

Jacek Froniewski

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu
abbajacek@o2.pl

Możliwości i perspektywy ekumenicznej posługi duchownych wobec chorych w warunkach hospitalizacji

Artykuł nadesłany: 15 maja 2017 r.; artykuł zaakceptowany: 15 grudnia 2017 r.

JEL Classification: Z12, I19, K39

Keywords: ecumenism, ministry to the sick, anointing of the sick, hospital chaplain, medical services, canon law

Abstract

Possibilities and prospects of ecumenical priestly ministry to the sick under hospitalization

The paper shows the range of possibilities of ecumenical service of priests to the sick of other Christian denominations. In Poland it is a problem which has been growing in the face of contemporary migration movements. Nowadays the chaplain in his service in hospitals much more often encounters the faithful of other denominations. Also medical science clearer and clearer sees in patients care a whole range of determinants linked to their denomination, on which often depends their perception of the quality of medical services they are offered. On the other hand, the knowledge on this subject continues to be little, and still quite often prejudices can be encountered which have been developing historically. Because of the peculiarity of the Polish conditions, where Catholicism is the predominant denomination, the starting point for developing the question will be determinants resulting from the canon law, which define from the Catholic side the range of possible service to the sick of other denominations. Also a synthesis of respective possibilities from the Orthodox and protestant sides will be presented. Next, by means of an analysis of liturgical books, the most appropriate forms of the priest service to the sick which are possible on the ecumenical ground will be indicated and prospects of their development outlined.

1. Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie zakresu możliwości ekumenicznej posługi duchownych wobec chorych innych wyznań chrześcijańskich przebywają-

cych w szpitalach, a także w sanatoriach i hospicjach. Problem ten w polskich warunkach narasta wobec współczesnych ruchów migracyjnych i powiązanej z tym procesem pogłębiającej się pluralizacji wyznaniowej społeczeństwa, dlatego też obecnie duszpasterz znacznie częściej w posłudze w placówkach medycznych spotyka się z wiernymi innych wyznań, którzy mogą nie mieć dostępu do duchownego własnego Kościoła.

Wiedza na ten temat jest ciągle niewielka, a nierzadko można się tu jeszcze spotkać z narosłymi historycznie stereotypami i uprzedzeniami, co w praktyce może pozbawiać chorych z wyznań mniejszościowych niezbędnej pomocy duchowej w cierpieniu. A dla bardzo wielu pacjentów możliwość skorzystania ze wsparcia duchowego, szczególnie w sytuacjach granicznych, jakie rodzą się w doświadczeniu choroby i umierania, jest niezwykle ważną potrzebą, a także istotnym elementem terapii traktowanej holistycznie. Na bazie analizy stanu prawnokanonicznego i istniejących rozwiązań liturgicznych oraz doświadczeń pastoralnych wdrażanych w innych krajach zostaną tu jako wnioski nakreślone perspektywy dla koniecznej intensyfikacji ekumenicznej posługi wobec chorych.

2. Teoretyczny aspekt badań

Tematyka podejmowana w niniejszym artykule jest właściwie problemem niszowym w polskiej literaturze teologicznej, dlatego też znajduje się jedynie na marginesie zagadnień związanych najczęściej z sakramentem namaszczenia chorych lub duszpasterstwem chorych. Jest to natomiast przedmiot szerszych publikacji w krajach, gdzie problem ten ma wymiar praktyczny na co dzień, a więc głównie w obszarze niemiecko- i anglojęzycznym (Klessmann 2013, s. 342–345). Tam historycznie ludność jest mocno zróżnicowana konfesyjnie, w przeciwieństwie do Polski, w której mamy do czynienia ze społeczeństwem prawie monogenicznym pod tym względem i zdominowanym przez katolicyzm. Jednocześnie inspiracją były badania podejmowane w naukach medycznych, w których w zarządzaniu szpitalami zaczęto przewartościowywać organizację pracy pod kątem rozumienia potrzeb pacjenta (Merlino, Raman 2013, s. 108–116) i nawet w typowo rynkowej koncepcji usług medycznych dostrzega się już dzisiaj wartość oferty opieki duchowej w ramach całościowego pakietu usług dla pacjenta (Haart 2013, s. 47–56). Również w Polsce zaczęły się pojawiać publikacje, w których zwraca się uwagę na kwestię zaspokojenia potrzeb pacjenta jako czynnika oceny jakości opieki medycznej, gdzie w całej palecie tychże potrzeb zaczęto zauważać także uwarunkowania kulturowe (Łukaszuk, Krajewska-Kułak 2016, s. 310).

Z tego też względu obecnie podkreśla się znaczenie kompetencji międzykulturowej w pracy personelu medycznego, a tym samym postuluje kształcenie wrażliwości międzykulturowej w procesie studiów medycznych (Van Damme-Ostapowicz 2016, s. 231–238). W takim kontekście zaczęto w obszarze nauk

medycznych dostrzegać religijne uwarunkowania w sprawowaniu opieki medycznej, na co do niedawna w ogóle nie zwracano uwagi, zwłaszcza w pracy lekarzy, którzy najczęściej nie doceniali roli przekonań religijnych w funkcjonowaniu pacjentów w procesie leczenia (Lankau 2016, s. 276 n.).

