

Ks. KRZYSZTOF KAROL PIÓRKOWSKI*

OPĘTANIE. KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ORAZ REWIZJA WSPÓŁCZESNYCH BADAŃ

Treść: Wstęp; 1. Kryteria diagnostyczne; 2. Psychopatologia zjawiska; 3. Pomiędzy wiarą a nauką; 4. Czy dialog jest możliwy?; Zakończenie; Summary: Spirit possession. Diagnostic criteria and review of present-day studies; Bibliografia.

Słowa kluczowe: opętanie, wiara a nauka, psychologia a religia, syndrom jerozolimski.

Key words: possession, faith vs. science, psychology vs. religion, Jerusalem syndrome.

Wstęp

Wśród klinicystów starego kontynentu funkcjonuje nadal pogląd o silnym rozdziale pomiędzy sferą religijności a klinicznie rozumianą sferą psychiczną w odniesieniu do pacjenta psychiatrycznego. Psychiatrzy a wraz z nimi psychoterapeuci i psychologowie z obserwowanym dystansem podchodzą do wiary swoich klientów i pacjentów. W aspekcie ontologicznym można wytłumaczyć ten dystans ich brakiem poczucia eksperctwa w dziedzinie religii – w naszym kręgu kulturowym najczęściej jest to religia chrześcijańska. Innych przyczyn można doszukiwać się w pewnym trendzie historycznym, zgodnie z którym kontynuatorzy idei Zygmunta Freuda traktowali religię jako formę „zbiorowej nerwicy”.

Obecne zasady etyczne nie pozwalają także psychiatrom, psychoterapeutom i psychologom ingerować, naruszać oraz kwestionować systemu wartości i wiary swoich pacjentów. Jednocześnie obszar określony jako „religia – duchowość – zdrowie psychiczne” staje się przedmiotem zainteresowania psychiatrów pracujących w USA. Pojawiają się projekty badawcze oraz programy leczenia, w których w rozmowie z pacjentem psychiatrycznym nie pomija się dotykania obszarów duchowości i religijnych wartości pacjenta¹. Świat wiary zaczyna być dla amerykańskich diagnostów ważną składową świata pacjenta, którego to elementu nie chcą oni pomijać.

W polskiej rzeczywistości na kształt diagnozy psychiatrycznej niewątpliwie wpływ miała szkoła prof. Antoniego Kępińskiego (1918-1972). Profesor wielokrotnie w swoich publikacjach i wykładach odnosi się do sytuacji i postaci znanych z kart Pisma św. ukazując na ich przykładzie własne hipotezy oraz ujawniając jednocześnie własne odniesienie religijne. Poza tym zwracał on uwagę na fakt częstych ekspresji elementów świata wiary w obrazie choroby pacjenta gdy opisywał urojenia grzeszności, wielkościowe czy posłannicze u pacjentów z diagnozą schizofrenii paranoidalnej². Świat przeżyć chorego staje się w takiej sytuacji niezwykle bogaty i poruszający dla samego chorego. Otoczenie może uchwycić jedynie strzępy tych przeżyć i dziwne zachowania chorego³.

Obraz choroby psychicznej znajdujemy również w opisach biblijnych. Ich tłumaczenie często ma charakter religijny lecz można w nich dostrzec symptomy diagnostyczne zaburzeń życia psychicznego. Jednym z pierwszych historycznie opisów schizofrenii znajdujemy I Księdze Samuela, gdzie zapada na nią Saul – pierwszy król Izraela⁴. Kolejnym jest zamieszczona w Ewangelii wg św. Marka historia człowieka *opętanego duchem nieczystym*, którego symptomatologia również wskazuje na osiowe objawy procesu schizofrenicznego: autyzm i rozszczepienie⁵.

* Autor jest księdzem diecezji siedleckiej, psychologiem, psychoterapeutą Gestalt. Prowadzi wykłady z psychologii ogólnej, rozwojowej, pastoralnej w WSD Diecezji Siedleckiej; pracuje jako diagnosta i psycholog, prowadzi terapię indywidualną oraz terapię par i małżeństw. Prowadzi rekolekcje dla małżeństw. Zainteresowania: teorie osobowości, psychopatologia, neuropsychologia, AT.

¹ Za: B. de Barbaro, *Religia, duchowość i zdrowie psychiczne – przegląd badań*; Medycyna Praktyczna – Psychiatria, 2010/06.

