české prostředí. Dalším cílem bylo hledání asociací mezi duchovními zápasy a mentálním i fyzickým zdravím člověka. Zaměřili jsme se na souvislosti prožitku traumatu v dětství a duchovních zápasů v dospělosti, asociaci duchovních zápasů s konkrétním onemocněním, jmenovitě deprese, artritida, astma, bolesti zad, rakovina, kardiovaskulární nemoci, cukrovka a infarkt. Posledním cílem naší práce byl popis a rozlišování symptomů duchovních zápasů od psychiatrické diagnózy a možný význam těchto zápasů pro osobnostní proměnu člověka. Problematickou jsme se zabývali jak v širokém měřítku kvantitativních studií, tak v kvalitativní osobní případové studii.

V následujícím textu jsou shrnuta a diskutována hlavní zjištění této práce, popsány silné stránky a limity práce a implikace pro praxi i budoucí výzkum.

8.1 Hlavní zjištění

Hlavní zjištění jsou seřazena podle výzkumných otázek.

Výzkumná otázka 1 (kap. 2 a 3)

Jaké jsou psychometrické vlastnosti nástrojů pro zjišťování náboženských a duchovních zápasů/negativního náboženského copingu v českém prostředí?

Psychometrická analýza Škály náboženských a duchovních zápasů (RSS)

Po provedení psychometrické analýze Škály náboženských a duchovních zápasů (RSS) v českém prostředí jsme zjistili, že v našich podmínkách je patrná tendence slučování subškál do dvojic, a sice Božská a Démonická, Smysl života a Morální, Interpersonální a Pochybnosti. Proto jsme na základě výsledků zvolili alternativní třífaktorový model pro RSS v českém prostředí, ve kterém jsou zastoupeny pouze tři z původních šesti subškál, a to Božská, Smysl života a Interpersonální. Toto řešení zachovává vysokou vnitřní konzistenci RSS dotazníku a zároveň výrazně redukuje jeho délku. V českém prostředí může být využívána i originální šestifaktorová škála zvláště pro jemnější rozlišení mezi jednotlivými oblastmi duchovních zápasů.

Psychometrická analýza Negativního náboženského copingu (NRC) ze škály Brief RCOPE

Po provedení psychometrické analýzy NRC subškály se potvrdila jednodimenziální faktorová struktura a vysoká vnitřní konzistence škály v českých podmínkách. Zjistili jsme, že originální verze NRC dokáže v českém prostředí spolehlivě měřit negativní náboženský coping.

Výzkumná otázka 2 (kap. 4)

Jaká je asociace mezi prožitkem traumatu v dětství a duchovními zápasy v dospělosti?

Naše studie potvrdila, že všechny typy traumatu prožitého v dětství významně souvisí se všemi šesti typy náboženských a duchovních zápasů v dospělosti. Nejvyšší hodnoty se ukázaly mezi prožitkem traumatu a démonickými zápasy. Signifikantní asociace byla zřejmá jak u věřících, tak u nevěřících respondentů.

Výzkumná otázka 3 (kap. 5)

Může souviset prožívání náboženských a duchovních zápasů se somatickým onemocněním?

Zjistili jsme, že náboženské a duchovní zápasy negativně souvisejí nejen s mentálním, ale i fyzickým zdravím. Nejsilnější asociace se potvrdila mezi náboženskými a duchovními zápasy a depresí. Ze somatických onemocnění pak byly nejvýraznější hodnoty u astmatu, bolestí zad, rakoviny a kategorie „jiné nemoci.“ Kromě démonické subškály všechny typy subškál náboženských a duchovních zápasů asociovaly minimálně s pěti nemocemi z devíti zkoumaných. V démonické subškále pouze se třemi. Vůbec nejvýraznější asociace se ukázala mezi zápasy o smysl života a rakovinou nebo depresí.

Výzkumná otázka 4 (kap. 6)

Jaká je zkušenost jedince, který prožívá intenzivní duchovní démonický zápas?

Podrobně jsme popsali průvodní symptomy participantky uvádějící prožitky intenzivních démonických zápasů. Hledali jsme jejich možné psychologické, psychiatrické i duchovní příčiny zvláště v souvislosti s prožitým traumatem v dětství, možnou disociační reakcí či psychotickými symptomy a duchovní okultní zkušeností.

Výzkumná otázka 5 (kap. 7)

Jaký význam může mít prožívání náboženských a duchovních zápasů pro změnu životního nastavení?

V životním příběhu participantky jsme rozeznali prožitky čtyř druhů duchovních zápasů, a sice božské, interpersonální, zápasy o smysl života a démonické. Studie dále naznačuje její velkou životní a osobnostní pozitivní proměnu, a to jak v rovině vztahu k Bohu, tak sama k sobě a proměnu vztahů k druhým lidem.

8.2 Diskuze o hlavních zjištěních

V této kapitole jsou diskutovány výsledky a hlavní zjištění práce. Celá diskuze je tematicky rozčleněna do čtyř částí, které vycházejí z pořadí i obsahu výzkumných otázek. Následují silné stránky a limity práce, implikace pro další výzkum i praxi a závěrečné shrnutí.

Nové měřicí nástroje v českém prostředí

Validizovali jsme dva měřicí nástroje Škálu náboženských a duchovních zápasů (RSS) a Škálu negativního náboženského copingu (NRC) pro českou populaci. Zjistili jsme, že obě škály jsou použitelné v českých podmínkách. NRC škála v originální verzi, u RSS škály doporučujeme na základě výsledků psychometrické analýzy alternativní třífaktorový model, ve kterém jsou zastoupeny pouze tři z původních šesti subškál. Důvodem je vysoká vnitřní konzistence a výrazné zkrácení škály. V českém prostředí však může být využívána i originální šestifaktorová škála zvláště v situacích, kdy hledáme jemnější a konkrétní rozlišení mezi jednotlivými oblastmi duchovních zápasů.

