

ZAWODOWE CZASOPISMO DLA PSYCHOLOGÓW I PSYCHOTERAPEUTÓW
NR 3/2019 (15) MAJ/CZERWIEC 2019 NR ART. 468315 ISSN 2543-6066 CZASOPISMO DOSTĘPNE W PRENUMERACIE

Psychologia

w praktyce

*Następstwa traumy
seksualnej doznanej
w dzieciństwie*

Nowy dział czasopisma –
DIAGNOZA

*Diagnozowanie zaburzeń
dysocjacyjnych u dzieci*

*Zespół stresu pourazowego
w kontekście pracy
z wykorzystaniem terapii opartych
na uważności – przykład ACT*

CIEŻKI STRES I TRAUMA



Kliniczne aspekty

Opętania

Wywiad z dr n. hum. Igorem Pietkiewiczem
przeprowadzony przez Urszulę Kłosińską

Na początku tego roku Polacy przeszli traumę po śmierci prezydenta Adamówicza. Po premierze Kleru Smarzewskiego na nowo powrócił do przestrzeni publicznej temat traumatycznych doświadczeń ofiar nadużyć seksualnych i odpowiedzialności Kościoła za pedofilię. Śledzimy obecnie konflikt o edukację seksualną i jej potencjalny efekt traumatyzujący dla dziecięcej seksualności. Po ostatniej serii ataków terrorystycznych, media publikowały wiele wywiadów i nagrań ze świadkami wydarzeń, którzy mówili o doświadczonej przez siebie traumie.

Urszula Kłosińska: Czym dla Ciebie jako psychologa, superwizora, psychoterapeuty i wieloletniego badacza tego tematu jest trauma?

Igor Pietkiewicz: Trauma jest pojęciem stosowanym w wielu kontekstach i bardzo często nadużywany. W dyskursie społecznym ludzie używają często tego terminu do opisania jakiejś przykrych lub nieprzyjemnej sytuacji. Mówią na przykład: „Ale miałem traumę: pociąg się zepsuł i staliśmy pięć godzin w szczerym polu” albo: „Kowalska ma traumę, bo nakryła ojca w niedwuznacznej sytuacji z jakąś obcą kobietą”. Badacze wzrostu potraumatycznego wiążą traumę z silnym stresem. Taką traumą może być na przykład diagnoza choroby nowotworowej albo utrata partnera. W kontekście tym pojęcie traumy odnosi się do jakiegoś wydarzenia. Tak jakby można było obiektywnie stwierdzić, że jedno wydarzenie jest traumą, a inne nie jest. To oczywiście pomocne pod kątem orzecznictwa, dochodzenia odszkodowania lub uzyskania jakichś innych świadczeń. Jednak psychologowie, a szczególnie osoby zajmujące się psychotraumatologią, rozumieją, że to samo doświadczenie, które u jednego wywoła całą lawinę różnych objawów pourazowych, dla innej osoby pozostanie jedynie nieprzyjemnym wspomnieniem. Dla mnie najbliższe jest trzecie, klasyczne rozumienie traumy, czyli traktując ją jako trwałą ranę psychiczną, powstałą wskutek określonych doświadczeń. Ponieważ zasoby jednostki przekraczają zdolność przetwarzania i integracji określonych doświadczeń, zostają one odłączone od normalnej świadomości i w efekcie następuje trwały podział w psychice.

Ten trwały podział, o którym mówisz, to dysocjacja.

Tak, tym właśnie określamy dysocjację. To strukturalny podział w psychice, w którym wspomnienia różnych doświadczeń, towarzyszące im emocje, reakcje i doznania cielesne zostają jakby oderwane od reszty psychiki. Dochodzi do ich oddzielenia. W efekcie nie mają dostępu do świadomości, przez co nie mogą być normalnie przetwarzane i przeżywane.

Czy trauma zawsze jest związana z dysocjacją?

Z mojej perspektywy powiedziałbym, że tak. Jeden z czołowych przedstawicieli psychotraumatologii – Ellert Nijenhuis podkreśla, że trauma zawsze jest związana z ponownym odtwarzaniem. Innymi słowy, aby mówić o traumie, musi dochodzić do intruzji wspomnień lub

doświadczeń związanych z urazowym wydarzeniem. Można też zauważyć dużą skłonność do unikania wszystkiego, co kojarzy się z urazem.

W kierowanym przez Ciebie Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją analizujecie ostatnio obrazy kliniczne osób, które korzystają z egzorcyzmów z powodu nagłych zmian zachowania i tożsamości. Skąd Twoje zainteresowanie tym tematem i co ma ono wspólnego z dysocjacją?