² A. Kępiński, *Schizofrenia*, Warszawa 1981, s. 106-108.

³ Tenże, *Rytm życia*, Warszawa 1992, s. 152.

⁴ W. Chrostowski, *Chorzy psychicznie w świetle Biblii*; w: *Collectanea Theologica* 84/1; s. 18.

⁵ A. Kępiński, *Schizofrenia...*, dz. cyt., s. 15.

Psychiatria i religia spotykają się nie tylko w opisie natchnionym. Ich miejscem spotkania staje się człowiek, który doświadczając własnych problemów może przyjąć jako jedyną ich religijną interpretację, a co za tym idzie – może szukać pomocy w praktykach religijnych. Może również traktować religię jedynie jako narzędzie powrotu do zdrowia, jako narzędzie terapeutyczne, które służy odzyskaniu pokoju ducha⁶.

1. Kryteria diagnostyczne

Zgodnie z obowiązującym w krajach UE systemem klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – Tenth Revision (ICD-10)* opublikowanym w 1993r zjawisko opętania zostało zaklasyfikowane zaburzenie dysocjacyjne (konwersyjne) w grupie F40-F48 Zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoform).

Tab. 1. F44 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)

G1. Brak potwierdzenia schorzeń somatycznych, które mogłyby stanowić przyczynę charakterystycznych objawów zaburzeń (choć mogą występować zaburzenia somatyczne, powodujące inne objawy).

G2. Przekonywujące związki czasowe między wystąpieniem objawów a stresującymi wydarzeniami, trudnościami lub potrzebami.

Za: ICD-10

Szczegółowe wskazówki diagnostyczne dotyczące opętania zostały przez autorów klasyfikacji ICD-10 określone w sposób następujący:

Tab. 2. F44.3 Trans i opętanie

A. Spełnione ogólne kryteria zaburzeń dysocjacyjnych (F44)

B. Występuje którekolwiek z następujących:

(1) *Trans*. Chwilowa zmiana stanu świadomości, przejawiająca się dwoma z następujących:

(a) utrata zwykłego poczucia własnej tożsamości

(b) zawężenie rozpoznawania bezpośredniego otoczenia lub niezwykle wąskie i selektywne zogniskowanie na bodźcach środowiskowych,

(c) ograniczenie ruchów, pozycji i wypowiedzi do powtarzania niewielkiego ich repertuaru.

⁶W. Chrostowski, art. cyt., s. 15.

(1) *Opętanie*. Osoba jest przeświadczona, że została owładnięta przez ducha, moc, bóstwo lub inną osobę.

- C. Zarówno (1), jak i (2) z kryterium B są stanami niepożądanymi lub kłopotliwymi oraz nie pojawiają się w okolicznościach religijnych lub innych zyskujących społeczną akceptację, ani nie stanowią ich przedłużenia.

Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia. Zaburzenia nie występują w tym samym czasie co schizofrenia lub zaburzenia pokrewne (F20-F29), albo zaburzenia nastroju [afektywne] (F30-F39) z omamami i urojeniami.

Za: ICD-10

Kryteria diagnostyczne jak i wskazówki diagnostyczne wyraźnie określają, że opętanie jest jednostką nozologiczną stosowaną w sytuacji gdy przejawiane zachowanie pacjenta wykracza poza akceptowane w danej kulturze sytuacje religijne czy uznane obyczaje. Tak więc kategoria nozologiczna stosowana w psychologii i psychiatrii, pomimo zbieżności w nazwie z kategorią teologiczną nie opisują tego samego zjawiska. Diagnosta terminem opętanie ujmuje zespół objawów, których wystąpienie jest efektem zadziałania czynników o charakterze stresującym. I chociaż ich treść może mieć charakter religijny to nie jest to sytuacja opętania w znaczeniu teologicznym. Może nasuwać się wątpliwość czy przypadkiem współczesne trendy diagnostyczne nie usuwają w cień zjawisk o charakterze religijnym, nie negują ich obecności? Jednak bardziej prawdopodobnym wydaje się twierdzenie, że ani psychologia ani psychiatria nie posługują się narzędziami, które mogłyby badać prawdziwość zjawisk ze świata wiary. Stąd rzeczywistość nadprzyrodzona i jej sposób obecności w życiu jednostki ludzkiej stają się przedmiotem zainteresowania jedynie teologii.