Mnoho zemí jak v Evropě, tak mimo ni provedlo podobnou validizaci pro svoje místní podmínky (Al-Hadethe, Hunt, Thomas, & Al-Qaysi, 2016; Mohammadzadeh & Najafi, 2016); Abu-Raiya, Pargament, Weissberger, & Exline, 2016; Paika et al., 2017; Zarzycka, Ciszek, & Rykowska, 2018). U NRC škály docházejí všichni ke shodě s původní verzí stejně jako my, u škály RSS se výsledky šetření liší. V některých zemích zachovávají originální šestifaktorový model (Abu-Raiya, Pargament, Weissberger, & Exline, 2016; Zarzycka, Ciszek, & Rykowska, 2018), v jiných dochází k úpravám podobně jako u nás (Abu-Raiya, Exline, Pargament, & Agbaria, 2015). Rozdíl mezi zachováním NRC škály v originální podobě a tendenci k provedení změn u RSS škály pro české prostředí vidíme především v obsahové stránce měřicích nástrojů. Položek NRC škály v dotazníku je výrazně méně, vnímáme ho jako obecnější, zatímco počet položek RSS škály je několikanásobně vyšší a více specificky zaměřený na konkrétní podoblasti náboženských a duchovních bojů (vztah k božstvu, transcendentnu; obraz a vnímání démonických sil; pochybnosti o otázkách víry; otázky o smyslu života; problémy ve vztazích v rámci duchovní komunity; morální vnímání). Různá náboženství, duchovní směry či osobní vnímání transcendentna mají svoje konkrétní charakteristiky, které mohou znamenat odlišný pohled, tedy i nejednotné chápání jednotlivých kategorií náboženských a duchovních zápasů. Specifikem české škály RSS je sloučení subškál do dvojic. Vysvětlením pro sloučení subškál Božská a Démonická může být sekulární prostředí ČR, kde většina lidí nevěří v Boha, ale „v něco nad námi“ v „něco mezi Nebem a Zemí“ (Malinakova et al., 2018). Může zde tak být oslabeno vnímání rozdílu mezi božským a démonickým působením. To je mimo jiné podpořeno také bohatou tradicí českých pohádek (Vondráček a Holub, 1972), ve kterých sice dobro jasně vítězí nad zlem, ale „dábel/zlý duchové“ vystupují mnohdy jako zábavné či vtipné postavy s nadpřirozenou mocí, které mohou lidem pomáhat. V dotazníku RSS se naopak jasně rozlišuje mezi položkami vztahujícími se k Bohu (božstvu), či démonickým silám, ze kterých lze intuitivně vyčíst pozitivní moc Boha (např. Pochyboval/a jsem, zda mě Bůh miluje. Cítil/a jsem se, jako by mě Bůh trestal. Cítil/a jsem se, jakoby mě Bůh zklamal.) a negativním působení dýbla (např. Cítil/a jsem se trýzněn/a dýblem nebo zlými duchy. Cítil/a jsem se, jakoby se mě dýbel nebo zlý duch pokoušel odvracet od toho, co je

dobré.) Toto vysvětlení však rozporuje naše studie o souvislostech traumatu v dětství a duchovních zápasů v dospělosti. Nejvýraznější asociace se ukázala se zápas v démonické oblasti a byla zřejmá jak u věřících, tak nevěřících respondentů (viz dále v textu). Další sloučení v RSS dotazníku proběhlo mezi subškálami Smysl života a Pochybnosti. Formulace jejich jednotlivých položek může působit nejasně, protože se obsahově dotýká obou z nich. Např. položky „Pochyboval/a jsem, jestli má život vůbec smysl.“ „Pochyboval/a jsem, zda se díky mému životu něco ve světě změní.“ „Znepokojovalo mě, zda má život nebo existence nějaký konečný cíl.“ „Cítil/a jsem se zmatený/á ohledně svého náboženství nebo duchovního přesvědčení.“ mohou teoreticky spadat do subškály Pochybnosti i Smysl života.

Obecnější škála NRC, ve srovnání s podrobnější RSS škálou, se zdá jako lépe odpovídající pro zkušenost sekulární společnosti. Výsledky spojené s demografickými charakteristikami u validizace NRC v českém prostředí více korespondují s výsledky dalších studií. Naznačují vyšší míru duchovních zápasů u studentů, čili v nižším věku (Exline, Park, Smyth, & Carey, 2011) a také ve věkové skupině 20–29 let, naopak mírný pokles ve vysokém věku. Na rozdíl od RSS škály, kde se ukázaly duchovní zápas výraznější právě u osob s vyšším věkem. Důvodem výsledků s RSS šetřením může být zahrnutí nereligiózních respondentů do vzorku. Mnozí z nich uvedli, že se jich tato problematika netýká, čímž byl vysoký poměr respondentů z výzkumu vyloučen. Mohlo tak dojít ke zkreslení výsledků dat. Další zajímavé srovnání se nabízí s výzkumem Halla a Edwardse, kteří poukázali na vyšší míru duchovních zápasů u lidí s vnější (extrinsic) formou religiozity (Hall & Edwards, 2002). V této souvislosti by naše výsledky mohli znamenat, že víra této věkové skupiny není vnitřní a pevná (intrinsic), ale spíše vnější a formální. Náboženské a duchovní zápas pak mohou být ještě více prohloubeny nějakou negativní událostí, v tomto věku často nemocí (Bjorck & Thurman, 2007).

Výsledky jiné studie (Sedlar et al., 2018), která srovnává míru náboženských a duchovních zápasů mezi ateisty a věřícími, ukazují na to, že ateisté prožívají méně duchovních zápasů než věřící lidé. Tato tendence se potvrdila jak u výsledků celé RSS škály, tak u jednotlivých oblastí démonická, božská, pochybnosti a morální. V podobné míře prožívají duchovní zápas ateisté s věřícími v oblastech interpersonální a smysl života. Tyto výsledky by mohly být vysvětlením pro tak vysoký počet odpovědí „netýká se mě“ ve studii RSS, který vychází z ateistické společnosti.

Pro ČR tedy navrhuje využívaní NRC škály, zkrácené verze škály RSS a používání celé RSS škály pro osoby spíše s vnitřní religiozitou a především v situacích, kdy je důležité rozkrýt konkrétních náboženských a duchovních zápasů.

Asociace prožitku traumatu a duchovních zápasů v dospělosti

Zkoumali jsme možné souvislosti mezi prožitkem traumatu v dětství a duchovních zápasů v dospělosti. Náš výzkum potvrdil významnou asociaci mezi prožitkem jakéhokoliv traumatu či zanedbávání v dětství a duchovními zápas v dospělosti. Nejvyšší hodnoty se ukázaly mezi prožitkem traumatu a démonickými zápas.

Výsledky naší studie korespondují s výsledky dalších autorů o významné asociaci mezi traumatem v dětství a duchovními boji v dospělosti (McCormick, Carroll, Sims, & Currier, 2017). Lidé mohou na základě negativní zkušenosti vnímat Boha jako někoho, kdo je jim vzdálený, bez zájmu a nemiluje je (L. E. Maltby & T. W. Hall, 2012). Pro tato zjištění se nabízí několik vysvětlení.