Pomysł na badanie tych ludzi jest dość złożony. Z jednej strony w opiece zdrowia spotykamy często ludzi, którzy poddali się egzorcyzmom. Są wśród nich osoby, które zgłosiły się do egzorcysty, bo próbowały w ten kulturowo specyficzny sposób radzić sobie z różnymi niepowodzeniami lub objawami – mama ciężko zachorowała, tata stracił pracę, a ja odczuwam niepokój. Odwołują się do różnych przesądów i są przekonane, że za ich problemy odpowiedzialne są siły nadprzyrodzone, a egzorcyzm lub modlitwa o uwolnienie ma im pomóc odzyskać kontrolę nad rzeczywistością. Z drugiej strony samo opętanie w myśleniu medycznym jest rozumiane jako zaburzenie dysocjacyjne. Jednak jest bardzo mało badań empirycznych, które eksplorują fenomenologię tego zjawiska. Mam tu na myśli to, jak ludzie przeżywają nagłe zmiany zachowania i tożsamości, co się dzieje z ich pamięcią, poczuciem kontroli lub jakie towarzyszą im inne objawy istotne klinicznie.

To chyba dość trudny temat do badania z uwagi na różne związane z nim konteksty: społeczny, medyczny i teologiczny. A czym dla Ciebie jako profesjonalisty w obszarze opieki zdrowia jest opętanie?

Odwołam się najpierw do znanego z psychiatrii kulturowej pojęcia kategorii ludowych (ang. folk categories). Wen-Shing Tseng zwrócił uwagę na to, że w każdej społeczności ludzie mają swoje sposoby etykietowania i interpretowania objawów choroby psychicznej. I tak jest, że w wielu społecznościach w Azji, Afryce czy na Dalekim Wschodzie, jeśli ktoś nagle robi się agresywny lub zachowuje się dziwnie, ludzie tłumaczą to działaniem bóstwa, złego ducha lub duchów przodków. Oczywiście rozróżniamy różne typy opętania. Możemy mówić – na przykład – o takim rodzaju transu, który wpisuje się w dany kontekst kulturowy i jest częścią praktyk społecznych. Na przykład w czasie różnych festiwali ludzie wchodzą w trans i mają wrażenie, że

różne bóstwa przejmują nad nimi kontrolę. Dobrym przykładem jest Kawadi, który odbywa się każdego roku na Mauritiusie. Ludzie oczyszczają się przez jakiś czas za pomocą postu, a później przekuwają sobie strzałami policzki, a skórę hakami, do których przywieszają całe ołtarze przyozdobione kwiatami i idą z nimi w drogę do świątyni. Doświadczenie cierpienia ma obmywać z win i różnych grzechów. Ma służyć temu, żeby stać się lepszą osobą. Później przeżywają ekstazę w rytualnym tańcu transowym. Mają poczucie, że ich ciała nawiedzają bóstwa i na koniec padają umęczeni. Nieco podobnie w rodzaj transu mogą wchodzić uczestnicy mszy we wspólnotach charyzmatycznych. Ich zachowanie jest normatywne, ponieważ ludzie zachowują się adekwatnie do wymogów sytuacji. Niemniej część osób ma też taki rodzaj opętania, który można by nazwać „złośliwym”, powoduje cierpienie i utrudnia funkcjonowanie. Może ujawniać się w innych niż religijny kontekstach. Dlatego właśnie w ICD-10 jest wzmianka o tym, że takie opętanie w rozumieniu medycznym nie dzieje się tylko w trakcie uroczystości religijnej. Zatem nie zawsze jest tak, że osoba idzie na zbiorowe praktyki modlitewne, w czasie których pada na ziemię, trzęsie się, wydaje z siebie gardłowe dźwięki i bluźni, więc dostaje diagnozę psychiatryczną transu i opętania. Często tak oczywiście bywa, że otrzyma „diagnozę” społeczną, bo będzie postrzegana we wspólnocie religijnej jako osoba, którą zawładnął zły duch. Jakie są cechy predysponujące ludzi do takich zachowań i korzyści związane z takim prezentowa-

Jeden z czołowych przedstawicieli psychotraumatologii – Ellert Nijenhuis podkreśla, że trauma zawsze jest związana z ponownym odtwarzaniem. Innymi słowy, aby mówić o traumie, musi dochodzić do intruzji wspomnień lub doświadczeń związanych z urazowym wydarzeniem.