Podobne kryterium jest obecne w nowej, piątej rewizji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Zakodowana jako 300.15 kategoria Trans dysocjacyjny „nie jest częścią powszechnie akceptowanych zbiorowych praktyk religijnych, charakterystycznych dla danego kręgu kulturowego”⁷. To kryterium, dość lakoniczne zresztą, jest odmienne od wcześniej stosowanych definicji. W wydanej w 1987r trzeciej edycji DSM-III-R wprowadzono do amerykańskiej klasyfikacji termin opętania jako jeden z możliwych do zaobserwowania przejawów osobowości mnogiej: „wiara, że jest się opętanym przez inną osobę, ducha lub istotę może pojawić się jako objaw zaburzenia osobowości mnogiej. W takich przypadkach skarga na bycie *opętanym* jest faktycznie doświadczeniem wpływu alternatywnej osobowości na zachowanie i nastrój osoby. Jednakże, uczucie, że jest się *opętanym*,

⁷ Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. *Desk Reference*; Wrocław 2015, s. 154-155.

może być również urojeniem w zaburzeniu psychotycznym jak schizofrenia, a nie objawem zaburzenia dysocjacyjnego”⁸.

W kolejnej rewizji podręcznika znanej jako DSM-IV wydanej w 1994r Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne odstąpiło jednak od poprzedniej definicji i sklasyfikowało jedynie syndrom jako trans opętania określony jako szczególny przypadek nie klasyfikowanego inaczej zaburzenia dysocjacyjnego⁹.

2. Psychopatologia zjawiska

Zaprezentowane kryteria diagnostyczne, zdaniem psychiatrów, nie wyczerpują możliwych symptomów opętania. W jednej z monografii dotyczącej tej tematyki znajdujemy opis i przegląd wielu badań, z których autor przedstawia pełniejszy opis zjawiska. Charakteryzuje się ono dużą zmiennością i różnorodnością objawów: od prawie niezauważalnych dla otoczenia po bardzo dramatyczne i drastyczne. Niechciany i niespodziewany charakter zjawiska jest wzorcem psychopatologicznym opętania. Przez otoczenie jest on oceniany negatywnie. Przyczyną zmiany w zachowaniu osoby jest działanie osoby interpretowanej jako *zła*. Badacze obserwują u pacjentów z rozpoznaniem opętania duży stopień spójności prezentowanych zmienionych zachowań osoby z jej wypowiedziami. Epizod opętania może być poprzedzony przez zmiany postrzegania; po jego zakończeniu osoba powraca do stanu obserwowanego przed atakiem. Symptodem towarzyszącym może być omdlenie. W przebiegu epizodu stan afektywny może być zmienny, labilny, nieprzewidywalny. Osoba w trakcie trwania epizodu traci kontrolę nad własną aktywnością ruchową. Oprócz apatii i stuporu obserwuje się drżenia poszczególnych partii mięśni, dreszcze, drgawki. Osoba opętana może w trakcie epizodu zachowywać się w sposób agresywny i brutalny. Badacze opisują także zauważalną zmianę wyglądu osoby, która to zmiana pozostaje w dużej zgodności z tożsamością istoty, która opętała osobę. Zmianie ulegają także ton głosu i sposób wypowiedzi. Obserwuje się także zaburzenia spostrzegania zazwyczaj w postaci halucynacji. Oprócz nich znajdujemy w literaturze opis niecodziennie obserwowanych cech psychofizycznych: duża siła fizyczna osoby opętanego czy nadzwyczajna odporność na bodźce bólowe¹⁰.

Podjmując się opisu przypadku osoby przejawiającej cechy opętania poszukuje się, poza płaszczyzną behawioralną, uzasadnienia na gruncie

⁸ DSM-III-R 1987, s. 271-271.

⁹ DSM-IV 1994, s. 490-491.