Prvním je vznik nejisté vztahové vazby. Zkušenost traumatu se může vedle sociálních vztahů promítnout do vztahu člověka k Bohu. V ČR je v praktikování víry výrazně zastoupeno křesťanstvím, ve kterém je Bůh vnímán jako milující otec, má se stát někým, s kým lze navázat pevný a důvěrný vztah (Gall, 2006). Když dojde ke zneužívání nebo zanedbání dítěte otcem (matkou), má tato zkušenost výrazně negativní dopad na možnost vzniku důvěrného vztahu k Bohu (Bierman, 2005). Přenos negativní zkušenosti ublížení rodičem na Boha pak působí vznik deformovaného obrazu Boha i jeho působení a zvyšuje intenzitu náboženských a duchovních zápasů. Tento mechanismus jsme mohli vidět v osobní případové studii paní Jany, která se od Boha po negativní zkušenosti s matkou zcela odvrátila.

V návaznosti na její zkušenost nabízíme druhé vysvětlení zvýšené míry duchovních zápasů po prožitém traumatu a tím je neodpuštění. Lidé se po prožitku zneužívání či zanedbávání často vypořádávají s vnitřními a interpersonálními zápasy jako je odpuštění druhým, odpuštění sám sobě (Guloglu, Karairmak, & Emiral, 2016), nebo nesprávné vnímání sama sebe (Proctor, Cleary, Kornhaber, & McLean, 2019). Tyto postoje jsou pak přímo živnou půdou pro růst náboženských a duchovních zápasů. V příběhu paní Jany můžeme vnímat, že právě odpuštění matce bylo jedním z nejdůležitějších faktorů pro vypořádání se s minulostí a výraznému snížení mnohých duchovních zápasů.

Třetím hlediskem je již dříve potvrzená souvislost mezi prožitkem traumatu v dětství a nižší mírou mentálního zdraví. Potvrzují ho studie o zvýšené míře depresí (McCormick et al., 2017), bipolární či hraniční poruše osobnosti nebo také schizofrenii (Mergler et al., 2018; Rosmarin, Pirutinsky, Appel, Kaplan, & Pelcovitz, 2018). Duchovní zápasy, zvláště démonické, které vykazovaly nejvyšší hodnoty asociací s traumatem, tak mohou vycházet z psychotických symptomů, halucinací a falešných představ s démonickým obsahem. Zároveň se může objevit vědomá či nevědomá tendence popření takového mechanismu a přisuzování duševních problémů démonickým silám z důvodu obavy ze stigmatizace kvůli psychické nemoci (Krendl & Freeman, 2019; Lyndon, Crowe, Wuensch, McCammon, & Davis, 2019).

Čtvrtým vysvětlením pro zvýšenou míru démonických zápasů je teorie strukturální disociace (Piedfort-Marin, 2019), podle které může po traumatu dojít k disociační reakci, nevědomému odštěpení určitého psychického obsahu a následné démonické interpretaci.

Posledním pátým hlediskem je skutečnost duchovního boje po zranění z dětství v duchovní rovině. Podle Illuecy totiž existují komplikace čistě duchovní povahy (Illueca, 2018) a duchovní démonické zkušenosti proto nelze automaticky řadit pouze do kategorie psychotických stavů (Iotchev & van Schie, 2017). Zde se dostáváme na místo setkání vědy a náboženství, racionálního a duchovního vnímání, kde mají oba pohledy nezastupitelné místo a zaslouží si pozornost a respekt. V souvislosti s prožitkem traumatu jako velkého zranění z dětství a ještě více čarodějnických a okultních aktivit v životě Jany můžeme usuzovat i toto působení.

Dále stojí za povšimnutí zjištění, že démonické duchovní zápasy se týkají jak religiózních, tak nereligiózních respondentů (kap. 5). Tento výsledek rozporuje tendenci respondentů z prvního výzkumu o škále RSS, kde mnozí odpověděli, že se jich tato problematika netýká. Podobně Sedlar et al. (2018) ve svém výzkumu ukázali, že ateisté prožívají méně duchovních démonických zápasů než věřící lidé. Výsledky na vzorku lidí s prožitkem traumatu ukazují opačnou tendenci. Ta může být podpořena oslabením mentálního zdraví u lidí s historií zneužívání či zanedbávání.

Naše studie podporuje jiné výzkumy o negativních souvislostech traumatu z dětství. Silná negativní asociace s náboženskými zápasy naznačuje riziko ohrožení duševního zdraví a vzniku psychosomatických problémů.

Souvislosti náboženských a duchovních zápasů se somatickým onemocněním

Zkoumali jsme možné souvislosti náboženských a duchovních zápasů se somatickými onemocněními.

Zjistili jsme, výraznou negativní asociaci mezi duchovními zápasy a mentálním i fyzickým zdravím. Nejsilnější byla asociace s depresí, ze somatických nemocí šlo o astma, bolesti zad, rakovinu a kategorii „jiné nemoci.“

Souvislost mezi duchovními zápasy a astmatem, bolestmi zad i rakovinou lze vysvětlit somatizací duchovního napětí, které působí buď přímo, nebo skrze zvýšenou úzkostnost (O'Brien et al., 2008), či depresi (Currier et al., 2019; Francis et al., 2019). Toto tvrzení podporuje i fakt, že asociace duchovních zápasů a deprese vykazovala nejvyšší hodnoty. Důležité je zmínit, že jsme nezkoumali příčinnost jevů. Víme, že rakovina je většinou dlouhodobé onemocnění, během kterého může napětí a stres vést ke zvýšení duchovních zápasů. Tímto způsobem jsou vystaveni nebezpečí zvláště lidé s vnější religiozitou (Hall & Edwards, 2002). Celý mechanismus vzájemného spolupůsobení se tak stává zacykleným procesem. Náboženské a duchovní zápasy mohou být příčinou vzniku somatického onemocnění. Lidé začnou obviňovat Boha, že je nepřítomný v jejich utrpení, že se jim vzdálil, dokonce je snad i trestá (Thune-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, & Newman, 2011). Takový obraz Boha rozběhne myšlenky pochybností o Bohu, vůbec o jeho existenci (Exline, Grubbs, & Homolka, 2015) a znamená zesílení duchovních zápasů. Tak je podporován celý negativní cyklický proces.

