

# Opętania w ujęciu psychiatrycznym

O zaburzeniach psychicznych i egzorcyzmach z dr. n. hum. Igorem Pietkiewiczem z Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją przy Uniwersytecie SWPS w Katowicach, kierownikiem projektu badawczego „Analiza jakościowa zjawisk i symptomów związanych z opętaniem”, rozmawia Monika Stelmach.

**PpD:** Czym właściwie jest opętanie?

**DR IGOR PIETKIEWICZ:** To pojęcie jest używane w różnych kontekstach: kulturowym, religijnym oraz klinicznym. We wspólnotach religijnych część wiernych tłumaczy określone zjawiska działaniem sił nadprzyrodzonych. Posługując się przykładem: kobieta z Mauritiusa, kiedy zobaczyła swojego męża z kochanką, wpadła we wściekłość, chwyciła za nóż i chciała go zabić. Przeżywała jednak te stany egodystonicznie i tłumaczyła, że wstąpiła w nią bogini Kali, która chciała ukarać niewiernego mężczyznę. Kiedy ludzie doświadczają impulsów lub zachowują się w sposób, który wywołuje w nich konfliktowe uczucie – wstydu, poczucia winy, lęku przed karą – łatwiej przypisują przyczyny swojego zachowania czynnikom zewnętrznym. To nie ja czuję żal, wrogość lub pogardę, ale jestem kontrolowany przez demona. Moglibyśmy mówić w takim wypadku o dysocjacji pewnych stanów ego, wskutek czego są one przeżywane jako obce, nienależące do Ja.

Kultura wyposaży nas w system interpretacyjny zjawisk i stanów psychicznych, dzięki czemu stają się one dla nas bardziej zrozumiałe, a to może dawać względne poczucie kontroli.

**PpD:** A w religii katolickiej?

**I.P.:** Podobnie w religii katolickiej, sytuacje wykraczające poza przyjęte normy lub oczekiwania wyjaśnia się jako działanie sił nadprzyrodzonych. Przy czym norma to bardzo szerokie pojęcie. Dla niektórych oglądanie filmów erotycznych, słuchanie muzyki rockowej, palenie papierosów, wchodzenie w romans, homoseksualizm albo zainteresowanie obcymi kulturami mogą być postrzegane jako wpływ Złego. Z perspektywy psychologa bądź psychiatry te zachowania nie muszą natomiast budzić niepokoju i mogą być postrzegane jako normalny sposób ekspresji potrzeb, buntu albo próba rozwiązywania konfliktów wewnętrzpsychicznych.

W niektórych kontekstach kulturowych ludzie tłumaczą też opętaniem objawy związane ze strukturalną dysocjacją osobowości. Na przykład pojawianie się urazowych wspomnień w postaci flashbacków, w trakcie których osoba czuje się dotykana, podduszana, widzi oprawcę lub słyszy jego głos, może być przypisywane demonicznym wpływom.

Wspólną i fundamentalną cechą jest religijność, bo cytując jedną z badanych przeze mnie chorych: „żeby być osobą owładniętą lub opętaną przez złego ducha, trzeba być osobą wierzącą”. Ludzie, którzy nie odwołują się do koncepcji religijnych



**OSOBY Z ETYKIETĄ OPĘTANIA SĄ ZWYKLE NIECHĘTNE WOBEC KONSULTACJI Z PSYCHOLOGIEM LUB PSYCHIATRĄ. CHOCIAŻ DUCHOWNI ZACHĘCAJĄ WIELE OSÓB, ABY SIĘ Z NAMI SKONSULTOWAŁY, TO ONE BOJĄ SIĘ, ŻE ROZPOZNAJEMY ZABURZENIE PSYCHICZNE LUB BĘDZIEMY NAMAŹLIWI DO TERAPII.**

w interpretacji swoich zachowań i stanów psychicznych, będą szukali dla nich innych wyjaśnień.

**PpD:** W jaki sposób specjaliści tłumaczą nagłe zmiany zachowania podczas mszy o uwolnienie od złych mocy albo egzorcyzmów?