¹⁰ J. Dębiec, *Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków 2000, s. 79-82.

koncepcji psychologii osobowości. Jedna z pacjentek oddziału psychiatrii, przekonana o tym, że jest opętana, egzorcyzmowana przez kapłana prezentowała cechy epizodu podczas hospitalizacji. W opisie psychologicznym czytamy o cechach pseudoparaliżu utożsamianego z konwersyjnymi zaburzeniami ruchu, obecnych halucynacjach słuchowych, agresji werbalnej. Pacjentka wykazywała cechy uogólnionej ambiwalencji – negowała min naukę Kościoła utrzymując z nim stały kontakt. Potrafiła wypowiadać się w sposób krytyczny nt święty postaci by po pewnym czasie doceniać ich znaczenie i wartość. W trakcie opowiadania swojej historii dostrzeżono cechy psychicznej dysocjacji gdy nieświadomie nadawała klimat emocjonalny swojej wypowiedzi odcinając się od doświadczania własnych stanów emocjonalnych¹¹.

Zdaniem autora opisu obserwowany fakt opętania można traktować jako formę stosowania mechanizmów obronnych. Nieświadome i zagrażające impulsy nie mogą przez dłuższy czas istnieć w formie nieupostaciowionej dlatego w pewnym momencie tworzą twardą strukturę obcej osobowości. Demon w takiej postaci jest dla osoby o wiele bezpieczniejszy a ponadto jest przez otoczenie kulturowo zaakceptowany¹². Wyjaśnienie to wydaje się być jednak bliższe innej sytuacji obserwowanej w praktyce psychoterapeutycznej przez autora obecnej dysertacji. W sytuacji pojawienia się symptomów choroby psychicznej o wiele łatwiej przychodzi osobie chorej i jej otoczeniu uznać za faktyczne podłoże zaistniałej sytuacji działanie złego niż neuropsychiczne tło prezentowanych przez osobę zjawisk.

Opisywane zjawisko opętania, aby mogło zostać sklasyfikowane zgodnie z przyjmowaną terminologią diagnostyczną, musi być uznane za *niepożądane lub kłopotliwe* oraz nie może pojawiać się w *okolicznościach religijnych*, które traktowane są jako element szeroko pojmowanej kultury. Diagnoza psychologiczna czy psychiatryczna pozostają pod wpływem kontekstu kulturowego. Nauka traci własną metodę uzależniając się od wpływów społecznych. Kolejnym problemem, w takim ujęciu, staje się diagnoza psychopatologii w pojawiających się coraz częściej społecznościach wielokulturowych¹³.

3. Pomiędzy wiarą a nauką

Wątpliwości kliniczne w odniesieniu do pacjentów, którzy trafiają do diagnostyki psychiatrycznej wydają się bardziej konkretne przy opisie zdarzeń. Okazuje się, że poczynione przez WHO tropy diagnostyczne nieko-

¹¹ D. Janus, *Psychopatologia a religia*, Warszawa 2004, s. 257-266.

¹² Tamże, s. 247.

¹³ J. Dębiec, dz. cyt., s. 86-87.

niecznie ułatwiają pracę specjalistom. Opublikowane w 2012 przez zespół klinicystów studium przypadku przedstawia historię 16-letniej pacjentki przyjętej na oddział po nadużyciu paracetamolu. Pacjentka nie przejawiała cech zaburzeń psychicznych w chwili przyjęcia na oddział. W wywiadzie ujawniono fakt pozostawiania dziewczyny pod opieką księdza egzorcysty, który od ponad 2 lat egzorcyzmował pacjentkę przekonaną, że jest „zniewolona przez Złego”. W sytuacjach wzniosłych religijnie dziewczyna doświadczała epizodów pobudzenia ruchowego, poczucia zmiany tożsamości, okresowo napadów drgawkopodobnych. Obserwowano liczne objawy somatyzacyjne: parestezje, uniemożliwianie połykania, hiperwentylacja, uczucie ciężaru w okolicy klatki piersiowej.

Sytuacje te pokryte były u pacjentki niepamięcią całkowitą. Po pierwszej modlitwie egzorcyzmem, którą polecił ksiądz egzorcysta pojawiła się poprawa stanu pacjentki. Zaczęła ona wzbogacać swoją wiedzę o historii związane z osobami opętanymi oraz egzorcyzmami obecnymi w dostępnej literaturze. Po kilku tygodniach kłopoty dziewczyny zaczęły się pojawiać na nowo. Rodzinie udzielono wsparcia w grupie modlitewnej oraz rozpoczęto częstsze modlitwy prowadzone przez księdza egzorcystę. W trakcie kolejnych modlitw o uwolnienie zaobserwowano u dziewczyny złożone aktywności ruchowe, połączone pobudzeniem psychoruchowym, zmiany tembru głosu, napady drgawkopodobne.

