

w drodze

10/2022



mięsięcznik poświęcony życiu chrześcijańskiemu



TROPICIELE ZŁA
Egzorcyzmy po polsku

GDZIE SĄ TE DZIECI?
Billboard prawdę ci powie

MARZENIA O LEPSZYM KOŚCIELE
Kto usłyszy świeckich?

nr 590
cena: 21 zł (8% vat)
ISSN: 0137-480X
indeks 381004



Modlitwa nie zastąpi leczenia

Jeśli religijność staje się źródłem cierpienia, to musimy o tym rozmawiać. Nie chodzi o to, żeby się od wiary odciąć, bo nie da się uciec od uwewnętrznionych przekonań i wartości. Chodzi o to, żeby znaleźć w sobie pewien kompromis, pogodzić konflikty.

Z psychoterapeutą **IGOREM PIETKIEWICZEM**
rozmawia MONIKA BIAŁKOWSKA

Opętanie inaczej będzie rozumiane przez lekarza i przez księdza. Co pod tym pojęciem rozumie lekarz?

Teologiczne rozumienie opętania wynika z takiego postrzegania świata, w którym przyjmuje się istnienie duchowych bytów mogących wpływać na zachowania jednostki. Wierzący w różnych kulturach mogą mieć przekonanie, że niektóre objawy lub zmiany zachowania są spowodowane owładnięciem lub opętaniem przez te byty. To teologiczne rozumienie opętania jest zgodne z wierzeniami kulturowymi.

W medycznej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, w dziale dotyczącym zaburzeń dysocjacyjnych mamy jednostkę, która nazywa się „trans i opętanie”. I ona wprowadza sporo zamieszania. Nie dość, że brzmi okropnie w słowniku klinicznym, to w żaden sposób nie jest tożsama z opętaniem w rozumieniu

teologicznym czy kulturowym. Poprawniej byłoby mówić o „zaburzeniu pod postacią opętania” przypominającym czy wyglądającym jak to, co w danej kulturze przypisuje się opętaniu.

Medycyna nie diagnozuje obecności złych duchów.

Medycyna próbuje wytłumaczyć przyczyny określonych objawów lub zmian zachowania wpływem społecznym lub czynnikami wewnątrzpsychicznymi. Zadaniem klinicysty jest przeprowadzenie wywiadu diagnostycznego, aby sprawdzić, czy dana osoba ma objawy jakichkolwiek zaburzeń psychicznych i czy ich nasilenie uzasadnia postawienie rozpoznania. Robi on to w oparciu o swoją wiedzę kliniczną, a nie wierzenia kulturowo-religijne. Nawet więc, jeśli posłuży się diagnozą „trans i opętanie”, nie stwierdza działania żadnego złego ducha. Orzekanie w sprawach metafizyki wykracza bowiem poza kompetencje klinicystów. Jeśli lekarz przypisywałby trudności w relacjach interpersonalnych albo konflikty z wyrażaniem złości czy pragnień seksualnych działaniom ducha, to by oznaczało, że nie potrafi korzystać z wiedzy klinicznej. Jeśli natomiast chodzi o wierzenia kulturowo-religijne, to zastanawia się raczej, jak one wpływają na ekspresję objawów i jakie znaczenie pacjent, jego rodzina lub wspólnota nadają problemom. W czym to pomaga i przed czym chroni, a w czym przeszkadza.

Pacjenci często trafiają do pana prosto od księdza?

Formalnie księża przed rozpoczęciem egzorcyzmów powinni mieć pewność, że nie mają do czynienia z człowiekiem chorym, ale nie zawsze kierują petenta do specjalistów zdrowia psychicznego. Czasem współpracują też z lekarzami lub psychologami, którzy mają braki w wiedzy klinicznej.

Prowadziłem projekt na ten temat, trafiało do mnie sporo nagrań właśnie z takich rozmów wstępnych z księdzem przed podjęciem egzorcyzmów. To były krótkie konsultacje, w których petent zgłaszał na przykład problemy z nastrojem, trudności w relacjach, redukcję napięcia za pomocą palenia papierosów, masturbacji – i zaraz po tym pojawiały się pytania charakterystyczne

dla tego, co niektórzy księża uznają za zagrożenia duchowe: o wróżki, bioterapeutów, kontakt z innymi kulturami. Słychać było, że ci księża nie mają pojęcia o problemach psychologicznych i różnego typu objawach. Próbowali raczej sprawdzić, czy petent robił coś w ich poczuciu niebezpiecznego, a jeśli tak, to kierowali go do egzorcysty. U niektórych wzmacniało to poczucie, że wpływa na nich coś złego.