niem siebie – to już osobny temat. Warto wspomnieć, że liczne filmiki na YouTube czy pikantne historie o opętaniu i egzorcyzmach krążące we wspólnotach religijnych dość szczegółowo opisują, jakich zachowań należy się spodziewać w czasie ceremonii. Będą osoby, które zachowują się zgodnie z tymi oczekiwaniami. W grupach religijnych znajdują się też osoby, które zostały w przeszłości głęboko strauumatyzowane, np. doznały w okresie dzieciństwa zaniedbania, przemocy fizycznej czy wykorzystywania seksualnego. Zarówno w czasie zbiorowych praktyk, jak również w innych kontekstach mogą się u nich pojawić intruzje wspomnień, myśli, doświadczeń sensomotorycznych. Przykładowo to może być osoba, która nagle czuje dotyk i mrowienie na ciele, słyszy głosy, widzi jakieś postaci, traci władzę w nogach, pada, jej ciało wygina się w łuk histeryczny, a do tego ma silne poczucie zagrożenia. I chociaż jej zachowanie może być postrzegane przez innych jako opętanie, będzie to forma ekspresji objawów związanych z traumą.

A co z opętaniem w sensie teologicznym?

Grupa księży, z którymi rozmawiam, w tym również z egzorcyzmi, stoi na stanowisku, że opętanie w sensie teologicznym zdarza się niezwykle rzadko. W swojej praktyce spotkali jakiś przypadek, którego nie rozumieli i co do którego mieli takie podejrzenie. Opisy zachowania tych ludzi przypominały mi to, co obserwuję u pacjentów ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi, np. zmiana głosu i sposobu zachowywania się, duża agresja lub niepokój. Osobiście

nie spotkałem jeszcze osoby, której zachowanie nie byłoby dla mnie zrozumiałe, biorąc pod uwagę różne inne objawy lub konflikty psychiczne. Oczywiście nie widziałem wszystkich przypadków i byłoby arogancją z mojej strony, gdybym podważał istnienie opętania w sensie teologicznym. Jeśli spotkam kogoś takiego, to z pokorą stwierdzę, że nie potrafię wytłumaczyć pewnych zachowań naukowo lub klinicznie. Wracając jednak do księży, to wielu z nich uważa, że ludzie prezentujący różne dziwne zachowania i zgłaszający się do nich mają zazwyczaj trudności psychiczne. Na skutek uczenia się kulturowego próbują wyrazić swoje konflikty w zrozumiały dla nich sposób – takie jest również stanowisko Komisji Nauki Wiary Konferencji Episkopatu Polski, w której obradach miałem przyjemność niedawno uczestniczyć. Jej członkowie uważają, że chociaż nie można wykluczyć istnienia opętania w świetle teologicznym, to jest ono bardzo rzadkim zjawiskiem. Wydany przez biskupów dekret z zaleceniami dla egzorcystów jasno określa, że aby stwierdzić u kogoś opętanie, osoba taka musiałaby prezentować wyjątkowe, nadprzyrodzone zdolności, których nie da się w żaden racjonalny sposób wytłumaczyć medycznie czy naukowo. Natomiast niedopuszczalne jest poddawanie osób rytuałom niejako w celu „rozeznania” – wielu z nich, jak już wspominałem, zachowa się zgodnie z oczekiwaniami społecznymi i swoimi przekonaniem o tym, co robią opętani w trakcie modlitwy.

Wygląda na to, że dobra diagnostyka kliniczna odgrywa tutaj kluczową rolę. Zdiagnozowałaś kiedyś u kogoś trans i opętanie?

Tak, raz postawiliśmy wraz z zespołem taką diagnozę pacjentce, która spełniała kryteria nozologiczne ICD-10 dla transu i opętania. Gdyby spojrzeć na tę osobę w szerszy sposób, to prezentowała dużo cech zaburzeń osobowości i pewne objawy konwersyjne. Cechowały ją bardzo zubożone relacje interpersonalne. Szukała zainteresowania przede wszystkim u duszpasterzy i egzorcystów, nie nawiązując przy tym prawie żadnych relacji z osobami świeckimi. Gdyby była diagnozowana w innym kraju, w którym stosowany jest DSM-5, to raczej postawiono by jej diagnozę zaburzeń osobowości z pewnymi elementami dysocjacyjnymi.

Skąd ta różnica, o której mówisz – na Zachodzie zaburzenia osobowości, a w Polsce trans i opętanie? Czy w Polsce częściej diagnozuje się opętanie?

Wiesz, wcale nie myślę, żeby w Polsce ludzie często otrzymywali diagnozę transu i opętania. Mam wrażenie, że polscy klinicyści mają mały trening w diagnozie różnicowej zaburzeń dysocjacyjnych. Podczas specjalizacji psychologicznej lub psychiatrycznej poświęca się im relatywnie mało uwagi i do niedawna nie mieliśmy też odpowiednich narzędzi diagnostycznych. Z drugiej strony, na przykład w Holandii czy Norwegii są ośrodki, które specjalizują się tylko w leczeniu złożonych zaburzeń dysocjacyjnych i innych zaburzeń związanych z traumą. Dla mnie w ogóle trans i opętanie to ciekawa jednostka kliniczna. Mam jednak duże wątpliwości, czy powinniśmy ją wykorzystywać ze względu na jej konsekwencje terapeutyczne. Mam tutaj przede wszystkim na myśli jej wpływ na tworzone przez pacjenta modele wyjaśniające, które dotyczą własnych objawów – rozumienie tego, co mu dolega, dlaczego na to choruje, czy i jak powinno to być leczone.