Ze względu na pojawiające się cechy unikania relacji rówieśniczych a przede wszystkim na podjętą próbę „S” zdecydowano o hospitalizacji¹⁴. W jej trakcie, po poszerzeniu obrazu diagnostycznego o kontekst rodzinny i społeczny, dostrzeżono skłonność badanej do idealizacji osoby matki oraz pomijanie osoby ojca, który w wypowiedziach pacjentki pojawiał się bardzo rzadko. Pacjentka skarżyła się *złe duchowe samopoczucie* kiedy to odczuwała wiele objawów somatycznych, którym towarzyszyły fantazje o odwróceniu się od Boga, Kościoła. W trakcie doświadczania własnych trudności znaczącą osobą był dla badanej ksiądz egzorcysta, który poinformował dziewczynę, że *doświadczane objawy to przejawy oddziaływania Złego*. Ta informacja wyraźnie poprawiła stan pacjentki, przywróciła jej spokój. Dalsza diagnostyka psychologiczna ujawniła między innymi słabość granic interpersonalnych badanej oraz jej dystans emocjonalny, stosowane mechanizmy zaprzeczania, izolacji, dewaluacji i projekcji. W ocenie psychologicznej dostrzeżono regres badanej w zakresie procesów separacyjnych oraz rozwoju psychoseksualnego. Wykonana diagnostyka neuropsychologiczna

¹⁴ A. Barabasz, J. Hyrnik, M. Janas-Kozik, I. Jelonek, *Pomiędzy wiarą a nauką: zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne? Prezentacja przypadku*, w: *Psychiatria Polska* 2012, tom XLVI, nr 2, s. 306-308.

oraz neuroobrazowanie struktur mózgowia pozwoliło wykluczyć istnienie zmian organicznych w obszarze ośrodkowego układu nerwowego¹⁵.

Ostateczne rozpoznanie ustalono jako mieszane zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia somatyzacyjne oraz nieprawidłowo kształtującą się osobowość. Zalecono podjęcie procesu psychoterapeutycznego; pacjentka i jej rodzice zadeklarowali chęć podjęcia psychoterapii rodzinnej. W ocenie autorów artykułu prezentowane cechy zaburzeń miały charakter jednoznacznie psychologiczny. Na przejawiany kształt symptomatologiczny miały wpływ problemy natury emocjonalnej dziewczyny oraz jej system wierzeń religijnych. Wzmocniły one funkcjonowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych oraz spotęgowały zaburzenia dysocjacyjne i prezentowane somatyzacje. Ich zdaniem historia dziewczyny jest przykładem niewłaściwego wykorzystania praktyk religijnych skutkujących nasileniem się psychopatologii pacjentki. Podkreśliły ponadto znaczenie współpracy pomiędzy egzorcystą a psychiatrią w czasach obecnych¹⁶.

Relacje te wydają się być sprzecznymi. Dość często spotykanym przez autora artykułu stanowiskiem jest opozycja obu stanowisk. Kapłani niechętnie odsyłają penitentów do specjalistów z zakresu życia psychicznego a ci z kolei niechętnie korzystają z konsultacji duchownych. Pacjentom dużo łatwiej jest przyznać się do bycia opętanym czy dręczonym przez *Złego* niż uznać istnienie u siebie czy u swoich bliskich problemów natury psychicznej. Te fakty sprawiają, że pomiędzy przedstawicielami obu dziedzin wyrasta mur nieświadomionej niechęci bądź po prostu tendencja do pomijania, marginalizowania stanowiska przedstawiciela drugiej dziedziny.

4. Czy dialog jest możliwy?

W jednym z wywiadów, opublikowanym w literaturze psychiatrycznej, prof. Waldemar Chrostowski porusza kwestię tzw. syndromu jerozolimskiego. Zjawisko to obserwowane od wielu lat przez specjalistów psychiatrii wśród pielgrzymów i turystów odwiedzających Jerozolimę doczekało się w polskiej psychiatrii krótkiej monografii. Profesor oraz autorzy artykułu odnoszą się do opisów przypadków klinicznych, w których odwiedzający uznają siebie za jedną z postaci biblijnych i podejmują się działań dla tej postaci charakterystycznych. Pierwszy opis symptomatologiczny pochodzi z 1937r choć stosowana nazwa została wprowadzona w roku 1982. Rocznie stwierdza się około 20-50 przypadków z objawami syndromu. Największa grupa osób leczonych doświadczała już wcześniej innych, uznanych za pier-

¹⁵ Tamże, s. 309-310.