Tymczasem rolą księdza powinno być udzielenie wsparcia duchowego, dodanie otuchy, wspólna modlitwa, praca nad relacją z Bogiem. Powinien też dopingować wszelkie próby mądrego dbania o siebie. Modlitwa czy działania duchowe są dla osób z zaburzeniami psychicznymi wsparciem, ale nie zastąpią leczenia.

Czy w takim razie zdarza się panu odsyłać kogoś do księdza po takie właśnie wsparcie?

Kiedy do psychologa czy psychiatry przychodzi osoba zaangażowana religijnie, specjalista musi to uwzględnić, bo to jest bardzo ważny obszar życia tej osoby. Ale omawiamy też, czy to, co pacjent dostaje we wspólnocie, jest pomocne w jego zdrowieniu – czy przeciwnie, rodzi w nim więcej napięć, poczucia grzechu i bezwartościowości. Często konsultuję osoby, które są zaangażowane religijnie. Wielu pacjentów przeżywa konflikt pomiędzy swoimi przekonaniami religijnymi a tym, kim są, jacy są, jakie wybory podjęli. Niemożność znalezienia kompromisu prowadzi niektórych do zwątpienia, poczucia, że są kimś złym, że nie zasługują na miłość.

Jeśli religijność staje się źródłem cierpienia, to musimy o tym rozmawiać. Nie chodzi o to, żeby się od wiary odciąć, bo nie da się uciec od uwewnętrznionych przekonań i wartości. Chodzi o to, żeby znaleźć w sobie pewien kompromis, pogodzić konflikty. Rozmawiamy o tym, że w Kościele są różni duchowni. Są tacy, którzy mają dużo współczucia i umieją towarzyszyć ludziom zagubionym. Mogę zachęcać do poszukiwania takich duchownych, przez których pacjenci nie będą od razu egzorcyzmowani, ale otrzymają wsparcie. Należy jednak pamiętać, że większość tych ludzi

doświadczyła urazów dużo wcześniej, w relacjach z opiekunami. Jeśli nikt ich nie nauczył patrzeć na siebie z miłością, współczuciem i zrozumieniem, tylko spotkali się z krytyką i odrzuceniem, to w dorosłym życiu stają się bardzo podatni na zranienie. W relacji ze wspólnotą i opiekunami duchowymi będą odgrywać dynamikę bardzo podobną do tej, którą znają z domu.

Kim w takim razie z punktu widzenia medycyny są ludzie poddawani w Kościele egzorcyzmom? Co im dolega z medycznego punktu widzenia?

Badalem różne osoby, które czasem miesiącami, a nawet latami były egzorcyzmowane albo uważane za opętane. Prezentowały one złożone obrazy kliniczne. Większość z nich miała cechy zaburzeń osobowości, objawiające się problemami z wizerunkiem siebie i świata, trudnościami w budowaniu satysfakcjonujących relacji z ludźmi, wyrażaniem emocji, szczególnie złości, żalu, wstydu oraz pragnień – nie tylko w obszarze seksualnym, ale też dotyczącym uwagi. Jako dzieci z różnych powodów nie nauczyły się w dobry sposób wyrażać swoich uczuć i pragnień, przeżywają konflikty dotyczące kontroli nad nimi. Bycie opętanym jest dla nich dobrą metaforą tego, co się dzieje w ich świecie wewnętrznym. Rozpoznają w sobie impulsy, pragnienia i skłonności, których nie akceptują – przypisują je więc zewnętrznemu bytowi. To jest sposób znalezienia nad nimi kontroli. Osoby te interesują się często egzorcyzmami i w trakcie rytuałów pozwalają sobie na odreagowanie tych impulsów.

Wśród badanych były też osoby w psychozie, prezentujące głównie urojenia bycia opętanym.

Jak takie urojenia wyglądają?