Vůbec nejsilnější asociace za jednotlivé subškály se ukázala ve dvou vztazích, a sice duchovní zápasy o smysl života a rakovina, duchovní zápasy o smysl života a deprese, které se potvrdili již dříve (Garcia-Alandete, Salvador, & Rodriguez, 2014). Ještě jednou se vraťme k výzkumu Sedlar et al. (2018), který ukázal, že dvě kategorie duchovních zápasů hrají stejně důležitou roli jak v životě věřících respondentů, tak ateistů. Byly jimi duchovní zápasy interpersonální a právě zápasy o smysl života. Tímto zjištěním naše výsledky nabývají na významu, protože poukazují na riziko jak pro věřící, tak nevěřící populaci, a to v době, kdy je rakovina považována za jedno z nejvážnějších civilizačních onemocnění (Turek, Krzyczmonik, & Balczewski, 2016). Na základě našich výsledků můžeme tedy zvažovat duchovní zápasy jako významnou oblast pro zkoumání etiologie této nemoci.

Výsledky kvantitativní studie podporuje také kvalitativní zpracování osobní případové studie zkušenosti paní Jany (kap. 6 a 7). V jejím životě jsme rozpoznali čtyři druhy duchovních zápasů: božské, interpersonální, zápasy o smysl života a démonické. Období prožívání těchto zápasů koresponduje s problémy náhlých bolestí hlavy a zad, deprese, suicidálních myšlenek a abúzu návykových látek. Později, když ji životní události dovedly k proměně vnímání sama sebe, Boha i druhých, postupně vymizely duchovní zápasy o smysl života, božské i interpersonální. Jana prožila odpuštění matce, našla smysl života v pomoci potřebným, ve vztahu k Bohu, který se pro ni stal pozitivním duchovním pevným bodem jejího života. Skrze tento vztah k Bohu objevila také smysl každé všední situace, jakéhokoli utrpení či zklamání, čímž přirozeně ztratily na síle také

interpersonální duchovní boje. Tato několik let trvající proměna s sebou současně nesla postupné odeznívání bolestí hlavy a zad, deprese i suicidálních myšlenek, abúzus návykových látek v nízké míře příležitostně přetrvává.

Naše práce podtrhuje význam spirituálně-somatických asociací a přispívá k pochopení celé bio-psycho-sociálně-spirituální dynamiky osobnosti. Podporuje tento model zvláště v souvislosti s duchovní rovinou.

Zkušenost jedince s duchovními zápasy a jejich význam pro změnu osobnosti a životního nastavení

Mapovali jsme zkušenosti jedince prožívajícího intenzivní duchovní zápasy, zvláště démonické. Hledali jsme význam těchto zápasů pro jeho současný a další život. V životě participantky byly rozpoznány čtyři druhy náboženských a duchovních zápasů: božské, interpersonální, zápasy o smysl života a démonické. Přes její negativní a zamítavý vztah k Bohu se ukazuje důležitá osobní zkušenost z dětství naznačující vnitřní prožívání religiozity, která jí dává možnost jasně rozlišit mezi božskými a démonickými duchovními zápasy. Schopnost vnímání tohoto rozdílu není samozřejmá, jak ukázaly první dvě kvantitativní studie o měření duchovních zápasů a negativního náboženského copingu v českém prostředí (kap. 2 a 3).

Původ intenzivních prožitků duchovních zápasů zvláště démonických můžeme spojovat s fyzickým a psychickým násilím prožívaným v dětství, následnou disociací, somatickými obtížemi, psychotickými symptomy nebo s pozdější okultní zkušeností. Její deprese i somatické obtíže jako bolesti zad a hlavy časově korespondují s prožíváním těchto duchovních bojů. Postupně se vedle nich vynořují dvě niterné touhy. První je zpočátku zatím nejasná, ale silná touha vyvolaná nenasyceností duchovních potřeb. Druhou je touha „Chtít být dobrá“, kterou brzy začne naplňovat službou potřebným a zájmem o ně. Odpověď na duchovní prázdnotu nachází návratem k Bohu. V něm také nalézá útěchu, bezpečí a útočiště před bolestnou minulostí (Beck & McDonald, 2004) a odpuštění matce. Nalezením pozitivního pevného bodu v duchovním životě a v práci pro druhé pak objevuje smysl svého života, který také začne dávat smysl všem dalším událostem v jejím životě, i těm těžkým a bolestným. Přirozeně tak buď mizí, nebo výrazně ztrácí na intenzitě všechny doposud prožívané duchovní zápasy. Jediný druh duchovních zápasů, který má opačnou tendenci, jsou zápasy démonické.

Tato pozitivní proměna u participantky mohla být přirozenou ochranou pro vznik psychosomatických onemocnění, které často s intenzivními zápasy souvisí. Jana v současnosti netrpí depresemi, ani úzkostmi, přestože existuje významný prediktor, zvláště emoční zanedbávání, který by mohl, posílen duchovními zápasy, úzkostné stavy či depresi vyvolat.

Intenzivní zkušenosti duchovních démonických zápasů by mohly pro Janu znamenat znovu ohrožení duševního zdraví. Podle některých autorů totiž víra v demony vede k pozdějšímu poklesu mentálního zdraví (Nie & Olson, 2016). V jejím životě však v současnosti působí čtyři ochranné faktory, které naznačují rezistentnost vůči takovému vývoji. Prvním je její inklinace zpět ke křesťanské víře. V něm je víra v demony postavena na bohaté zkušenosti i tradici, zároveň ale dává démonovi jasné místo. Může projevovat svoji sílu a moc, vždy ale v podřízenosti Bohu a to tak, že jeho negativní působení vede k finální užitečnosti Bohu i lidem. S tím souvisí i druhý aspekt a tím je smysl života opřený o Boha – pozitivní pevný duchovní bod. V křesťanství je vnímán jako ten, který může dopouštět zkoušku démonem, i těžký démonický zápas, je v něm však vždy na straně

člověk a pomáhá mu ho vyhrát. Konečný význam duchovního boje je ve prospěch člověka, protože má být výzvou k překonání jistého druhu krize a k následnému růstu psychospirituálního rozměru osobnosti. Třetím aspektem je vnitřní zkušenost víry Jany z dětství, ke které se mohla vrátit. Ta je na rozdíl od vnějšího a formální způsobu prožívání víry v této situaci spojena s protektivní funkcí. A čtvrtým aspektem je skutečnost, že běžně využívaný náboženský coping může mírnit úzkost (Eliassen et al., 2005) např. snaha opřít se o Boha, hledat v něm útočiště. Zvýšené vystavení stresu pak může u lidí s nízkou mírou religiozity vyvolat zintenzivnění modlitby (Eliassen et al., 2005), aby nabyly vnitřní duchovní stability. Podobný proces můžeme s odstupem vnímat v příběhu Jany. Po vnitřním prožívání víry v dětství přišla formální vnější víra, až nevíra a odvrácení se od Boha v dospívání a mladší dospělosti. Z těžkých životních situací pak roste potřeba osobní modlitby, která znamená posílení vztahu k Bohu. Tento aspekt zároveň koresponduje s křesťanskou představou Boží finality. Bůh dopouští vznik duchovních démonických zápasů, které mají vyprovokovat intenzivnější modlitbu a prohloubení vztahu k němu, což následně zajišťuje člověku ochranu a rozvoj zvládacích strategií.