¹⁶ Tamże, s. 310-311.

wotne, zaburzeń psychicznych – najczęściej były to schizofrenia lub choroba afektywna. Osoby te stanowią około 80% hospitalizowanych pacjentów.

Oprócz nich zaobserwowano pojawienie się cech syndromu u osób, które w niezbyt odległej przyszłości doświadczyły sytuacji silnego stresu – np. śmierć bliskiej osoby. Większość przypadków to osoby, które pierwszy raz przybyły do Jerozolimy. Wśród czynników kulturowych podkreśla się również znaczenie charakteru podjętej podróży oraz rolę jaką Ziemia Święta odgrywa w hierarchii wartości prezentowanej przez osobą ją odwiedzającą¹⁷.

Zdaniem prof. Chrostowskiego osób z cechami syndromu rejestruje się rokrocznie setki a dla ich potrzeb w szpitalu Hadasa na przedmieściach Jerozolimy istnieje specjalny oddział psychiatryczny specjalizujący się w leczeniu tego typu pacjentów¹⁸. Sytuacja ta, jest dla Profesora źródłem refleksji dotyczącej współpracy pomiędzy lekarzami psychiatrami a kapłanami. Współpraca ta koncentruje się na osobie pacjenta, gdzie kapłan i lekarz dbają o dobro powierzonej im osoby. Dyskusja o współpracy pomiędzy lekarzami a kapłanami jest zdaniem Profesora świeżą sprawą w naszym kraju, podobnie jak refleksja polskiej teologii na temat osób chorych psychicznie. Uzyskane tą drogą efekty mogą być korzystne dla obu stron a przede wszystkim dla samych pacjentów¹⁹.

Profesor Irvin Yalom w swoim wykładzie wygłoszonym na dorocznym zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zwraca uwagę na napiętą relację pomiędzy jednym ze współcześnie uprawianych nurtów psychoterapii – psychoterapią egzystencjalną a tzw. pociechą religijną. Zdaniem Profesora relacja ta jest *skomplikowana i pełna napięcia*. Jednocześnie zauważa, że obie drogi są ze sobą *spokrewnione, mają wspólnych przodków i wspólne troski*. Obie także zajmują się charakterystyczną dla ludzkiej kondycją *rozpaczą*²⁰. W opinii Profesora religia dostarcza człowiekowi możliwość budowania niezwykle silnych więzi – z istotą traktowaną jako Bóg ale także więzi ze społecznością. Kościół buduje stabilne parafie, daje możliwość korzystania z relacji interpersonalnych w ramach rozmaitych grup i spotkań. Podejrzewa nawet, że wiele z przyłączających się do społeczności religijnych osób czyni to bardziej z powodu więzi społecznej niż z przywiązania do konkretnej doktryny religijnej²¹. Takie spojrzenie na rzeczywistość

¹⁷ Por. K. Prochowicz, A. Sobczyk, *Syndrom Jerozolimski. Objawy, przebieg i kontekst kulturowy*, w: *Psychiatria Polska 2011*, tom XLV, nr 2, s. 289-291.

¹⁸ W. Chrostowski, *Biblia, czyli przykłady cierpienia psychicznego*, w: *Psychiatria po dyplomie 02/2015*, s. 5.

¹⁹ Tamże, s.6.

²⁰ I. Yalom, *Religia i psychiatria*, Warszawa 2009; s. 9.

²¹ Tamże, s. 38.

wiary pozwala niewątpliwie na uszanowanie obu opisywanych dróg – religijnej i terapeutycznej. Można także podejrzewać, że skoro brak argumentów naukowych na istnienie obserwowanej niechęci pomiędzy diagnostami a duszpasterzami obserwowany rozdział jest wynikiem jakichś indywidualnych antypatii obecnych wśród obu grup zawodowych.