Właśnie w tego rodzaju sferze interakcji interdyscyplinarnych znajduje swoją aktualność ten przyczynek do refleksji nad ekumenicznym wymiarem postugi duszpasterskiej wobec hospitalizowanych chorych w coraz szybciej dywersyfikującym się światopoglądowo i kulturowo polskim społeczeństwie. Należy również zauważyć, że ciągle jeszcze stosunkowo wysoka jednorodność religijna Polaków przekłada się też na praktyczny monopol Kościoła katolickiego, jeśli idzie o stałych kapelanów w szpitalach, dlatego tak ważne jest ukazanie im potrzeby i zakresu możliwości postugi wobec pacjentów innych wyznań.

3. Metodologia

W opracowaniu posługiwać się będziemy metodami przyjętymi w naukach teologicznych. W szeroko rozumianej teologii dogmatycznej, w której obszarze autor prowadzi badania, podstawową jest metoda teologiczno-historyczna. Analityczne podejście do rozwiązania przedstawionego problemu z pomocą tekstów źródłowych opierać się będzie na zasadach hermeneutyki teologicznej, zwłaszcza w interpretacji dokumentów kościelnych, ekumenicznych i tekstów liturgicznych. W końcu ekumeniczne ukierunkowanie tematu wymaga zastosowania metody ekumenicznej, czyli konstruowania prezentacji otwartej bez uprzedzeń na konfesyjną wielowymiarowość prawdy teologicznej.

Zasadniczym źródłem ze strony katolickiej będą dokumenty kościelnych uregulowań prawnych oraz księgi liturgiczne. Natomiast w odniesieniu do innych wyznań będą to ich teksty liturgiczne oraz w dużej mierze wyniki wcześniejszych badań autora nad historycznym rozwojem sakramentu chorych w Kościołach tradycji wschodniej (Froniewski 2013a, 2013b) oraz posługą wobec chorych w protestantyzmie (Froniewski 2014a, 2014b).

4. Możliwości ekumenicznej postugi duchowej wobec chorych

Choroba i związane z nią cierpienie jest problemem ogólnoludzkim, przekraczającym wszelkie podziały konfesyjne. Każdy człowiek, bez względu na wyznanie, doświadczany chorobą pyta o jej sens i szuka pomocy nie tylko medycznej, ale częstokroć także duchowej. Biblia w Starym i Nowym Testamencie nieraz podejmuje ten temat w różnych aspektach (Balthasar 2014, s. 138–140). Jednak oświeceniowy materializm i empiryzm, przyczyniając się do emancypacji i rozwoju naukowej

medycyny, jednocześnie doprowadził do jej koncentracji tylko na somatycznym wymiarze człowieka. Takie redukcjonistyczne podejście do choroby pogłębiło się wraz z dokonanymi w XIX wieku odkryciami w zakresie nauk biologicznych. Tym samym naukowa medycyna odrzuciła wcześniejsze supernaturalistyczne podejście do choroby, które jej przyczyn szukało w działaniu sił duchowych, ale wszakże widziało istotny związek z psychicznym i moralnym porządkiem w człowieku. Skutkiem tego, idąc dalej za czysto biologicznym ujęciem choroby, pacjent jako integralny byt osobowy był coraz bardziej marginalizowany w procesie leczenia, gdyż nauki medyczne w XX wieku, oparte na paradygmacie biomedycznym, skupiły się jedynie na zaburzeniach funkcji biologicznych człowieka (Eibach 2013, s. 273 n.; Lewko 2016, s. 289–293). Dopiero holistyczne podejście do problemu zdrowia i choroby, wynikające z pogłębionej antropologii i psychologii, spowodowało dowartościowanie sfery duchowej w opiece medycznej (Ostrzyżek, Marcinkowski 2012, s. 683 n.; Zizioulas 2016, s. 15–26). Taka perspektywa postawiła w zupełnie nowym świetle posługę duchownego w szpitalu i spowodowała jej rewaloryzację w kompleksowej wizji procesu leczenia i opieki nad pacjentem.

4.1. Uwarunkowania prawnokanoniczne sakramentalnej posługi wobec chorych innych wyznań

W tradycji chrześcijańskiej podstawową formą posługi duchownego jest udzielanie sakramentów. W wypadku posługi wobec chorych są to komunie święta, spowiedź, a zwłaszcza sakrament namaszczenia chorych, który jest znakiem szczególnej bliskości Boga wobec wierzącego w jego cierpieniu spowodowanym chorobą. W Kościele katolickim od średniowiecza aż po Sobór Watykański II sakrament ten nazywany był „ostatnim namaszczeniem” i zasadniczo udzielano go w sytuacji zagrożenia życia, bardziej jako przygotowanie do śmierci. Dopiero reforma ostatniego soboru w sposób radykalny uczyniła go znów przede wszystkim sakramentem umocnienia dla chorych oraz ludzi w podeszłym wieku osłabionych już przez samą starość (Knop 2009, s. 419 n.).