**I.P.:** Najbardziej spektakularne zjawiska, kiedy podczas egzorcyzmów osoba dostaje częściowego paraliżu, drgawek, przestaje rozpoznawać miejsce, w którym się znajduje, nie panuje nad swoimi odruchami, przez ludzi wierzących będą interpretowane jako reakcja Złego na *sacrum*. Niewiele mamy natomiast badań na temat nagłych zmian zachowania i tożsamości pod kątem przyczyn psychologicznych lub psychiatrycznych. Dlatego dość ostrożnie podchodzimy do interpretacji tego zjawiska.

Część może tracić kontrolę nad swoim zachowaniem pod wpływem silnych sugestii. Często są to osoby, które interesują się opętaniem: literaturą i filmami, wymieniają we wspólnocie pikantne historie na ten temat. W ten sposób uczą się normatywnych zachowań odpowiednich dla kontekstu. Następnie postępują adekwatnie do tego opisu, np. podczas mszy o uwolnienie od Złego kilka osób pada na ziemię w drgawkach, krzyczy. W taki sposób mogą też wyrażać swoje napięcie psychiczne lub konflikty dotyczące uwagi. Wszakże ludzie opętani budzą zainteresowanie wspólnoty oraz księży i otrzymują wsparcie psychiczne. Część osób, które biorą udział w naszych badaniach, ma zubożone relacje społeczne, niewielu świeckich przyjaciół i znajomych. Religijność jest centralnym punktem ich życia, nierzadko zastępuje inne obszary.

Doświadczenia te mogą również wiązać się z intruzją wspomnień odnoszących się do sytuacji urazowej. Dobrym przykładem są wspomniane przeze mnie wcześniej objawy somatoformiczne: drętwienia, paraliże, drgawki, luki histeryczne, ból różnych części ciała lub pieczenie w kroku, uścisk na szyi, jakby ktoś dusił, odczuwanie smaku krwi bądź spermy, zapachu papierosów albo alkoholu. Mogą to być różne elementy wrażeń somatosensorycznych, bezpośrednio związane z wydarzeniem urazowym. Oprócz tego czasem pojawiają się obrazy lub głosy, które budzą silny lęk. Osoby, u których stwierdza się PTSD, mówią wręcz o wrażeniu, jakby na przykład gwałt przeżyty w przeszłości działał się tu i teraz. Wtedy podczas egzorcyzmów taka osoba zaczyna krzyczeć i wrywać się.

**PpD:** Egzorcyzmy nie powiększają traumy u osób z PTSD?

**I.P.:** Nawet jeśli jest to rytuał kulturowo akceptowany i w Polsce dość powszechny, wymaga dużej rozwagi i ostrożności. Człowiek zdrowy psychicznie pewnie nie wyjdzie ze szwankiem z takiej sesji, natomiast u ludzi z zaburzeniami psychicznymi albo doświadczeniem wykorzystywania seksualnego wszelkiego rodzaju sytuacje siłowego unieruchamiania, jak ma to miejsce podczas egzorcyzmów, są w stanie zretraumatyzować, czyli przywołać wspomnienia sytuacji urazowej, wywołać silny lęk i panikę.

W podręcznikach psychiatrii ostrzega się personel medyczny i pomocniczy, że jeśli pacjent ma za sobą doświadczenie nadużyć, to należy niezwykle ostrożnie stosować przymus bezpośredni, starać się wykorzystywać inne

sposoby jego uspokojenia, pomóc w odzyskaniu świadomości miejsca i czasu. Na przykład mówiąc spokojnie: „Jest rok 2019, znajduje się pan/pani na izbie przyjęć, może się pan/pani czuć bezpiecznie, jestem lekarzem, chcę pomóc”. Oczywiście nie zawsze taki rodzaj interwencji będzie możliwy.