Jeśli dobrze zrozumiałam, masz wątpliwości co do nazwy tej jednostki, która obarczona jest w naszym kręgu kulturowym szeregiem silnie negatywnych skojarzeń.

Tak. Gdyby zostać przy tej nazwie, to prędzej bym przesunął tę jednostkę nozologiczną do kategorii syndromów specyficznych kulturowo. Można powiedzieć, że u wielu tych osób, ze względu na patoplastykę kulturową, pewne konflikty i objawy są wyrażane w sposób adekwatny do kontekstu, w jakim się znajdują. Trudno w końcu spotkać osobę opętaną, która jest niewierząca lub nie przeszła w swoim życiu socjalizacji religijnej.

W swoim projekcie spotykasz się z wieloma osobami, które twierdzą, że są opętane i doświadczają z tego powodu nagłych zmian zachowania oraz tożsamości. Czy mógłbyś coś o nich opowiedzieć?

Wśród ludzi, których lekarze i księża kierują do nas na konsultacje, znajdują się osoby reprezentujące cztery główne grupy zaburzeń psychicznych. Bardzo często są to osoby z cechami zaburzeń osobowości. Przeżywają różnego rodzaju konflikty dotyczące budowania więzi z innymi, uzyskiwania uwagi, ekspresji swojej seksualności lub impulsów agresywnych. Osoby te prezentują swoje trudności zgodnie z tym, czego się naoglądały lub o czym przeczytały. Do drugiej, niedużej grupy należą osoby w psychozie.

Czyli nie jest to grupa dominująca.

Zgadza się - nie jest ona dominująca pomimo krążących stereotypów traktujących często psychozę jako alternatywę wobec „opętania”. To będą osoby, które są w aktywnej psychozie i mają skłonność do urojeniowego interpretowania własnych doświadczeń i rzeczywistości.

A kto należy do trzeciej grupy?

Trzecią, istotną grupę stanowią osoby z zaburzeniami dysocjacyjnymi, od prostych do bardziej złożonych ich form. Część naszych badanych prezentowała zaburzenia osobowości z pewnymi objawami dysocjacyjnymi dotyczącymi uczucia i ruchu. Z kolei pozostali mieli bardziej złożone zaburzenia dysocjacyjne. Nie spotkaliśmy jeszcze w tej grupie osoby, która prezentowałaby pełen obraz kliniczny dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (DID), czyli osobowości wielorakiej według ICD-10, ale zdarzały się takie, które miały jej lżejszą postać, klasyfikowaną w DSM-5 jako inne specyficzne zaburzenia dysocjacyjne, czyli OSDD. To taka niepełna postać DID, w której nie ma amnezji dla wydarzeń bieżących, pojawiającej się dopiero w jedenastej edycji klasyfikacji WHO.

Wspominałeś jeszcze, że można wyróżnić czwartą grupę osób, która zgłasza się na badania z powodu opętania.

Do tej czwartej grupy należały osoby neurotyczne lub cierpiące na różnego rodzaju choroby somatyczne, które poszukiwały sensu dla swoich trudności i niepowodzeń. Nie miały *de facto* nagłych zmian zachowania i tożsamości, czasem skarżyły się

Zadaniem psychologa czy psychoterapeuty nie jest określenie, czy dany objaw jest spowodowany działaniem siły nadprzyrodzonej.

Po pierwsze dlatego, że nie ma do tego kompetencji, metodologii ani narzędzi badawczych. A po drugie to nie należy w ogóle do obszaru zainteresowań psychologii. Stwierdzenie, że coś jest związane z wpływem złego ducha, to indywidualne interpretacje badanego i jego opiekuna duchowego, z którym próbuje on nadać sens swojemu doświadczeniu.

na obniżony nastrój, trudności adaptacyjne. Zastanawiały się, czy niepowodzenia w ich życiu mogą być spowodowane działaniem sił nieczystych lub uroku. W swoich interpretacjach odwoływały się do różnych zabobonów lub tego, co mówi rodzina, przyjaciele, spowiednik. Chociaż do nas dotarli, nie powinniśmy ich kwalifikować do naszego badania.

Używasz dość często pojęcia nagłych zmian zachowania i tożsamości. Co masz na myśli?