Janu dovedla zkušenost náročných duchovních zápasů k proměně vztahů sama k sobě, k Bohu a lidem. Tato proměna s sebou nesla nalezení smyslu života, a to v naplňování duchovních potřeb a konkrétních skutcích dobra vůči potřebným, což je podle křesťanské nauky nacházení obrazu Boha v sobě samém. Dále změnu hodnot, a nový přístup k dalším nárokům a životním výzvám. Začala je vnímat jako příležitost k sebezpřekonání, k osobnímu růstu a růstu vztahu k Bohu a ostatním lidem. Tento přístup mohl pomoci zabránit negativnímu dopadu duchovních zápasů na její zdraví.

8.2.1 Silné stránky a limity

Náš výzkum má několik důležitých předností. První silnou stránkou je světové prvenství v prověření měřicího nástroje náboženských a duchovních zápasů v silně ateistickém prostředí (konkrétně škála RSS v ČR, kap. 2). Zadruhé jde o jednu z mála studií (kap. 5), která hodnotí vztah mezi RSS a somatickými nemocemi a nachází v něm významnou asociaci, dokonce první studii na světě, která v rámci jednoho výzkumu sleduje a potvrzuje souvislosti náboženských a duchovních zápasů s několika závažnými nemocemi současně. Zatřetí na vědeckém poli, mají větší váhu kvantitativní výzkumy. Přesto není možné přehlédnout význam těch kvalitativních. Zvláště v oblasti duchovních zápasů právě kvalitativní studie mohou snadněji rozkrýt mnohé mechanismy a nepopsané strategie zvládání. Proto považujeme za velmi přínosné detailní rozpracování osobní případové studie participantky s duchovními zápasy (kap. 6 a 7), zvláště démonickými, které v tomto rozsahu zatím ve vědecké literatuře nemá obdoby.

Velkým významem naší práce pro ČR je přínos dvou nových měřicích nástrojů vhodných pro použití v našich podmínkách (kap. 2 a 3). Dalším prvenstvím v rámci republiky je výzkum souvislostí traumatu z dětství a duchovních zápasů v dospělosti, zároveň jedna z mála studií na světě (kap. 4).

Dalším velkým přínosem je zájem o vědecky dosud neprobádanou oblast a originální empirický přístup k tématu duchovních zápasů. Zabýváme se jím jak v rovině kvantitativních studií na reprezentativních vzorcích (kap. 2, 3, 4, 5), tak v kvalitativní rovině osobní případové studie (kap. 6 a 7). Tato kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu nabízí jak ucelený pohled

a výsledná data reprezentativních vzorků, tak podrobný popis a detailnější vhled do dané problematiky.

8.2.2 Kvalita vzorku

Silnou stránkou naší práce je použití dvou reprezentativních vzorků dospělých ve výzkumu. Sběr dat byl proveden vyškolenými administrátory technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face to face) v letech 2014 a 2016. V kapitolách 2, 4 a 5 vycházíme z dat z roku 2014 a pracujeme s celým vzorkem. Limitem tohoto vzorku je vysoký počet nereligiózních respondentů. Kapitola 3 vychází ze sběru z roku 2016, jejím limitem je nižší počet respondentů, který byl zapříčiněn vyřazením nereligiózních respondentů z dalšího výzkumu.

8.2.3 Kvalita informací

Silnou stránkou práce bylo take využití validizovaných a běžně užívaných dotazníků v zahraničí. Informace jsme získávali metodou face to face, čím jsme mohli zajistit vhodné prostředí pro sběr dat a omezit případné rušivé elementy.

Vzhledem k tomu, že všechny položky v dotaznících jsou sebeposuzující, jsme si vědomi možného zkreslení na základě sociální žádoucnosti. Tento aspekt bývá častým limitem výzkumů postavených na sebeposuzovacích škálách. Toto omezení jsme se snažili eliminovat zdůrazněním anonymity respondentů a tím, že administrátoři byly pro respondenty cizí osoby, jejich úkolem bylo případné objasnění nesrozumitelností.

Kvalita informací v osobní případové studii je posílena čerpáním z různých informačních zdrojů, triangulací, možností dlouhodobého kontaktu s participantkou, diskuzí nad výsledky s kolegy a konečně četnými přímými citacemi uvedenými ve studii.

8.2.4 Kauzalita

Naše práce je průřezovou studií analyzující údaje z různých míst ve stejném čase. Tento design neumožňuje stanovit směr kauzality sledovaných jevů. Ovšem osobní případová studie v závěru práce potvrzuje tendence naznačených kauzalit. Naše výsledky by proto měly být v budoucnu potvrzeny dalšími kvalitativními nebo lingvistickými studiemi.

8.2.5 Implikace pro praxi

Implikace pro praxi vycházejí z hlavních zjištění jednotlivých kapitol, které potvrzují negativní souvislost náboženských a duchovních zápasů s mentálním i fyzickým zdravím člověka na reprezentativním vzorku, zároveň nepotvrzují tuto asociaci v kvalitativní studii. V ní, jak ukázala kvalitativní studie, hrají důležitou roli další aspekty a vědomě budovaný postoj participantky k těmto zápasům, který v jejím případě následně funguje nejenom jako zvládací strategie, ale také jako protektivní faktor jejího duševního a fyzického zdraví.