W Kościołach prawosławnych specyfika tego sakramentu objawia się w bardzo rozbudowanej liturgii, która w pełnej wersji przewiduje udział aż siedmiu kapłanów, choć istnieje także wersja skrócona tego obrzędu stosowana w szpitalach przez jednego szafarza (*Euchologion* 2016, s. 143–231; Froniewski 2013a, s. 26–33). Natomiast Ojcowie Reformacji zanegowali sakramentalność namaszczenia chorych (Froniewski 2014a, s. 52–63) i dopiero od XIX wieku zaczęto stopniowo przywracać tę praktykę w Kościołach protestanckich (Zimmerling 2009, s. 565–577), lecz nadal nie jest ona tam traktowana jako sakrament, a w niektórych denominacjach lub w niektórych krajach ciągle nie jest stosowana (na przykład w Polsce luteranie nie udzielają namaszczenia, a w Niemczech tak).

Przełomowy dla ekumenicznego otwarcia Kościoła katolickiego Sobór Watykański II stwierdzał z pewną dozą ostrożności w Dekrecie o ekumenizmie, że

aczkolwiek „nie można jednak wspólnego udziału w świętych czynnościach (*communicatio in sacris*) uznawać za środek, który nieodłącznie należy stosować celem przywrócenia jedności chrześcijan”, to jakkolwiek w pewnych okolicznościach duszpasterskich — jak mówi zaraz ten sam dokument — „łaska, o którą należy zabiegać, niekiedy go zaleca” (Sobór Watykański II, 2008, s. 317, nr 8).

Od strony katolickiej możliwości ekumeniczne w zakresie *communicatio in sacris* reguluje Kodeks Prawa Kanonicznego (KPK) z 1983 roku, a szczegółową aplikację jego przepisów daje w tym względzie Dyrektorium ekumeniczne z 1993 roku. Normy ekumeniczne odnośnie do sakramentów pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych znajdujemy w kanonie 844 KPK:

§ 2. Ilekroć wymaga tego konieczność lub doradza to prawdziwy pożytek duchowy i jeśli nie występuje niebezpieczeństwo błędu lub indyferentyzmu, wolno wiernym, którzy wskutek niemożliwości fizycznej lub moralnej nie mogą się udać do szafarza katolickiego, przyjąć sakramenty pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych od szafarzy niekatolickich tego Kościoła, w którym są ważne wymienione sakramenty.

§ 3. Szafarze katolickie godziwie udzielają sakramentów pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych członkom Kościołów wschodnich niemających pełnej wspólnoty z Kościołem katolickim, gdy sami o nie proszą i są odpowiednio przygotowani. Odnosi się to także do członków innych Kościołów, które według oceny Stolicy Apostolskiej, gdy idzie o sakramenty, są w takiej samej sytuacji, w jakiej znajdują się wspomniane Kościoły wschodnie.

§ 4. Jeśli istnieje niebezpieczeństwo śmierci albo według oceny biskupa diecezjalnego lub konferencji biskupów inna przynaglająca poważna konieczność, szafarze katolicki mogą godziwie udzielać wymienionych sakramentów także pozostałym chrześcijanom, którzy nie mają pełnej wspólnoty z Kościołem katolickim, którzy nie mogą się udać do szafarza swojej wspólnoty i sami o nie proszą, jeśli w odniesieniu do tych sakramentów wyrażają wiarę katolicką i do ich przyjęcia są odpowiednio przygotowani.

Dyrektorium ekumeniczne (nr 122–132) właściwie powtarza te normy, umieszczając je szerszym kontekście ogólnych zasad ekumenizmu wypracowanych przez sobór. W odniesieniu do namaszczenia chorych warto tu zwrócić uwagę na nr 130, który uszczegóławia przepis §4 kanonu 844 KPK:

zaleca się usilnie, by biskup diecezji uwzględniając normy, które mogły być już podane w tej dziedzinie przez Konferencję Episkopatu lub przez Synody Kościołów wschodnich, dał wskazania ogólne, pozwalające ocenić sytuację w przypadku wielkiej i nagłej konieczności.

Istotna jest również uwaga w nr 122, która uwarżliwia na inne podejście Kościołów wschodnich do udzielania sakramentów chrześcijanom spoza własnego Kościoła:

Niemniej uznaje się, że ze względu na swą własną koncepcję eklesjologiczną Kościoły wschodnie mogą mieć bardziej ograniczającą dyscyplinę w tej dziedzinie i że inni powinni ją uszanować.