Przewodników duchowych niepokoiły zwykle ich halucynacje słuchowe – słyszenie „głosów” diabła, Jezusa lub Maryi. Duchowni byli przekonani, że „szatan miesza im w głowie” i próbowali poddawać egzorcyzmom w trakcie przepustek ze szpitala, do którego trafiali z powodu zaostrzenia choroby lub próby samobójczej. Były

też osoby z zaburzeniami dysocjacyjnymi i zespołem stresu pourazowego. Te ostatnie są czasem postrzegane jako opętane, bo nagle dziwnie się zachowują, wzrasta ich niepokój, chcą uciekać. Czasem wspólnota myśli, że mają awersję do sacrum, bo kiedy kobieta otrzymuje hostię do ust, to zaciska się jej gardło i ma odruch wymiotny. Ale jeśli spojrzymy na objawy przez pryzmat historii jej wykorzystania seksualnego w dzieciństwie i wiemy, jak reaktywują się urazowe wspomnienia, to zrozumiałe staje się poczucie zagrożenia i chęć ucieczki, kiedy zbliża się do niej mężczyzna i chce jej coś wsadzić do buzi.

Kiedy ludzie mają poczucie, że dotyka ich coś, czego nie mogą zobaczyć, czują ból w podbrzuszu, słyszą głosy, mają wrażenie, że ręce zaciskają się na ich gardle, nie mogą się poruszyć. To może się wiązać z reaktywacją urazowych wspomnień. I to jest właśnie grupa ludzi uważanych za „opętanych”, na których trzeba zwrócić szczególną uwagę. Jeśli mają jakąkolwiek przeszłość urazową, a nie zawsze to pamiętają, to różne sytuacje dnia codziennego mogą te wspomnienia przywołać. Kiedy więc ktoś próbuje ich obezwładnić, położyć na ziemię – a w trakcie egzorcyzmów robi to często kilku mężczyzn – może to spowodować, że osoba na nowo przeżyje urazowe doświadczenie. W jednej chwili ten ksiądz lub jego pomocnicy mogą w przeżyciach ofiary stać się wujkiem, dziadkiem albo grupą nieznajomych, która dokonywała wobec niej gwałtu, kiedy była dzieckiem. Posyłanie takich osób na egzorcyzmy może być dla nich bardzo niebezpieczne, nasilać myśli samobójcze i chęć ich realizacji.

Wspomniał pan o ludziach, którzy interesują się egzorcyzmami, bo pewnych impulsów w sobie nie akceptują. Czy to oznacza, że komuś, potocznie mówiąc, jest na rękę bycie uznanym za opętanego?

Czasem potocznie mówimy, że coś nas opętało – byliśmy tak rozłozszczeni albo poczuliśmy nagły impuls, żeby wygarnąć wszystkie żale. Problem pojawia się wtedy, gdy to przestaje być metaforą i uznajemy, że wpłynął na nas jakiś byt. Zwalniamy się wówczas z odpowiedzialności i poczucia sprawczości. Trudno jest się zmierzyć

ze świadomością, że to jest częścią mojej psychiki i że mogę mieć nad tym kontrolę. Czasem wolę uznać, że jej nie mam.

Niektóre wspólnoty albo jednostki wykorzystują też tak zwane opętanie do celów niereligijnych, gdyż mogą dzięki temu mieć nad ludźmi kontrolę, wzmacniać swój autorytet, uzyskać podziw lub uwagę, jak w przypadku niektórych duchowych celebrytów.

Egzorcyzm może dawać księżom, ich asystentom lub całej wspólnotie poczucie kontroli nad tym, co wstydlive, niebezpieczne i budzące lęk. Oprócz tego wzmacnia też wiarę w istnienie świata duchowego – niektórzy księża wydają się tego używać z nadzieją umacniania ludzi w ich wierze.

Kontekst wiary zdaje się tu dość istotny. Czy zdarzyło się panu spotkać osobę uznaną za opętaną, zachowującą się w sposób uznawany za „opętanie” – ale niewierzącą?

Zacytuję tu wielu naszych badanych: „Aby być opętanym, trzeba być osobą wierzącą”. Opętania trzeba się nauczyć. Osoba, która nigdy nie słyszała o opętaniu, po pierwsze zwykle nie prezentuje stereotypowych zachowań z nim związanych, a po drugie nigdy nie nada swojemu doświadczeniu takiego znaczenia. Wszystkie badane przeze mnie osoby egzorcyzmowane albo uznane za opętane były zanurzone w kontekście religijnym. W większości oglądały na YouTube filmy o opętaniach, czytały książki, słuchały demonologów. Słyszały od bliskich, że Szatan ich dosięgnie. Straszono je religią, aby kontrolować ich impulsy, nawet te związane z naturalnymi konfliktami rozwojowymi i dojrzewaniem. Ich zachowania interpretowano przez pryzmat religii, a one to przyjęły.