**PpD:** Czy z medycznego punktu widzenia opętanie w ogóle istnieje?

**I.P.:** Jako naukowiec nie jestem w stanie powiedzieć, czy istnieją siły nadprzyrodzone i jakie mają oddziaływanie na człowieka. Nie mamy narzędzi metodologicznych, żeby to zbadać. Zespół specjalistów, których zaprosiliśmy do programu, analizuje fenomenologię zjawiska. Szukamy odpowiedzi na pytania, jakim zachowaniom przypisuje się w różnych grupach społecznych działanie sił nadprzyrodzonych, jaki mechanizm odpowiada za to, że ludzie trafiają do egzorcystów. Jako osoby działające w obszarze ochrony zdrowia interesuje nas, jakie towarzyszą temu objawy kliniczne, co je wywołuje, w jakim stopniu pacjenci mogą te stany kontrolować, co pamiętają.

**PpD:** WHO wpisało w klasyfikację trans i opętanie.

**I.P.:** W ICD-10 użyto określenia „trans i opętanie” w kategorii zaburzeń dysocjacyjnych. Uważam, że to jednak dość niefortunna nazwa, gdyż termin jest też powszechnie używany w kontekście teologicznym lub kulturowym. Jeśli już stosować te słowa, to wolałbym określenie „pod postacią opętania”.

W klasyfikacji DSM-5 występuje natomiast pojęcie opętania, ale jest łączone z najcięższą postacią zaburzeń dysocjacyjnych, czyli dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości (*dissociative identity disorder* – DID). Jest tam krótka wzmianka o tym, że charakterystyczne dla DID zmiany zachowania i tożsamości spowodowane intruzją dysocjacyjnej części mogą być postrzegane w niektórych kulturach jako doświadczenie opętania.

**PpD:** Co możemy powiedzieć o obrazie klinicznym osób kierowanych na egzorcyzmy?

**I.P.:** Mamy do czynienia z olbrzymią paletą różnych objawów: PTSD, zaburzeniami jedzenia, snu, lękowo-depresyjnymi, problemami z regulacją afektu i skłonnością do niego, samouszkodzeniami oraz próbami samobójczymi. Niektórym towarzyszą halucynacje słuchowe słowne, typowe dla zaburzeń dysocjacyjnych lub psychozy. U innych można się spodziewać też amnezji wydarzeń bieżących, chociaż przyznam, że żadna z osób przebadanych w prowadzonym w Polsce projekcie dotyczącym opętania nie prezentowała dotąd tego objawu. Niemniej możemy mówić o objawach związanych z całym spektrum zaburzeń psychiatrycznych.

**PpD:** Jakie choroby i zaburzenia mogą się zatem kryć pod tą etykietą?

**I.P.:** Myślę, że najczęściej będą to stany psychiczne charakterystyczne dla osób z zaburzeniami osobowości, dysocjacyjnymi lub psychotycznymi. Stereotypowym myśleniem jest natomiast, że osoby opętane chorują głównie na schizofrenię. Myślę, że dotyczy to tylko niektórych z nich. Psychiatrzy muszą brać zatem pod uwagę różne rozpoznania, dopytywać o historię urazów, dociekać specyfiki objawów i przeżywanych konfliktów. Powinni też rozumieć, jak tło kulturowe wpływa na sposób ekspresji objawów, interpretacje i radzenie sobie z nimi.

**PpD:** Z czego wynikają problemy diagnostyczne?

**I.P.:** Osoby z etykietą opętania są zwykle niechętne wobec konsultacji z psychologiem lub psychiatrą. Chociaż duchowni zachęcają wiele z nich, aby się z nami skonsultowały, to one boją się, że rozpoznamy zaburzenie psychiczne lub będziemy namawiać do terapii. A przecież nie chcą myśleć o niektórych objawach, o tym, co się dzieje w domu lub krzywdach doznanych w przeszłości. Jest to szczególnie typowe dla pacjentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi. Nie ułatwiają diagnozy – ukrywają pewne objawy lub w najlepszym razie nie zgłaszają ich spontanicznie. Nie powiedzą sami z siebie: „Mam w ciągu dnia lub tygodnia momenty, w których nie wiem, co robiłam”, „Obudziłam się na egzaminie lub w sklepie, ale nie pamiętam, jak tam się znalazłam”, „Choć wydaje mi się to dziwne, słyszę głosy w głowie, które spierają się ze sobą, namawiają do robienia różnych rzeczy lub dyskutują na różne tematy”.