W praktyce oznacza to, że choć katolicy teoretycznie w nagłej sytuacji mogą przyjąć sakramenty od szafarza prawosławnego, gdyż — jak mówi Dekret o ekumenizmie — Kościoły wschodnie „posiadają prawdziwe sakramenty” i „pewien współudział w czynnościach świętych (*communicatio in sacris*), w odpowiednich

okolicznościach i za zgodą władzy kościelnej, jest nie tylko możliwy, ale i wskazany” (Sobór Watykański II, 2008, s. 325, nr 15), to jednak Kościoły te zazwyczaj nie wyrażają na to zgody (Froniewski 2013a, s. 38). Ze strony protestanckiej ze względu na nieuznawanie ich ordynacji przez stronę katolicką (Sobór Watykański II, 2008, s. 331, nr 22) oraz niesakramentalne traktowanie samego obrzędu namaszczenia katolik również nie ma takiej możliwości i właściwie sytuacja opisana przez te przepisy okazuje się najczęściej dla chorego katolika w praktyce możliwa jedynie w przypadku szafarza starokatolickiego, czyli w warunkach polskich może to być ksiądz polskokatolicki.

Prawo kanoniczne mówi tu o sakramencie namaszczenia, ale gdyby potraktować namaszczenie olejem chorych w Kościołach poreformacyjnych, tak jak one same to w większości uznają, jedynie jako formę błogosławieństwa chorego czy też zewnętrzny znak modlitwy o jego uzdrowienie, to wydaje się, że teoretycznie nie ma tu przeszkody do jego przyjęcia przez katolika w sytuacjach nadzwyczajnych, oczywiście z bezwzględnym zastrzeżeniem, że nie jest to sakrament. Istnieje tu aczkolwiek, jak wynika z doświadczeń różnych charyzmatycznych nabożeństw o uzdrowienie, bardzo duże niebezpieczeństwo pomieszania w świadomości wiernych rytu niesakramentalnego z sakramentem namaszczenia chorych i dlatego Kościół katolicki zaleca unikanie takich niesakramentalnych namaszczzeń (Kaczynski 1992, s. 341).

Natomiast w świetle przedstawionych przepisów kościelnych ksiądz katolicki może bez przeszkód udzielić namaszczenia wiernemu Kościoła wschodniego oraz, przy spełnieniu opisanych warunków, także wiernym Kościołów i Wspólnot poreformacyjnych. W tym miejscu warto na zasadzie podsumowującego komentarza dostrzec za kardynałem Walterem Kasperem — byłym przewodniczącym Papieskiej Rady ds. Popierania Jedności Chrześcijan, że papież Jan Paweł II, pisząc w encyklice poświęconej ekumenizmowi *Ut unum sint* o możliwościach *communicatio in sacris*, podkreślił pozytywnie, iż

można z radością przypomnieć, że w pewnych szczególnych przypadkach duchowni katolicy mogą udzielić Sakramentu Eucharystii, Pokuty i Namaszczenia chorych innym chrześcijanom, którzy nie są w pełnej komunii z Kościołem katolickim, ale pragną gorąco je przyjąć, dobrowolnie o nie proszą i przejawiają wiarę, jaką Kościół katolicki wyznaje w tych sakramentach (Jan Paweł II, 1995, s. 52 n., nr 46),

i zdanie to było dla niego tak istotne, że powtórzył je dosłownie w encyklice o Eucharystii (Jan Paweł II, 2003, s. 60 n., nr 46). Należy to zaakcentować: dla papieża jest radością, że księża katolicy w pojedynczych przypadkach mogą służyć sakramentami innym chrześcijanom.

Kardynał Kasper, odnosząc się w tym kontekście do norm prawa kanonicznego mówiących o *communicatio in sacris* i opierając się na fundamentalnej zasadzie w życiu Kościoła *salus animarum suprema lex* (KPK kan. 1752), wskazuje, że ponieważ z prawnokanonicznego punktu widzenia nie da się przewidzieć wszystkich możliwych sytuacji indywidualnych, normy te stanowią jedynie wiążące

ramy, w obrębie których można podejmować odpowiedzialne działania pastoralne. Uważa on, że regulacje te wydają się prawidłowo oceniać obecną sytuację ekumeniczną i jednocześnie dają każdemu biskupowi wystarczająco dużą swobodę w podejmowaniu decyzji w konkretnych przypadkach, a kapłani, w uzgodnieniu z biskupem, powinni szukać tutaj rozwiązań odpowiadających różnorodnym sytuacjom życiowym (Kasper 2005, s. 68 n.).

Jeśli zaś idzie o posługę duchownych niekatolickich wobec wiernych spoza Kościoła katolickiego, to na dzisiejszym poziomie dialogu ekumenicznego zasadniczo nie ma możliwości udzielania sakramentu chorych przez kapłanów prawosławnych wiernym innych Kościołów, zarówno orientalnych, a tym bardziej protestanckich i *vice versa* (Froniewski 2013a, s. 38). Natomiast w obrębie Kościołów i Wspólnot protestanckich praktycznie nie ma tu żadnych ograniczeń prawnych we wzajemnym posługiwaniu namaszczeniem chorych, gdyż — jak wspomniano — jest ono tam traktowane zazwyczaj jedynie jako liturgiczna forma modlitwy za chorego, o ile w ogóle jest stosowane (Froniewski 2014b, s. 188–190).