Náboženské a duchovní zápasy se mohou významným způsobem promítat do duchovní i duševní pohody člověka a způsobovat zvýšenou míru napětí a stresu. Tato tendence pak může přerůst v somatické symptomy a být součástí etiopatogeneze více či méně závažných onemocnění, zvláště tehdy, kdy je provázána zážitkem traumatu z dětství. Proto vnímáme zjištění našeho výzkumu jako velmi důležitá pro obory psychologie a psychoterapie, psychiatrie, lékařství,

pediatrie i pastorační péči. Jsou výzvou k holistickému přístupu a podtržením bio-psycho-sociálně spirituálního rozměru osobnosti v péči a zájmu o zdraví člověka. Náš výzkum ukazuje, že se tato výzva netýká pouze věřící části populace, ale každého člověka bez ohledu na jeho náboženskou příslušnost či duchovní přesvědčení (konkrétně např. morální oblast, otázka smyslu života). V praxi nás výsledky výzkumu mohou vést k rozpoznávání a pojmenování těchto zápasů, dále k prevenci či předcházení těmto zápasům, k hledání strategií a možností vypořádávat se s nimi. Účinnost, ale zároveň náročnost takového postupu jsme mohli sledovat v příběhu Jany. Možné je také začlenění do integrativní péče o nemocné a usnadnění procesu léčení. Vzhledem k náročnosti celé dynamiky však upozorňujeme před zobecňováním a doporučujeme zcela individuální přístup se zohledněním mnoha faktorů jak z životní anamnézy, tak osobnosti daného člověka.

8.2.6 Implikace pro další výzkum

Naše výsledky mohou být důležitým impulsem pro další empirický výzkum v náboženské a spirituální oblasti, pro konkrétnější poznávání mechanismů spojených s duchovní rovinou člověka. Vzhledem k výsledkům kvantitativních studií v naší práci a jistý posun skrze kvalitativní studie doporučujeme další výzkum v této oblasti podobnou formou tzv. „metodologického ekumenismu“ (Hendl, 2005), současné provedení kvantitativních a kvalitativních studií v rámci jednoho tématu. Jako velmi přínosné vnímáme další provedení především longitudinálních studií, které mohou pomoci lépe zmapovat mechanismy duchovních zápasů, jejich stabilitu či variabilitu v souvislosti s časem, konkrétní situací a životním kontextem, apod. Také mohou lépe rozkrýt další pozitivně či negativně spolupůsobící aspekty. Další směr výzkumu by mohl vést k prozkoumání příčinnosti mezi duchovními zápasy a somatickými nemocemi. Dále navrhujeme detailněji prozkoumat rozdílnost mechanismů náboženských a duchovních zápasů u věřících a nevěřících respondentů a nasbírat reprezentativní vzorek pro obě tyto skupiny.

Shrnutí

Tato práce se věnuje tématu náboženských a duchovních zápasů. Jejím cílem bylo mapování zkušenosti těchto zápasů v sekulárním prostředí České republiky a provedení psychometrické analýzy Škály náboženských a duchovních zápasů (RSS) a Škály negativního náboženského copingu (NRC) ze škály Brief RCOPE v těchto podmínkách. Dále jsme se zabývali souvislostmi mezi prožitkem traumatu v dětství s duchovními zápasy v dospělosti a asociacemi mezi duchovními zápasy s vybranými somatickými onemocněními. Tato témata byla zkoumána na kvantitativních reprezentativních vzorcích, provedli jsme také kvalitativní výzkum, na kterém se podařilo rozkrýt některé další důležité spolupůsobící faktory.

Prvním důležitým výsledkem naší studie jsou validizované škály RSS a NRC, a tedy získání nových měřicích nástrojů pro české podmínky. RSS škálu doporučujeme používat v kratším provedení, ale je možné ji využít i v její originální podobě. NRC škála se ukázala v českých podmínkách jako konzistentní s originální verzí tohoto měřicího nástroje. Potvrdila se signifikantní asociace mezi prožitkem traumatu v dětství a duchovními zápasy v dospělosti, a to jak u věřících, tak nevěřících respondentů. Všechny typy traumatu (fyzické, sexuální a psychické týrání a fyzické i emoční zanedbávání) asociovaly se všemi šesti typy náboženských a duchovních zápasů (božské, démonické, smysl života, morální, interpersonální a pochybnosti). Dále jsme zjistili významnou negativní souvislost mezi duchovními zápasy a mentálním i fyzickým zdravím. Nejvýrazněji se projevila mezi celkovými hodnotami RSS škály a depresí, astmatem, bolestmi zad a rakovinou. Vůbec nejsilnější byla mezi duchovními zápasy o smysl života a rakovinou nebo depresí.

Kvalitativní studie naopak ukázala, že existují další aspekty a copingové strategie, které mohou napomoci předejít či zmírnit výše popsané negativní souvislosti. Z příběhu participantky je zřejmé, že nalezení pevného pozitivního duchovního bodu v životě a současné přijetí duchovního boje jako výzvy k překonání sama sebe vedlo k růstu osobnosti a ke zlepšení sociálních vztahů. Tyto lepší copingové strategie dále mohly protektivně působit a chránit před rozvojem možných psychosomatických onemocnění.

Implikace pro praxi naznačuje, že náboženské a duchovní zápasy mohou hrát důležitou roli v etiopatogenezi i symptomatologii některých nemocí, navíc mohou být významně posíleny prožitkem traumatu v dětství. Tato zjištění by neměla uniknout pozornosti pečujících lékařů, psychologů, psychiatrů či duchovním doprovázejícím. Důsledkem by měl být individuální přístup zhodnocující konkrétní možnosti a životní kontext člověka, přístup, který je holistický a přiznává důležitost všem čtyřem oblastem lidského života v bio-psycho-sociálně spirituální rovině.

Implikace pro další výzkum směřuje k provedení dalších především longitudinálních studií v této oblasti se zaměřením na podrobnější prozkoumání mechanismů duchovních zápasů, jejich vzájemnou kauzalitu, dalších aspektů, které se do nich promítají a rozdílnosti mezi věřícími a nevěřícími respondenty.

Klíčová slova: náboženské a duchovní zápasy, náboženské a duchovní zkušenosti, trauma v dětství, nemoc, kvalita života, duševní a fyzické zdraví.

Abstract

This study assesses the topic of religious and spiritual struggles. The aim of our study was to explore the experience of these struggles in the secular environment of the Czech Republic and to perform a psychometric analysis of the Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) and the Negative Religious Coping Scale (NRC) of the Brief RCOPE in these conditions. We also assessed associations between the experience of childhood trauma and spiritual struggles in adulthood and the associations between spiritual struggles and selected somatic diseases. These topics were explored through quantitative research on representative samples and simultaneously we made a qualitative research, which enabled us to uncover some other important related factors.