Z drugiej strony niewiele jest w Polsce psychiatrów i psychologów, którzy specjalizują się w rozpoznawaniu złożonych zaburzeń związanych z traumą. Zaburzeniom dysocjacyjnym poświęca się mało czasu w programie studiów i specjalizacji. Rodzi się więc pytanie, czy jeśli pacjent ze wspomnianymi objawami trafi do specjalisty, to uchwyci on istotę problemu. Na ile zbada dokładnie specyfikę intruzywnych wspomnień, przyjrzy się charakterystyce „głosew” lub dopyta o różne przejawy amnezji – biorąc pod uwagę, jak bardzo pacjent ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi stara się te objawy ukrywać. Według różnych badań rozpowszechnienie złożonych zaburzeń dysocjacyjnych szacuje się na 1-3 proc. Jedna z analiz pokazała, że ponad jednej czwartej pacjentów z DID postawiono wcześniej błędnie diagnozę schizofrenii. Chociaż halucynacje głosowe częściej występują u pacjentów z DID, to niektórzy traktują je nadal jako objaw świadczący wyłącznie o schizofrenii.

**PpD:** Jak wygląda badanie osoby, która zgłosiła się do projektu lub została skierowana przez księdza albo psychiatrę?

**I.P.:** Uczestnicy sami zapisują się poprzez stronę projektu w serwisie [www.e-psyche.eu](http://www.e-psyche.eu) albo są rejestrowani przez

profesjonalistę kierującego na diagnostykę. Za pomocą aplikacji *online* wypełniają testy oceniające nasilenie objawów psychoformicznych i somatoformicznych lub eksplorujące pewne typy doświadczeń urazowych w różnych okresach życia. Procedura jest bardzo podobna zarówno w projekcie dotyczącym nagłych zmian zachowania i tożsamości u osób korzystających z egzorcyzmów, jak i w projekcie eksplorującym zmiany świadomości u osób z doświadczeniem traumy, u których przeprowadzamy diagnostykę pod kątem zaburzeń dysocjacyjnych. Po wykonaniu testów zapraszamy uczestnika na konsultację, w trakcie których przeprowadzamy pogłębiony wywiad kliniczny.

Wspólnie z psychiatrą dr. n. med. Radosławem Tomalskim opracowałem polską wersję testów i takiego wywiadu. Umożliwia to w jasny sposób postawienie diagnozy określonych zaburzeń dysocjacyjnych lub jej wykluczenie. Stworzyliśmy również ustrukturyzowany wywiad dla osób słyszących głosy. Po zebraniu wywiadu pacjent jest kierowany dodatkowo na badanie psychiatryczne. Na koniec omawiane są z nim wnioski i ewentualne zalecenia. W sumie rozmowy te zajmują około sześciu godzin, są więc rozłożone na kilka spotkań. W przypadku osób przyjeżdżających do Katowic z daleka próbujemy przeprowadzić je w trakcie dwóch dni. Każdy uczestnik badania otrzymuje szczegółowy raport, który może przedstawić terapeutę, lekarzowi lub opiekunowi duchowemu. Dzięki temu, że projekty te są finansowane przez Narodowe Centrum Nauki, badanie jest bezpłatne.

**PpD:** Zgodnie z zaleceniami Watykanu księża, zanim zainicjują się do egzorcyzmowania, powinni zalecić konsultację psychologiczną bądź psychiatryczną.

**I.P.:** W Polsce podejście księży do opętania jest zróżnicowane. Część twierdzi, że nie spotkała się w trakcie swojej posługi z prawdziwym opętaniem, a większość wiernych jedynie używa diabła, aby wytłumaczyć swoje zaburzenia psychiczne lub konflikty psychologiczne. Uważają, że ich rolą jest wspierać wiernych duchowo i kierować do odpowiednich specjalistów.