4.2. Pozasakramentalne formy posługi ekumenicznej wobec pacjentów w szpitalach

Jak mówi soborowy Dekret o ekumenizmie, duszą całego ruchu ekumenicznego jest ekumenizm duchowy (Sobór Watykański II, 2008, s. 317, nr 8), i dlatego to jest główna płaszczyzna realizacji dialogu ekumenicznego w wymiarze pastoralnym (Kasper 2008, s. 10–16). Dialog ten to bowiem coś dużo więcej niż samo wypracowywanie wspólnych dokumentów. W istocie ekumenizm duchowy często wyprzedza i przygotowuje grunt pod nowe rozwiązania teologiczne i duszpasterskie.

Jak już wykazano, aktualne możliwości *communicatio in sacris* na obecnym poziomie dialogu ekumenicznego są ciągle bardzo ograniczone. Jeśli jednak nie jest możliwa tutaj pełna posługa na poziomie sakramentalnym, to istnieją już liczne możliwości na poziomie duchowym, a zwłaszcza różne formy nabożeństw, które są pewnym „przedsionkiem” wspólnej liturgii sakramentalnej. Liturgia nie ogranicza się przecież tylko do wspólnej celebracji sakramentów (Kasper 2005, s. 66). Należy najpierw wyczerpać wszelkie możliwości, jakie dają Liturgie Słowa, różne nabożeństwa i modlitwy o charakterze ekumenicznym, w których można bazować na tym, co jest wspólne (*A Time to Heal* 2000, s. 6, 8). Podkreśla to mocno Dekret o ekumenizmie i Dyrektorium ekumeniczne, wskazując, iż mimo różnic uniemożliwiających pełną komunię eklezjalną, to przez chrzest istnieje pewna rzeczywista komunია, choć niedoskonała, wyrażana na różne sposoby w modlitwie i kulcie liturgicznym (Sobór Watykański II, 2008, s. 309, nr 3; s. 313, nr 4; s. 317, nr 8). Chodzi tu zasadniczo o formy kultu liturgicznego niesakramentalnego (Papieska Rada ds. Jedności 1994, s. 52, nr 104a–c; s. 55, nr 116).

Przechodząc do konkretnych rozwiązań na polu ekumenicznej posługi chorym, na pewno pierwszym, podstawowym i zawsze możliwym sposobem tej służ-

by w wymiarze duchowym jest wspólna modlitwa (Jan Paweł II, 1995, s. 27 n., nr 22). Katolik zawsze może modlić się razem z chorym chrześcijaninem innego wyznania o zdrowie dla niego. Jak poucza Dyrektorium ekumeniczne:

katolików powinno się zachęcać do łączenia się z innymi, zgodnie z normami podanymi przez Kościół, celem wspólnego modlenia się z chrześcijanami należącymi do innych Kościołów i Wspólnot eklezjalnych. [...] Katolikom i innym chrześcijanom zaleca się wspólną modlitwę celem wspólnego przedstawienia Bogu znoszonych przez nich trudności i kłopotów [...]. (Papieska Rada ds. Jedności 1994, s. 53, nr 108–109)

Chodzi tu jednak o jeszcze większą konkretyzację działań ekumenicznych dotyczących możliwości współpracy duszpasterskiej w posłudze wobec chorych. I tu znów najpierw wskazówka, jaką daje Dyrektorium ekumeniczne:

O ile każdy Kościół i Wspólnota eklezjalna zajmuje się duszpasterską troską o swych własnych członków, [...] to istnieją przecież sytuacje, w których religijnej potrzebie można by było zaradzić o wiele bardziej skutecznie, gdyby wyświęceni duszpasterze lub współpracownicy świeccy różnych Kościołów i Wspólnot eklezjalnych pracowali wspólnie. Taki rodzaj współpracy ekumenicznej może być z powodzeniem praktykowany w duszpasterstwie szpitali [...]. (Papieska Rada ds. Jedności 1994, s. 84, nr 204)

Doświadczenie cierpienia, szczególnie w takim miejscu, jak szpital, jest powszechne, czyli także ponadwyznaniowe i trzeba być tam otwartym na działanie Ducha Świętego, oczywiście bez zacierania różnic wyznaniowych lub prozelityzmu (Duesberg 2013, s. 297, 304, 306 n.; *A Time to Heal* 2000, s. 33). Na początku najważniejsze jest tu przełamanie wzajemnych uprzedzeń i lęków przed tymi, którzy są inni, oraz zrozumienie ich potrzeb. Książę posługujący w szpitalu powinien wykazywać się tu szczególną wrażliwością i z tego względu znać przynajmniej na poziomie elementarnym teologię oraz pobożność innych wyznań, a zatem wiedzieć choćby tyle, że dla pacjenta protestanta taką podstawową pomocą duchową jest możliwość sięgnięcia do Biblii (Sojka, Korczago 2016, s. 582–584), a dla prawosławnego — obecność ikony przy łóżku chorego (Fiedorczyk, Fiedorczyk, Fiedorczyk-Fidziukiewicz 2016, s. 562, 568 n.). Należy tu jednocześnie pamiętać o wieloaspektowo zniuansowanej dywersyfikacji denominacji protestanckich, a w wypadku Kościołów tradycji wschodniej o odróżnianiu wiernych Kościołów prawosławnych od orientalnych, a więc z Kościołów koptyjskiego, syroprawosławnego, asyryjskiego czy ormiańskiego (Froniewski 2013b, s. 55–64). Z tego względu dzisiaj konieczne jest szkolenie kapelanów szpitali w tym zakresie, a przynajmniej spotkania z duchowymi innych wyznań dla wymiany doświadczeń, zwłaszcza tam, gdzie posługują na jednym obszarze. Postuluje się również takie starania wobec personelu medycznego (Duesberg 2013, s. 299, 303 n.).