The first important result of our study is the validation of the RSS and the NRC, and thus the acquisition of new measuring tools for Czech conditions. We recommend using the RSS in a shortened version, but it is also possible to use it in its original form, the NRC Scale is consistent with the original version of this measuring tool. Using of RSS in both a shortened version and in its original form is recommended. Similarly, the NRC Scale is consistent with the original version of this measuring tool. A significant association between the experience of childhood trauma and spiritual struggles in adulthood was confirmed, both among believers and non-believers. All types of childhood trauma (i. e. physical, sexual and psychological abuse, physical and emotional neglect) were associated with all six types of religious and spiritual struggles (i. e. divine, demonic, meaning, moral, interpersonal a doubt). We also found a significant negative association between spiritual struggles and mental and physical health. It was most significant among the overall RSS and depression, asthma, back pain and cancer with the strongest connection between meaning struggles and cancer or depression. On the contrary, a qualitative study has shown that there are other aspects and coping strategies that can help prevent or mitigate the above mentioned negative associations. The story of the participant provides the evidence that finding a strong positive spiritual point and then accepting spiritual struggle as a challenge to overcome herself, led to the growth of personality and to the improvement of social relationships. Furthermore, these improved coping strategies could have a protective function and thus protect her against the possible development of psychosomatic illnesses.

The implications for practice suggest that religious and spiritual struggles may play an important role in the etiopathogenesis and symptomatology of some diseases, and may be significantly strengthened by childhood trauma. These findings should not escape the attention of caring physicians, psychologists, psychiatrists or spiritual companions. As a result of these findings, an individual approach evaluating person's specific possibilities and life context is highly recommended, i. e. a holistic approach recognizing the importance of all four areas of human life at the bio-psycho-socio-spiritual level.

Implications for further research are in conducting of other, especially longitudinal, studies in this area, focusing on a more detailed examination of the mechanisms of spiritual struggles, on their mutual causality, on differences between believers and non-believers and on other aspects, which may be reflected in spiritual struggles.

Keywords: religious and spiritual struggles, religious and spiritual experience, childhood maltreatment, illness, quality of life, mental and physical health.

Literatura

- Abu-Raiya, H., Exline, J. J., Pargament, K. I., & Agbaria, Q. (2015). Prevalence, Predictors, and Implications of Religious/Spiritual Struggles Among Muslims. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 54(4), 631-648. doi:10.1111/jssr.12230
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Weissberger, A., & Exline, J. (2016). An Empirical Examination of Religious/Spiritual Struggle Among Israeli Jews. *International Journal for the Psychology of Religion*, 26(1), 61-79. doi:10.1080/10508619.2014.1003519
- Al-Hadethe, A., Hunt, N., Thomas, S., & Al-Qaysi, A. (2016). Cross-Cultural Validation and Psychometric Properties of the Arabic Brief Religious Coping Scale (A-BRCS). *Journal of Religion & Health*, 55(1), 16-25. doi:10.1007/s10943-014-9963-7
- Beck, R., & McDonald, A. (2004). Attachment to god: The attachment to god inventory tests of working model correspondence, and an exploration of faith group differences. *Journal of Psychology and Theology*, 32(2), 92-103.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brahler, E., Reiner, I., Junger, C., Michal, M., . . . Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *Bmc Psychiatry*, 17. doi:10.1186/s12888-017-1262-x
- Bierman, A. (2005). The effects of childhood maltreatment on adult religiosity and spirituality: Rejecting god the father because of abusive fathers? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(3), 349-359. doi:10.1111/j.1468-5906.2005.00290.x
- Bjorck, J. P., & Thurman, J. W. (2007). Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(2), 159-167. doi:10.1111/j.1468-5906.2007.00348.x
- Braden, A., Overholser, J., Fisher, L., & Ridley, J. (2017). Life meaning is predictive of improved hopelessness and depression recovery in depressed veterans. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(8), 629-650.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8), 466-475. doi:10.1038/ncponc1134
- Currier, J. M., Foster, J. D., Witvliet, C. V., Abernethy, A. D., Luna, L. M. R., Schnitker, S. A., . . . Carter, J. (2019). Spiritual struggles and mental health outcomes in a spiritually integrated inpatient program. *Journal of Affective Disorders*, 249, 127-135. doi:10.1016/j.jad.2019.02.012
- Eliassen, A. H., Taylor, J., & Lloyd, D. A. (2005). Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(2), 187-199. doi:10.1111/j.1468-5906.2005.00275.x
- Exline, Julie J. (Ed) in Pargament, Kenneth I. (Ed); Exline, Julie J. (Ed) & Jones, James W. (Ed). (2013). APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research., (pp. 459-475). Washington, DC, US: American Psychological Association, xxvii, 740 pp.

- Exline, J. J., Grubbs, J. B., & Homolka, S. J. (2015). Seeing God as Cruel or Distant: Links with Divine Struggles Involving Anger, Doubt, and Fear of God's Disapproval. *International Journal for the Psychology of Religion*, 25(1), 29-41. doi:10.1080/10508619.2013.857255
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger Toward God: Social-Cognitive Predictors, Prevalence, and Links With Adjustment to Bereavement and Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129-148. doi:10.1037/a0021716
- Francis, B., Gill, J. S., Han, N. Y., Petrus, C. F., Azhar, F. L., Sabki, Z. A., . . . Sulaiman, A. H. (2019). Religious Coping, Religiosity, Depression and Anxiety among Medical Students in a Multi-Religious Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2). doi:10.3390/ijerph16020259
- Gall, T. L. (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(7), 829-844. doi:10.1016/j.chaibu.2006.01.003
- Garcia-Alandete, J., Salvador, J. H. M., & Rodriguez, S. P. (2014). Predicting Role of the Meaning in Life on Depression, Hopelessness, and Suicide Risk among Borderline Personality Disorder Patients. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1545-1555. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-4.primi
- Gerber, M. M., Boals, A., & Schuettler, D. (2011). The Unique Contributions of Positive and Negative Religious Coping to Posttraumatic Growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(4), 298-307. doi:10.1037/a0023016
- Guloglu, B., Karairmak, O., & Emiral, E. (2016). The role of spirituality and forgiveness in childhood trauma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(4), 309-316. doi:10.5455/apd.217593
- Hall, T. W., & Edwards, K. J. (2002). The spiritual assessment inventory: A theistic model and measure for assessing spiritual development. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 341-357. doi:10.1111/1468-5906.00121
- Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál.
- Illueca, M. (2018). Interdisciplinary Perspectives on Spirit Possession and Deliverance Ministries. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 72(4), 269-277. doi:10.1177/1542305018795887
- Iotchev, I. B., & van Schie, H. T. (2017). When a model becomes the real thing: A neuro-cognitive account of 'demonic' possession. *Medical Hypotheses*, 106, 35-40. doi:10.1016/j.mehy.2017.07.004
- Jakovljevic, M. (2017). Psychiatry and religion: opponents or collaborators? The Power of Spirituality in Contemporary Psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 29, S82-S88.
- Janu, A., Malinakova, K., Furstova, J., & Tavel, P. (2018). Psychometric evaluation of the Religious and Spiritual Struggles Scale (RSS) in the Czech environment. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62, 2-18.
- Kennedy, P., & Drebing, C. E. (2002). Abuse and religious experience: A study of religiously committed evangelical adults. *Mental Health, Religion & Culture* 5(3): 225-237.
- Krendl, A. C., & Freeman, J. B. (2019). Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. *Journal of Mental Health*, 28(3), 267-275. doi:10.1080/09638237.2017.1385734.