Czy zawsze potrafi pan postawić diagnozę? I czy spotkał się pan z takimi zachowaniami pacjentów, których nie umiał pan medycznie wytłumaczyć? Z lewitowaniem, czytaniem w myślach czy mówieniem po aramejsku?

Nie. Przez 25 lat praktyki nigdy i w żadnej kulturze. Egzorcyci, których spotykałem, również takich doświadczeń nie mieli, ale powtarzali anegdoty, że gdzieś ktoś słyszał o jakimś przypadku.

Miałem pacjenta, studenta filozofii, interesującego się tym tematem. Twierdził, że mówił po aramejsku. Kiedy dopytywałem o szczegóły, okazało się, że powiedział mu o tym młody ratownik medyczny – bo kiedy miał atak drgawek i zabierali go do karetki, „mówił coś niezrozumiale, jak po aramejsku”. Młody ratownik medyczny raczej nie był ekspertem mogącym rozpoznać język staroaramejski.

To, że dorosła kobieta dotknięta przez księdza kuli się, chowa pod stołem i mówi głosem pięcioletniej dziewczynki, wcale mnie nie dziwi, bo tak zachowuje się wielu moich pacjentów z traumatyczną przeszłością. Jeśli mamy wiedzę kliniczną na temat tych zachowań, są one przejrzyste i zrozumiałe.

Pewne mity są podtrzymywane przez wspólnotę, budzą ekscytację. Jeśli zobaczę coś, czego nie rozumiem, to się do tego przyznam. Na razie nie spotkałem nikogo, kto byłby względnie zdrowy, potrafił dobrze zarządzać emocjami, posiadał harmonijne relacje, nie miał motywów do bycia „opętanym”, a jednocześnie prezentował niewytłumaczalne objawy. Zwyczajnie ludzie, którzy czasem miesiącami i latami chodzą do egzorcystów, są strasznie poranieni od wczesnego dzieciństwa i mają dużo urazowych wspomnień. Wszyscy mają też dość zubożone relacje społeczne, ograniczone do członków wspólnoty, czasem tylko do księży. Utrata statusu osoby opętanej, a do tego otrzymanie diagnozy psychiatrycznej, często rodzi lęk przed utratą wsparcia z ich strony.

Jak w takim razie powinien reagować ksiądz, kiedy przychodzi do niego ktoś podejrzewający u siebie lub u kogoś opętanie?

Wielu egzorcystów narzeka, że zgłaszają się do nich ludzie przekonani o swoim opętaniu i domagający się egzorcyzmów – gdy tymczasem ksiądz widzi, że ktoś ma trudności psychologiczne. Jednak to, że ktoś domaga się egzorcyzmów, nie jest powodem, żeby je otrzymał. Dużo lepiej byłoby, gdyby taki duchowny powiedział: „Widzę, ile bólu nosisz w sobie. Musisz to cierpienie zrozumieć i nauczyć się opiekować sobą w sposób pełen dobroci i współczucia dla samego siebie”. Przypisanie łatki „opętania”

wyduje się prostym sposobem. Niektórzy myślą, że egzorcysta wykona rytuał i uwolni ich od konfliktów, ale to wcale nie jest takie proste.

Czyli ksiądz do egzorcyzmów powinien zniechęcać?

Nie wiem, czy księża tego ruchu w kierunku egzorcyzmów czasem nie nasilają. Zamiast wskazywać takie wartości jak miłość, współczucie, życzliwość, wewnętrzna mądrość, kładą nacisk na to, co czarne i budzące lęk. Na tym wyrastają wręcz egzorcyciści – influenecerzy. Zawsze powtarzam: To, na czym będziemy się koncentrować, to będziemy wzmacniać. Jeśli ludzie koncentrują się na dobroci, życzliwości, współczuciu, to wzmacniają te cechy w sobie i widzą ich coraz więcej wokół siebie. A jeśli koncentrują się na zagrożeniach, zaczynają się zachowywać trochę jak osoby w paranoi: są pełni lęku, goryczy i wrogości. Nie bez powodu niektórzy chcą tłumaczyć wszystko działaniem Złego. Oni już wyjściowo mają w sobie duży poziom niepokoju i wrogości. Jeśli w dzieciństwie doświadczyli krzywd, również jako dorośli postrzegają świat jako wrogi. Nie potrafią poczuć się w nim bezpiecznie, zaufać innym i uwierzyć, że mają w sobie te dobre cechy.