W naszym badaniu chcemy opisać pewne obserwowalne wskaźniki zachowania, które we wspólnotach religijnych często interpretuje się jako opętanie. Innymi słowy, chodziło nam o użycie deskryptywnej nazwy na to, co można zobaczyć. A można zobaczyć, że w trakcie egzorcyzmu osoby nagle robią rzeczy, nad którymi nie panują. Mogą – na przykład – stawać się bardzo agresywne, rzucać się, wić się, wydawać gardłowe dźwięki lub wygłaszać zmienionym głosem treści bluźniercze, czyli dokładnie tak, jak stereotypowo kjarzone są osoby opętane. Nas interesuje przede wszystkim, co się dzieje wtedy z ich świadomością, poczuciem kontroli, ile pamiętają z takiego epizodu, jakie nadają temu znaczenie. Przyglądamy się też ogólnemu funkcjonowaniu, konfliktom psychicznym itp.

Zastanawiam się nad jedną rzeczą. Co zrobić, kiedy taka osoba trafia do gabinetu psychologa? Na co diagnosta powinien zwrócić uwagę?

Może najpierw powiem, co nie jest zadaniem psychologa, psychoterapeuty albo lekarza kon-

Komisja Nauki Wiary Konferencji Episkopatu Polski stoi na stanowisku, że chociaż nie można wykluczyć istnienia opętania w świetle teologicznym, to jest ono bardzo rzadkim zjawiskiem.

Wydany przez biskupów dekret z zaleceniami dla egzorcystów jasno określa, że aby stwierdzić u kogoś opętanie, osoba taka musiałaby prezentować wyjątkowe, nadprzyrodzone zdolności, których nie da się w żaden racjonalny sposób wytłumaczyć medycznie czy naukowo.

sultującego taką osobę. Zadaniem żadnej z tych osób nie jest określenie, czy dany objaw jest spowodowany działaniem siły nadprzyrodzonej. Po pierwsze dlatego, że nie ma do tego kompetencji, metodologii ani narzędzi badawczych. A po drugie to nie należy w ogóle do obszaru zainteresowań psychologii. Stwierdzenie, że coś jest związane z wpływem złego ducha, to indywidualne interpretacje badanego i jego opiekuna duchowego, z którym próbuje on nadać sens swojemu doświadczeniu. Użyję innego porównania: jeśli ktoś zgłasza się do lekarza z miażdżycą, to lekarz ma za zadanie rozpoznać wszelkie objawy, czynniki ryzyka oraz wykonać potrzebne badania. Może też omówić z pacjentem mechanizmy, które potencjalnie doprowadziły do choroby. Lekarz dopatruje się na przykład jej związku ze stylem życia, dietą oraz tym, że pacjent palił przez ostatnie dwadzieścia lat dwie paczki papierosów dziennie. Lekarz zaleci też odpowiednie leczenie. Oczywiście ten sam pacjent może poszukiwać ze swoim duchowym opiekunem sensu dla swoich problemów, interpretować je jako duchową próbę lub karę za popełnione grzechy. To jednak wykracza poza kompetencje klinicysty. Niestety słyszałem o psychologach tak bardzo zaangażowanych w praktyki religijne, że próbują oni dokonywać świeckiej diagnozy opętania, bazując na kategoriach ludowych i społecznych stereotypach. W efekcie pomijają szereg istotnych klinicznie objawów, które ta osoba prezentuje. Powtarzają czasem pacjentom rzeczy, które profesorowie teologii postrzegają jako czystą herezję.

Wyraźnie podkreśliłeś, że zadaniem klinicysty nie jest określanie, czy coś jest efektem działania sił nadprzyrodzonych. Co zatem pozostaje w jego gestii?

Rola klinicystów polega na tym, aby rozpoznać wszelkie objawy istotne klinicznie, czyli różne objawy psychopatologiczne z całego spektrum psychiatrii o takim nasileniu, które wymagałyby uwagi i jakiegoś leczenia. Innymi słowy klinicysta ma dokonać diagnozy stanu psychicznego, odwołując się do swojego doświadczenia opartego na wiedzy klinicznej i badaniach naukowych. Jeśli do psychologa lub psychoterapeuty trafi osoba skierowana przez egzorcystę, to powinien on skupić się na jej: strukturze osobowości, funkcjach „ego”, jak buduje ona obraz siebie, swojego świata i jak go przeżywa, sposobach regulacji afektu i metodach radzenia sobie z trudnościami, potencjalnych konfliktach psychicznych i problemach w codziennym funkcjonowaniu. Klinicysta ocenia również, czy ta osoba ma jakieś objawy psychotyczne, dysocjacyjne lub czy występują u niej jakiegokolwiek cechy PTSD. Istotne będzie również zidentyfikowanie urazowych wydarzeń w życiu tej osoby, które mogą wpływać na zgłaszane przez nią symptomy, aktualne czynniki ryzyka oraz zasoby. Czyli zadanie psychologa polega na dokładnym opisaniu obrazu klinicznego, rozpoznaniu i zróżnicowaniu objawów o istotnym nasileniu klinicznym, aby na tej podstawie sformułować diagnozę. Następnie powinien wyjaśnić osobie badanej, jakie są standardy leczenia w takim konkretnie przypadku. Psycholog albo lekarz nie wypowiada się na temat tego, czy ktoś jest opętany w rozumieniu teologicznym. Jeśli tak robi, to jest to według mnie nadużycie.