Inni są przekonani, że oddziaływanie sił nadprzyrodzonych jest bardzo silne, nawet w codziennym życiu, a Szatan może upozorować chorobę psychiczną. Jeśli już wysyłają wiernych do psychologów, to do tych wybranych, tzw. katolickich, wierzących i współpracujących z Kościołem. Owi specjaliści zwykle badają, czy pacjent ma objawy psychozy; jeśli nie, to przyznają, że to działanie sił nadprzyrodzonych. Nie biorą pod uwagę całego spektrum innych zaburzeń. Taki przekaz bywa niebezpieczny dla osób, które pokładają dużą wiarę w słowach księży, ponieważ w przypadku faktycznej choroby psychicznej nie będą szukały pomocy w systemie opieki medycznej. Dlatego ważna jest współpraca Kościoła z lekarzami. On może być bramką do specjalistycznego leczenia.

**PpD:** Czy taka współpraca jest możliwa?

**I.P.:** Nie tylko jest możliwa, lecz także niezbędna. Dlatego w programie zajmujemy się zarówno osobami z etykietą opętania, jak i postawą duszpasterzy wobec tego zjawiska. Ich sposób interpretacji sytuacji jest kluczowy, bo od tego zależy, czy zalecą komuś egzorcyzm, czy konsultację kliniczną. Mamy wielu badanych skierowanych właśnie przez księży, ale spotykamy się też z odwrotną sytuacją, że do psychiatry chorzy trafiają dopiero po latach korzystania z egzorcyzmów, kiedy dochodzi do uszkodzeń kościelnego mienia albo prób samobójczych, a kolejne sesje wypędzania demonów niewiele wnoszą.

**PpD:** Czy zdarza się, że sami pacjenci zgłaszają się w końcu do lekarza?

**I.P.:** Rozmawiałem z młodą dziewczyną, którą hospitalizowano parokrotnie z powodu zaburzeń psychiatrycznych. Przed ostatnim pobytom w szpitalu odwiedziła bioenergoterapeutkę, od której usłyszała, że ma 10 demonów przyklejonych do jej szyszynki, ale może ją oczyścić. Po tym „zabiegu” pacjentka poczuła się uwolniona i przestała zażywać leki. Nasilił jej się jednak lęk, miała różne mroczne wizje i poczucie bycia pod kontrolą zewnętrznej siły. Jej religijni rodzice zabrali ją do księdza egzorcysty, który chciał ocenić czynniki ryzyka: „Czy miała pani kiedykolwiek kontakt ze spirytyzmem, wrózkami, bioenergoterapeutami? Czy interesuje się pani innymi religiami, odbywała dalsze podróże, przywoziła jakieś figurki, amulety?”. Nie rozmawiali co prawda o problemach w rodzinie i jej kontaktach z pedofilem, chociaż takich pytań można by się spodziewać. Usłyszałem od jednego księdza opinię, że „nadużycia seksualne, gwałt to autostrada dla Szatana”. Ta pacjentka wystraszyła się księdza, który jawił się jej jako mroczna postać, mogąca ją wykorzystać. W szpitalu znów zaczęła brać leki i jej objawy ustąpiły.

**PpD:** Jakie mechanizmy należałoby wypracować, żeby osoby potrzebujące pomocy psychiatrycznej szybciej trafiły do specjalistów?

**I.P.:** Zamierzamy zacieśnić współpracę z duszpasterzami, organizować konferencje. Sami księża proszą o warsztaty, na których mogliby się dowiedzieć o określonych objawach. Przygotowujemy wspólną konferencję księży i lekarzy psychiatrów, gdzie będziemy mogli porozmawiać o współdziałaniu w duchu szacunku, nie wchodząc sobie w kompetencje. Wszakże osoba z zaburzeniami może korzystać ze wsparcia duchowego i jednocześnie z osiągnięć medycyny. Mamy nadzieję wypracować system dobrych praktyk.

Zdjęcie: archiwum prywatne