Zakończenie

Obowiązująca obecnie rewizja kryteriów diagnostycznych ICD-10 zdecydowanie rozdziela religijne i psychopatologiczne rozumienie opętania. Jednak nie jest to w rzeczywistości negacja religijnego rozumienia opętania przez autorów stosowanych kryteriów. Rezygnując z religijnego rozumienia opętania rezygnują oni z zajmowania się zespołem charakterystycznym dla rzeczywistości wiary. Ani psychologia ani nauki medyczne nie posiadając narzędzi czy metody do zajmowania się zjawiskami rzeczywistości religijnej nie wykraczają w ten sposób poza granice własnych kompetencji. Możliwy jest natomiast symptomatologiczny opis powyższych zjawisk – zdiagnozowanych przez specjalistów każdej z dziedzin.

Wprowadzenie kategorii *trans i opętanie* do współczesnych kategorii diagnostycznych wydaje się jednak dość kontrowersyjne. Nauki medyczne podjęły się klasyfikacji opartej na kryteriach kulturowych, które to kryteria pozostawiają pewną przestrzeń niedookreślenia. Ponadto zastosowanie terminu właśnie kulturowo związanego ze sferą wiary wprowadziło zamęt w stosowaniu terminu opętania. Wydaje się, że przydatnym byłoby posługiwanie się własną, specjalistyczną terminologią przez lekarzy psychiatrów.

Istotnym natomiast celem dalszej pracy wydaje się poprawienie komunikacji pomiędzy kapłanami a diagnostami. Poza opisanymi zbieżnościami działalności religijnej i psychoterapeutycznej ważnym elementem wydaje się dobro osoby doświadczającej kłopotów natury psychicznej. W naszym kontekście kulturowym większość pacjentów psychiatrycznych to osoby wierzące. Pomoc specjalistyczna może zostać wsparta działalnością duszpasterską. Podobnie pomoc udzielana w przestrzeni wiary może wymagać zadziałania ze strony psychologa czy psychiatry. Bezwarunkowo każdy ze specjalistów może poruszając się w ramach własnych kompetencji akceptować istnienie drugiej rzeczywistości. A przynajmniej jej nie ignorować. Stąd ważnym wydaje się podtrzymywanie dialogu pomiędzy specjalistami zajmującymi się życiem psychicznym pacjentów z duszpasterzami zajmującymi się sprawami wiary u swoich podopiecznych.

Summary

Spirit possession. Diagnostic criteria and review of present-day studies

A lot of clinicians share a belief about strong split between the reality of faith and psychical sphere in a clinical concept. Introduced by ICD-10 diagnostic category *trans and spirit possession* significantly emphasizes the existence of such a split. In the article the author characters applied diagnostic criteria of spirit possession, presents psychopathologic characteristics of the phenomenon based on literature data and attempts to discuss on possible relations between ecclesiastics and psychotherapists. He points to the value of dialog in the interest of a patient welfare as well as to the closeness of helping nature in spite of existing ontological differences between religion and psychiatry as well as psychology.

Bibliografia

Barabasz, A., Hyrnik, J., Janas-Kozik, M., Jelonek, I. (2012). Pomiędzy wiarą a nauką: zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne? Prezentacja przypadku. *Psychiatria Polska, tom XLVI, numer 2*, s. 305-312

Chrostowski, W. (2014). Chorzy psychicznie w świetle Biblii. *Collectanea Theologica* 84/1; 5-28

Chrostowski, W. (2015). Biblia, czyli przykłady cierpienia psychicznego. *Psychiatria po dyplomie* 02/2015; 5-6.

De Barbaro, B. (2010). Religia, duchowość i zdrowie psychiczne – przegląd badań. *Medycyna Praktyczna – Psychiatria* 2010/06. Pobrano z:

<http://www.mp.pl/psychiatria/zaburzenia/inne/56548,religia-duchowosc-i-zdrowie-psychiczne-przeglad-badan>, Dnia 2010, 09, 30.

Dębiec, J. (2000). *Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Janus, D. (2004). *Psychopatologia a religia. Strukturalne zbieżności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a religią*, Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Kępiński, A. (1981). *Schizofrenia*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Kępiński, A. (1992). *Rytm życia*, Warszawa: Sagittarius.

Prochowicz, K., Sobczyk, A. (2011). Syndrom jerozolimski. Objawy, przebieg i kontekst kulturowy. *Psychiatria Polska, tom XLV, numer 2*, 289-296.

Yalom, I. (2009). *Religia i psychiatria*, Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.