Czyli możliwe jest leczenie osób, które mówią, że są opętane. O ile tylko zostaną one dobrze zdiagnozowane.

Tak i dlatego należy pamiętać, że jeśli ksiądz skieruje do nas taką osobę na badanie, to powinniśmy bardzo uważnie eksplorować całą historię jej życia w poszukiwaniu potencjalnie urazowych sytuacji i konfliktów intrapsychicznych. Bo jeśli do księdza trafi na przykład osoba, która w dzieciństwie była zaniedbana, padła ofiarą przemocy fizycznej lub wykorzystania seksualnego, a ksiądz odeśle ją do psychologa, który zignoruje lub nie zauważy istotnych objawów klinicznych, bo nie będzie miał wystarczających kompetencji diagnostycznych, nie będzie rozumiał prezentowanych objawów i pomyśli sobie,

że to musi być dzieło szatana, a następnie odeśle ją z powrotem do księdza, to psycholog ten będzie musiał wziąć na swoje barki konsekwencje tego, że ta osoba nie została właściwie zdiagnozowana i nie uzyskała skutecznego leczenia. W efekcie istnieje ryzyko, że jej objawy będą się nasilać, a w konsekwencji, jak u wielu naszych badanych, pojawią się później próby samobójcze i kolejne hospitalizacje. Z tego powodu uważam, że osoba konsultująca, czy to będzie lekarz czy psycholog, powinna czuć się współodpowiedzialna za to, że tym pacjentom nie przedstawiono oferty leczenia.

No dobrze, ale jak klinicznie wyjaśnić obecność takich niezwyklej fenomenów, o których mówi się w kontekście opętania, jak na przykład płynne posługiwanie się martwymi językami?

Gdybym teraz zacytował modlitwę „Ojcze Nasz” z Qumran, z pewnością zastanawiałabyś się, skąd to

reklama

PIERWSZORZĘDNY DEZODORANT!

SUPER DEO jest niewielki, ale ma ogromną moc!



Firma Reutter poleca doskonały dezodorant z krystalicznej skały.

Wystarcza aż na rok. Bezzapachowy, dla Pań i Panów.

Skutecznie eliminuje przykry zapach potu.

Uwaga! – Nie zostawia plam! Testowany dermatologicznie.

SUPER DEO to wypróbowany oryginalny dezodorant!

Jeśli płacisz, to za oryginał! Firma Reutter, GmbH/Niemcy

Cena ok. 17 zł

potrafię. No może dlatego, że akurat przyjaźniłem się kiedyś z ekspertem od staroaramejskiego i uczył mnie na swoich warsztatach szczegółowego znaczenia każdej frazy. Gdybym Ci tego nie powiedział, a miałbym takie doświadczenie pod wpływem jakiejś części dysocjacyjnej, mogłabyś się zdziwić. Wiemy bowiem, diagnozując i lecząc osoby ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi, że niektóre części ich osobowości posiadają wiedzę i różne zdolności, o których pozostałe części nie wiedzą – głównie z powodu bariery dysocjacyjnej, amnezji. Oczywiście możemy odkryć dowody, że te dysocjacyjne części miały sposobność, aby tę wiedzę nabyć. Jeden z moich pacjentów dysocjacyjnych, notabene student interesujący się tymi tematami i poszukujący informacji na temat religii i okultyzmu, w trakcie ataku objawów konwersyjnych wypowiadał kiedyś w karetce słowa, które młody ratownik medyczny rozpoznał jako język staroaramejski. Szybko poszła fama, że „opętany mówił językiem, którego nie miał prawa znać”. Na sesjach słyszałem jednak wielokrotnie, jak tworzy różne słowa, rzekomo wypowiadane przez złego ducha. Jednak kiedy je wypowiadał, nucąc melodię z *Czterech pancernych*, to już nie brzmiał tak demonicznie. Mówię o tym dlatego, że te różne kwestie dotyczące opętania są często oparte na wiedzy anegdotycznej, indywidualnych świadectwach, pikantnych historiach przekazywanych sobie z wypiekami na twarzy przez członków wspólnoty, a czasem nawet przez samych księży. Nie wiem, czy historie o lewitacji nie są przypadkiem czymś, co klinicysta nazwałby łukiem histerycznym, kiedy kogoś nagle wygina. Nie widziałem jeszcze osoby lewitującej, ale jeśli ktoś taki istnieje, to chętnie go poznam. Byłoby arogancją z mojej strony, gdybym powiedział, że takie fenomeny w ogóle nie istnieją. Jeśli zdarzy się taka sytuacja w mojej praktyce terapeutycznej, że będę konsultował osobę i ona nagle będzie całkowicie jasnowidząca, będzie znała bardzo dokładne szczegóły z mojego życia prywatnego, których nie mogłaby się dowiedzieć z internetu lub pytając moich znajomych, będzie znała moje myśli lub miała inne nadprzyrodzone zdolności, to wtedy z pokorą powiem, że nie potrafię tego naukowo ani medycznie wytłumaczyć. Moja rola jako profesjonalisty w obszarze ochrony zdrowia polega na rozpoznaniu objawów, zrozumieniu obrazu klinicznego, wskazaniu sposobów leczenia. To należy do mnie. Jeśli ktoś zaprezentuje mi jakiś fenomen, którego nie będę potrafił