A zatem takie miejsca, jak szpitale, ale też sanatoria czy domy opieki we współczesnych warunkach globalizacji, także poza krajami naznaczonymi historycznymi podziałami wyznaniowymi, są obszarem duszpasterstwa, gdzie trzeba być przygotowanym i otwartym na posługę chorym należącym do innych wyznań,

gdyż często owi chorzy nie mają tutaj dostępu do własnych duszpasterzy, a ich stan bezwzględnie wymaga wzmożonej opieki duchowej. Owszem podstawowym środkiem wsparcia duchowego możliwym w sytuacji posługi wobec chorych innych wyznań zawsze pozostaje modlitwa oraz rozmowa duszpasterska. Można jednak też pójść dalej i w miarę możliwości, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z większą grupą pacjentów spoza naszego Kościoła, zaaranżować w jakiejś stosownej formie nabożeństwo ekumeniczne, oparte głównie na tekstach biblijnych, które są przecież uniwersalne dla wszystkich chrześcijan (Duesberg 2013, s. 302). Komfortową sytuacją byłoby stworzenie w szpitalu kaplicy o charakterze ekumenicznym, szczególnie na terenach, gdzie żyją mniejszości wyznaniowe — takie praktyki są już realizowane w Polsce na Śląsku Cieszyńskim (Sojka, Korczago 2016, s. 585).

4.3. Perspektywy — propozycja ekumenicznego obrzędu dla chorych

Doświadczenie jednak pokazuje, że najczęściej chorzy, szczególnie w momentach kryzysowych, oczekują ze strony duszpasterza poza modlitwą i rozmową również jakiegoś gestu, obrzędu o charakterze liturgicznym, który dobitniej wyrażałby wsparcie i zaangażowanie w ich trudną sytuację Kościoła reprezentowanego na sposób ministerialny przez duchownego. Wydaje się, w świetle stosowanych współcześnie w różnych wyznaniach rytów posługi wobec chorych, że takim najbardziej predysponowanym gestem liturgicznym o charakterze niesakramentalnym, który zawiera w sobie spory potencjał w ekumenicznym duszpasterstwie chorych, jest błogosławieństwo chorego z nałożeniem rąk. I temu tematowi warto poświęcić nieco więcej uwagi jako szczegółowej propozycji realizacji ekumenicznej współpracy duszpasterskiej w zakresie posługi wobec chorych, możliwej na aktualnym poziomie dialogu międzywyznaniowego.

Wielkim ekumenicznym walorem błogosławieństwa chorych z nałożeniem rąk jest powszechność i czytelność tego gestu liturgicznego we wszystkich wyznaniach chrześcijańskich. Obrzęd ten rozpowszechnił się na nowo w XX wieku w Kościołach i Wspólnotach protestanckich, często wypełniając tam pewną próżnię liturgiczną w posłudze wobec chorych. Aktualnie wiele formularzy protestanckich posiada dopracowaną, nierzadko wielowariantową liturgię błogosławieństwa chorych z nakładaniem rąk (*Dienst an Kranken* 2006, s. 95; *Ministry to the Sick* 2000, s. 42 n.). Ponadto, w takim znaczeniu, jest to gest liturgiczny, który posiada mocne podstawy biblijne w postaci obietnicy zmartwychwstałego Jezusa zapisanej w Mk 16, 18 (Wilkinson 1998, s. 107–112). Od strony katolickiej nie ma tu przeszkód, gdyż jak stwierdza Dyrektorium ekumeniczne:

Błogosławieństw udzielanych zazwyczaj katolikom można udzielać innym chrześcijanom na ich prośbę, zgodnie z naturą i przedmiotem danego błogosławieństwa. (Papieska Rada ds. Jedności 1994, s. 56, nr 121)

Formularz liturgiczny takiego błogosławieństwa chorego (*Benedictio adulti aegrotantis*) funkcjonował w Rytuale rzymskim co najmniej od czasów bezpośrednio po Soborze Trydenckim. W nowym Rytuale, promulgowanym przez papieża Pawła VI po Soborze Watykańskim II, błogosławieństwo to ma rozbudowaną formę liturgiczną i tu przewidziane jest już wprost nałożenie rąk na chorego przez celebransa podczas błogosławieństwa, o ile celebransem jest kapłan lub diakon (*Obrzędy błogosławieństw* 1994, s. 133–146). Niestety w Kościele katolickim jest to praktyka wręcz zapomniana, bo stosowana niezwykle rzadko, gdyż na ogół preferuje się posługę sakramentalną wobec chorych.