- Lyndon, A. E., Crowe, A., Wuensch, K. L., McCammon, S. L., & Davis, K. B. (2019). College students' stigmatization of people with mental illness: familiarity, implicit person theory, and attribution. *Journal of Mental Health*, 28(3), 255-259. doi:10.1080/09638237.2016.1244722.
- Malinakova, K., Trnka, R., Sarnikova, G., Smekal, V., Furstova, J., & Tavel, P. (2018). Psychometric evaluation of the Daily Spiritual Experience Scale (DSES) in the Czech environment. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62, 100-113.
- Maltby, L., & Hall, T. (2012). Trauma, Attachment, and Spirituality: A Case Study. *Journal of Psychology and Theology*, 40, 302-312. doi:10.1177/009164711204000405
- Maltby, L. E., & Hall, T. W. (2012). Trauma, Attachment, and Spirituality: A Case Study. *Journal of Psychology and Theology*, 40(4), 302-312.
- McCormick, W. H., Carroll, T. D., Sims, B. M., & Currier, J. (2017). Adverse childhood experiences, religious/spiritual struggles, and mental health symptoms: examination of mediation models. *Mental Health Religion & Culture*, 20(10), 1042-1054. doi:10.1080/13674676.2018.1440544
- McIntire, L., & Duncan, R. (2013). Associations among Religious Coping, Daily Hassles, and Resilience. *Archive for the Psychology of Religion-Archiv Fur Religionspsychologie*, 35(1), 101-117. doi:10.1163/15736121-12341252
- Mergler, M., Driessen, M., Havernann-Reinecke, U., Wedekind, D., Ludecke, C., Ohlmeier, M., . . . Studygrp, T. (2018). Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 93, 57-63. doi:10.1016/j.jsat.2018.07.010
- Mohammadzadeh, A., & Najafi, M. (2016). Factor analysis and validation of the Brief Religious Coping Scale (Brief-RCOPE) in Iranian university students. *Mental Health Religion & Culture*, 19(8), 911-919. doi:10.1080/13674676.2017.1282445
- Nie, F. H., & Olson, D. V. A. (2016). Demonic Influence: The Negative Mental Health Effects of Belief in Demons. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 55(3), 498-515. doi:10.1111/jssr.12287
- O'Brien, B., Shrestha, S., Stanley, M. A., Pargament, K. I., Cummings, J., Kunik, M. E., . . . Amspoker, A. B. (2019). Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 54-59. doi:10.1002/gps.4983
- Oti-Boadi, M., & Asante, K. O. (2017). Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *Biopsychosocial Medicine*, 11. doi:10.1186/s13030-017-0105-9
- Paika, V., Andreoulakis, E., Ntountoulaki, E., Papaioannou, D., Kotsis, K., Siafaka, V., . . . Grp, A.-D. S. (2017). The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument: psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of General Psychiatry*, 16. doi:10.1186/s12991-017-0136-4
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2(1), 51-76. doi:10.3390/rel2010051

- Piedfort-Marin, O. (2019). The theory of the structural dissociation of the personality for the conceptualization and treatment of dissociative psychosis: Two case studies. *Annales Medico-Psychologiques*, 177(8), 788-795. doi:10.1016/j.amp.2018.04.013
- Piedmont, R. L., & Village, A. (2013). Spiritual struggles, health-related quality of life, and mental health outcomes in urban adolescents with asthma. In R. L. Piedmont & A. Village (Eds.), *Research in the Social Scientific Study of Religion*, Vol 24 (Vol. 24, pp. 259-280).
- Proctor, M. T., Cleary, M., Kornhaber, R., & McLean, L. (2019). Christians with chronic complex trauma and relationally focused spiritual difficulties: A conversational model perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 21(2), 77-110. doi:10.1080/19349637.2018.1460228
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1-25. doi:10.1037/0033-2909.132.1.1
- Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., Appel, M., Kaplan, T., & Pelcovitz, D. (2018). Childhood sexual abuse, mental health, and religion across the Jewish community. *Child Abuse & Neglect*, 81, 21-28. doi:10.1016/j.chiabu.2018.04.011
- Sarnikova, G., Malinakova, K., Furstova, J., Dubovska, E., & Tavel, P. (2018). Psychometric evaluation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) Scale in the Czech environment. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62, 114-128.
- Sedlar, A. E., Stauner, N., Pargament, K. I., Exline, J. J., Grubbs, J. B., & Bradley, D. F. (2018). Spiritual Struggles among Atheists: Links to Psychological Distress and Well-Being. *Religions*, 9(8). doi:10.3390/rel9080242
- Thune-Boyle, I. C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 20(7), 771-782. doi:10.1002/pon.1784
- Turek, M., Krzyczmonik, M., & Balczewski, P. (2016). New Hopes in Cancer Battle - A Review of New Molecules and Treatment Strategies. *Medicinal Chemistry*, 12(8), 700-719. doi:10.2174/1573406412666160502153700
- Ventriglio, A., Bonfitto, I., Ricci, F., Cuoco, F., & Bhavsar, V. (2018). Delusion, possession and religion. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72, S13-S15. doi:10.1080/08039488.2018.1525639
- Vondráček, V., Holub, F. (1972). *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha: Avicenum.
- Zarzycka, B., Ciszek, P., & Rykowska, K. (2018). The Polish adaptation of the Religious and Spiritual Struggles Scale: Factorial structure and psychometric properties. *Roczniki Psychologiczne*, 21, 255-278. doi:10.18290/rpsych.2018.21.3-4