wytłumaczyć językiem klinicznym, opiszę to. Moja rola nie polega na tym, żeby rozsądzić, czy ktoś jest opętany czy nie. Coś takiego obserwuje się w Polsce, że jeśli ksiądz wysyłał kogoś do psychologa, to trochę po to, by ten psycholog miał się wypowiedzieć, czy to jest zaburzenie psychiczne czy opętanie.

Trochę tak, jakby jedno wykluczało drugie. Czy myślisz, że każda osoba, która jest poddawana egzorcyzmom, powinna przed ich rozpoczęciem trafić do psychologa lub psychiatry?

Według dekretu biskupów rytuał egzorcyzmu powinien być odprawiany tylko i wyłącznie w przypadkach, które teolodzy rozumieją jako opętanie. Według władz Kościoła są to przypadki niezwykle rzadkie. W innych przypadkach nie powinien on być w ogóle stosowany. Wspomniany dekret nakazuje przeprowadzenie konsultacji klinicznych przed przystąpieniem do jakichkolwiek rytuałów. Wspominałem tylko o moich wątpliwościach dotyczących osób przeprowadzających badanie – powinien to być zespół psychologów i psychiatrów z odpowiednim doświadczeniem w diagnozowaniu objawów, które wiążą się z omawianym tematem. Jest jeszcze kwestia zbiorowych praktyk, takich jak msze o uwolnienie, którym Episkopat również się bacznie przygląda ze względu na doniesienia o różnego typu nadużyciach. Jeśli ktoś jest w miarę zdrowy psychicznie, to wyjdzie z tego typu doświadczeń bez szwanku.

A może być odwrotnie? Czy egzorcyzm lub zbiorowe praktyki mogą kogoś traumatyzować?

Tak, trzeba pamiętać, że osoby mające zaburzenia psychiczne są szczególnie wrażliwe, mogą być podatne na sugestie, łatwo wywołać u nich lęk lub poczucie winy. Łatwo też je kontrolować i uruchomić w nich różne konflikty lub całą lawinę kolejnych trudności. A już tym bardziej, jeśli są to osoby po przemocy i wykorzystaniu seksualnym. Bardzo łatwo dochodzi u nich do retraumatyzacji w sytuacjach, kiedy ktoś próbuje je unieruchomić, używa siły, wywiera presję i próbuje do czegoś przymusić. Na przykład, kiedy w czasie niektórych rytuałów grupa mężczyzn łapała kobiety za ręce i nogi, próbując ją unieruchomić, położyć na ziemi albo biła po twarzy, żeby wypędzić szatana, to nie muszę Ci mówić, jakie to mogło uruchamiać przeżycia, szczególnie jeśli była ona wcześniej przez kogoś skrzywdzona.

Są dość jednoznaczne.

Prawda? W podręcznikach dla psychiatrów zwraca się na to uwagę, że kiedy na oddział trafi osoba, która doświadczyła kiedyś przemocy lub wykorzystania seksualnego, to trzeba być bardzo ostrożnym, żeby nie doprowadzić do sytuacji, kiedy zostanie odtworzony uraz psychiczny. Więc jeśli taka osoba zostanie poddana egzorcyzmom, może u niej dość do reaktywacji traumy. Jest wiele fenomenów, które można tłumaczyć w odniesieniu do wiary, ale które mają też głębokie uzasadnienie kliniczne i naukowe. Te różne objawy, o których tutaj mówimy, to na przykład: słyszenie głosów, paralize, wrażenia dotykowe, bóle w różnych częściach ciała, mdłości czy wymioty w trakcie przyjmowania hostii, zawroty głowy, derealizacja i inne zmiany świadomości. Ludzie, którzy zajmują się pracą kliniczną, mogą sięgnąć do teorii, które w bardzo przejrzysty i zrozumiały sposób tłumaczą te różne zjawiska, mechanizmy ich powstawania, ale też wygaszania i leczenia.