Konkretną propozycję takiego ekumenicznego formularza błogosławieństwa chorych z nałożeniem rąk prezentuje niemiecka publikacja przygotowana wspólnie przez katolickich i ewangelickich liturgistów *Ökumenische Segensfeiern* (Kerner, Nübold 1997, s. 48–57). Przedstawiony tam formularz przewidziany jest jako forma nabożeństwa z błogosławieństwem wielu chorych. Zaleca się jednak, aby każdego chorego potraktować indywidualnie i kładąc na głowę chorego prawą rękę, wypowiedzieć indywidualne błogosławieństwo. Nabożeństwo to może być prowadzone wspólnie przez duchowych obu wyznań i wtedy chorzy mogą od nich obu przyjmować błogosławieństwo. Według tego formularza ma ono proponowany następujący przebieg: po pozdrowieniu i wprowadzeniu następuje modlitwa wstępna w kilku wariantach do wyboru, następnie przewidziane jest czytanie biblijne (7 tekstów do wyboru), które łączy się z kazaniem, potem mamy modlitwę uwielbienia z prośbą o błogosławieństwo zbiorowe dla wszystkich obecnych chorych — w dwóch wariantach do wyboru, później indywidualne błogosławieństwo w dwóch opcjach, gdzie druga z nich przewiduje nałożenie ręki przez celebransa, który wówczas wypowiada formułę: „Niech Pan Jezus Chrystus towarzyszy ci w twojej chorobie i umocni twoją wiarę” (tłum. J.F.). Na końcu znajduje się modlitwa wiernych, zakończona *Ojciec nasz* i końcowym błogosławieństwem. Warto tu zwrócić uwagę na ekumeniczny charakter formuły przy błogosławieństwie wielu chorych, która jest dokładnie skopiowana z drugiej formuły luterńskiego obrzędu namaszczenia chorych (*Dienst an Kranken* 2006, s. 95), wyraźnie nawiązującej do katolickiej formuły sakramentalnej, z czytelnym odniesieniem do tekstu Jk 5, 15 (*Sakramenty chorych* 1993, s. 74).

Ta niemiecka propozycja wydaje się ciekawym rozwiązaniem, ujawniającym spory potencjał możliwości dla ekumenicznego duszpasterstwa chorych. Oczywiście domaga się ona transpozycji do warunków poszczególnych Kościołów lokalnych, z ich specyfiką kontaktów ekumenicznych, ale na pewno jest dowodem na sensowność reaktywacji zapomnianej praktyki błogosławieństwa chorych z nałożeniem rąk jako narzędzia do posługi chorym na płaszczyźnie ekumenicznej. Potrzeba tu jednak przełamania po stronie katolickiej pewnych uprzedzeń wobec gestu nakładania rąk na chorych w aktach niesakramentalnych, który w niektórych środowiskach odbierany jest ciągle jako element czysto „protestancki” czy

też typowy jedynie dla grup charyzmatycznych (Kosiek 2000, s. 211), a przecież ma on głębokie osadzenie biblijne i należy do tradycji liturgicznej Kościoła katolickiego.

5. Wnioski

Podstawowa konkluzja, jaka nasuwa się po dokonanej analizie stanu zarówno uwarunkowań prawnokanonicznych, jak i materiałów liturgicznych, to ciągły brak w polskich warunkach uregulowań szczegółowych, jakie zaleca biskupom Dyrektorium ekumeniczne, które przekazywałyby duszpasterzom, a szczególnie kapelanom szpitali, precyzyjne wskazówki pastoralno-liturgiczne w zakresie ekumenicznej posługi wobec chorych. Taki dokument mógłby dać duchownym nie tylko konkretne zalecenia pastoralne i propozycje liturgiczne, lecz także poczucie większej odpowiedzialności również za pacjentów innych wyznań.

Postulatem, który rodzi się na bazie tych ustaleń, jest przede wszystkim stała potrzeba głębszego uświadamiania już istniejących możliwości ekumenicznej posługi wobec chorych wśród duchownych, ale też hospitalizowanym wiernym, którzy często lękają się zwrócić o pomoc do duszpasterza spoza własnego Kościoła. Pośrednio należy tutaj również zwrócić uwagę na rolę szkolenia lekarzy, a zwłaszcza personelu medycznego w zakresie zróżnicowania wyznaniowego oraz związanych z tym potrzeb osób korzystających z placówek opieki zdrowotnej, gdyż niejednokrotnie to właśnie pielęgniarki mają najlepszy kontakt z pacjentem i są w stanie zareagować na pilną potrzebę wsparcia duchowego dla chorego, sygnalizując taką sytuację duszpasterzowi.