Egzorcyzmy – na tyle, ile wiemy o ich przebiegu – wyglądają dość przerażająco. Co pan jako terapeuta by zrobił, gdyby mógł na taki obrzęd wejść i zareagować zgodnie ze swoją wiedzą i doświadczeniem?

Kazałbym wycofać się pozostałym i uspokoiłbym człowieka. Użyłbym łagodnej, pełnej dobroci mowy, zamiast siły fizycznej lub skórzanych pasów. Próbowałbym zrozumieć przyczynę pobudzenia. Robię to często w gabinecie, kiedy pacjent traci kontakt z otoczeniem i czuje się jak zaszczute zwierzę. Takie same sceny widzimy często w szpitalach psychiatrycznych. Jeśli zreaktywoowało się urazowe wspomnienie i organizm nastawiony jest na walkę lub ucieczkę, to rozumiały się krzyki, drapanie, gryzienie i ogromna siła. Ten ktoś może być przekonany, że walczy o życie. Ludziom w takich sytuacjach zdarza się zapominać, gdzie

się znajdują. Zachowują się, jakby byli w miejscu i czasie, gdzie ktoś im realnie zagrażał. Zadaniem terapeuty jest sprowadzić ich do „tu i teraz” – żeby zorientowali się, że to jest tylko niedobre wspomnienie, że mogą się poczuć bezpiecznie. W przypadku niektórych jest to bardzo trudne.

Ale jeśli mamy do czynienia z człowiekiem mającym konflikty związane z wyrażaniem emocji lub agresywno-seksualnych impulsów – dla niego często egzorcyzm jest czymś w rodzaju sceny. Na tej scenie zachowuje się odpowiednio do oczekiwań i do kulturowego kontekstu. Może w legalny sposób, bez poczucia winy, krzyczeć i obrażać, wyrażać złość lub pogardę w stosunku do osób reprezentujących autorytet. „Przecież to nie ja wyzywam księdza, tylko Szatan”. Jeśli ze sceny znika ksiądz i traci się widownię, człowiek jest pozostawiony sam sobie i nie ma już powodów, żeby być tak pobudzonym. Po uspokojeniu zachęcałbym taką osobę do pracy terapeutycznej. To jednak jest wyzwanie, którego wielu nie chce podejmować.

Egzorcyzmy mogą się stać niepotrzebne, jeśli prawidłowo zdiagnozujemy pacjentów i będziemy wiedzieli, jak traktować ludzi chorych?

Nie należy traktować wszystkich jako chorych. Większość ma problemy natury psychologicznej, można im przypisać określoną diagnozę zaburzeń psychicznych. Choroba lub zaburzenie brzmi jednak strasznie i ludzie boją się stygmatyzacji. Wolą być „opętani” niż mieć zaburzenie.

Kiedyś podczas jednej z komisji Konferencji Episkopatu Polski zapytano mnie, co myślę na temat utworzenia szkoły dla egzorcystów. Odpowiedziałem, że w Polsce nie potrzebujemy egzorcystów. Potrzebujemy za to mądrych, współczujących i doświadczonych opiekunów duchowych. Należy organizować szkolenia dla przewodników – księży, którzy będą potrafili rozmawiać z petentami, rozpoznawać podstawowe obszary konfliktów związanych z wiarą i dodawać otuchy oraz wsparcia. Jednocześnie powinni umieć rozpoznać podstawowe objawy

zaburzeń i zachęcać wiernych do korzystania z pomocy psychologów oraz lekarzy. Muszą wiedzieć, jak się zachować, kiedy dowiadują się o przemocy w rodzinie, i jak samemu sobie radzić z obciążeniami związanymi z posługą. 📌

IGOR PIETKIEWICZ – prof. SWPS, dr habilitowany, psychoterapeuta oraz superwizor psychoterapii, jest kierownikiem Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, zajmuje się badaniami dotyczącymi między innymi wpływu kultury na zachowania w chorobie. Prowadził projekt naukowy poświęcony opętaniom, finansowany przez Narodowe Centrum Nauki: www.e-psyche.eu/egzorcyzm.