Często wracamy do tematu niewystarczających kompetencji diagnostycznych. Gdzie psychologowie mogą je nabyć?

Kompetencje te można zdobywać oczywiście na studiach, pracując na oddziałach czy w pracy klinicznej. To jest jedno. Prowadzimy też szkolenia dla klinicystów w zakresie rozpoznawania objawów i diagnozy różnicowej zaburzeń dysocjacyjnych. Na prowadzonej przez nas stronie www.traumaidysocjacja.pl staramy się regularnie zamieszczać informacje i wskazówki terapeutyczne dotyczące leczenia zaburzeń związanych z urazami psychicznymi.

Czy na Wasze wsparcie mogą liczyć również klinicyści, którzy mają różne wątpliwości w diagnozowaniu osób po egzorcyzmach? Czy mogą skierować do Was taką osobę na badanie?

Tak, zdecydowanie mogą wysłać do nas osobę na bezpłatną diagnostykę czy konsultację. Szczególnie jeśli pacjent prezentuje objawy, które nie są dla nich do końca jasne. Na przykład jeśli mierzą się z zaburzeniami dysocjacyjnymi, a nie czują się pewnie w ich różnicowaniu. Diagnostyka złożonych zaburzeń dysocjacyjnych to często wielogodzinny proces, który wymaga użycia wyspecjalizowanych narzędzi i potrzebna jest do tego bardzo specjalistyczna wiedza oraz doświadczenie. Tym bardziej kiedy trzeba wykluczyć przypadki fałszywie dodatnie, czyli takie, gdy ktoś prezentuje objawy żywcem wzięte z internetu lub książek.

Jak można skierować do Was osobę na badanie?

Najlepiej zrobić to poprzez serwis internetowy, w którym opisane są prowadzone przez nas projekty i wydarzenia: www.e-psyche.eu. Po wejściu na stronę z opisem badania można się łatwo zarejestrować i wykonać testy. Następnie zaprosimy taką osobę na dość czasochłonny wywiad diagnostyczny, zwykle przeprowadzany w trakcie dwóch sesji, a później spotyka się ona z lekarzem psychiatrą, który podsumuje wyniki, wyjaśni jej kwestie dotyczące diagnozy i ewentualnych zaleceń. Na koniec każda osoba otrzymuje szczegółowy raport z badania, który może przedstawić swojemu terapeutce, psychologowi, lekarzowi czy księdzu. Z niektórymi profesjonalistami podejmujemy oficjalnie współpracę, dzięki czemu mogą zlecać diagnostykę pacjentów z podejrzeniem zaburzeń dysocjacyjnych i mają podgląd do ich wyników.

Powiedz jeszcze na koniec, gdzie będzie można znaleźć wyniki Waszego projektu?

Na bieżąco będziemy publikować studia przypadków w czasopismach naukowych. Prawdopodobnie w następnym roku dokonamy pewnej syntezy naszych wniosków. Chcemy pokazać, jak bardzo różnorodna jest ta grupa osób i jak złożony jest to problem. Będziemy także organizować w 2020 r. konferencję naukową poświęconą klinicznemu aspektowi opętania i dobrym praktykom w zakresie współpracy duszpasterzy z psychologami oraz psychiatrami, na którą już teraz serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych.

dr n. hum. Igor Pietkiewicz – psychoterapeuta i superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją przy Uniwersytecie SWPS w Katowicach. Doktor Igor Pietkiewicz naukowo interesuje się m.in. wpływem czynników kulturowych i religii na życie oraz zdrowie człowieka. Prowadzi badania nad traumą, dysocjacją i zmianami świadomości. Jest kierownikiem projektów finansowanych przez Narodowe Centrum Nauki. W ramach jednego z nich: „Analiza jakościowa zjawisk i symptomów związanych z opętaniem” bada członków grup chrześcijańskich, którzy z powodu nagłych zmian zachowania i świadomości korzystają z pomocy egzorcyzmów (strona badania: www.e-psyche.eu/egzorcyzm).

Urszula Kłosińska – psycholożka, specjalizująca się w pracy klinicznej z osobami najstarszymi oraz diagnostyce i leczeniu zaburzeń pamięci. Współpracuje z katowickim Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją Uniwersytetu SWPS. Jest doktorantką na II Wydziale Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu, gdzie realizuje badania z zakresu psychogeriatry.