Bibliografia

- Agende für evangelisch-lutherische Kirchen und Gemeinden*, t. 3. *Die Amtshandlungen*, cz. 4. *Dienst an Kranken* (2006), Hannover.
- A Time to Heal. The Development of Good Practice in the Healing Ministry: A Handbook* (2000), London.
- Balthasar H.U. von (2014), *Zdrowie między nauką a mądrością*, „Communio” 34, nr 4, s. 136–152.
- Duesberg H. (2013), *Ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen, s. 296–307.
- Eibach U. (2013), *Gesundheit und Krankheit. Anthropologische, theologische und ethische Aspekte*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen, s. 271–282.
- Euchologion*, t. 1 (2016), Warszawa.
- Fiedorczuk J., Fiedorczuk I., Fiedorczuk-Fidziukiewicz J. (2016), *Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak *et al.*, Poznań, s. 560–572.
- Froniewski J. (2013a), *Sakrament namaszczenia chorych w praktyce liturgicznej i teologii Kościołów prawosławnych tradycji bizantyjskiej*, „Teologia w Polsce” 7, nr 1, s. 25–41.

- Froniewski J. (2013b), *Specyfika sakramentu namaszczenia chorych w Kościołach orientalnych*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 21, nr 1, s. 55–68.
- Froniewski J. (2014a), *Sakrament namaszczenia chorych w nauczaniu XVI-wiecznych Ojców Reformacji*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 22, nr 1, s. 51–66.
- Froniewski J. (2014b), *Odrodzenie praktyki namaszczenia chorych w niemieckim luteranizmie*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 22, nr 2, s. 177–190.
- Haart D. (2013), *Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus*, [w:] *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen, s. 42–57.
- Jan Paweł II (1995), *Ut unum sint*, Watykan.
- Jan Paweł II (2003), *Ecclesia de Eucharistia*, Wrocław.
- Kaczynski R. (1992), *Feier der Krankensalbung*, [w:] *Gottesdienst der Kirche*, t. 7, cz. 2. *Sakramentliche Feiern I/2*, red. H.B. Meyer, Regensburg, s. 241–343.
- Kasper W. (2005), *Sakrament jedności. Eucharystia i Kościół*, Kielce.
- Kasper W. (2008), *A Handbook of Spiritual Ecumenism*, New York.
- Kerner H., Nübold E. (red.) (1997), *Ökumenische Segensfeiern. Eine Handreichung*, Paderborn.
- Klessmann M. (2013), *Ausblick: Krankenhauseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft*, [w:] *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen, s. 341–350.
- Knop J. (2009), *Von der Sinnkrise zum Zeugnis. Krankheit und Krankheitsdeutung in dogmatischer Perspektive*, [w:] *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, red. T. Karle, Stuttgart, s. 408–420.
- Kodeks Prawa Kanonicznego* (1984), Poznań.
- Kosiek T. (2000), *Na chorych ręce kłaść będą. Posługa uzdrawiania w Kościele w świetle dokumentów dialogu katolicko-zielonoświątkowego (1972–1982)*, Lublin.
- Lankau A. (2016), *Rola przekonań religijnych w sprawowaniu opieki medycznej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułał et al., Poznań, s. 274–288.
- Lewko J. (2016), *Holistyczny model opieki nad chorym*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułał et al., Poznań, s. 289–299.
- Łukaszuk C.R., Krajewska-Kułał E. (2016), *Satysfakcja z opieki jako istotny element jakości opieki medycznej nad pacjentem*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułał et al., Poznań, s. 302–314.
- Merlino J.I., Raman A. (2013), *Health care’s service fanatics*, „Harvard Business Review” 91, nr 5, s. 108–116.
- Ministry to the Sick* (2000), London.
- Obrzędy błogosławieństw dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, t. 1 (1994), Katowice.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T. (2012), *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93, nr 4, s. 682–686.
- Papieska Rada ds. Jedności Chrześcijan (1994), *Dyrektorium w sprawie realizacji zasad i norm dotyczących ekumenizmu*, „Communio” 14, nr 2, s. 3–93.
- Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo* (1993), Katowice.
- Sobór Watykański II (2008), *Dekret o ekumenizmie*, [w:] *Konstytucje, dekrety, deklaracje. Tekst łacińsko-polski, nowe tłumaczenie*, red. M. Przybył, Poznań, s. 302–333.
- Sojka J., Korczago A. (2016), *Pacjent protestant wobec zagadnień choroby i ochrony zdrowia*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułał et al., Poznań, s. 574–591.
- Van Damme-Ostapowicz K. (2016), *Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułał et al., Poznań, s. 229–241.
- Wilkinson J. (1998), *The Bible and Healing: A Medical and Theological Commentary*, Edinburgh-Grand Rapids.

- Zimmerling P. (2009), *Krankheit und Krankenheilung. Ein Vergleich zwischen der lutherischen Agende „Dienst an Krankheit“ und dem pfingstlich-charismatischen Programm der Krankenheilung*, [w:] *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, red. T. Karle, Stuttgart, s. 563–579.
- Zizioulas J. (2016), *Illness and Healing in Orthodox Theology*, Alhambra.