



6/2007 (12)

**Aleksander Posacki
Artur Mnich**

Punkty styeczne i rozbieżne psychiatrii i duchowości.
W czym ujawniają się szczególnie rozbieżności?

Aleksander Posacki: Psychiatria ma w pewnym sensie przewagę w tej konfrontacji, ponieważ uważana jest za naukową, duchowość zaś, podobnie jak religia, jest natomiast mniej wymierna. Wymierność i prawda nie są jednak ze sobą tożsame. Nie należy też prawdy utożsamiać z wąsko pojętym racjonalizmem, który także na polu filozofii często uzurpuje sobie prawo do wypełnienia pola wszelkiej racjonalności, posiadającej przecież wiele twarzy. Istnieją jednak pewne podobieństwa (nie tylko etymologiczne) pomiędzy *experimentum* nauki a *experientia* duchowości. Obie dziedziny dotyczą jednego człowieka, ale zakładają różną metodologię i różne drogi poznania (słowo „metoda” pochodzi od greckiego *methodos* i oznacza drogę). Dlaczego? W samym bowiem opisie człowieka może być założona (jawnie lub w ukryciu) różna antropologia czy ontologia, która poprzedza także antropologię. Różnice antropologiczno-ontologiczne zakładają różne metody poznawcze, różnie je wartościując i różnie określając ich wiarygodność. Dlatego można mówić o wielu różnych duchowościach oraz wielu koncepcjach psychiatrycznych. To samo dotyczy psychologii czy psychoterapii.

Tu pojawia się jednak problem „redukcjonizmu ontologicznego”, który Viktor Frankl, wielki psychiatra i myśliciel, nazywał „nihilizmem”. Jest to negacja bogactwa istnienia, odrzucenie wielowymiarowości bytu. Nauka, która realizuje ten program „redukcjonizmu ontologicznego”, przekracza swoje kompetencje i zbliża się do pseudonauki. Jest to pseudonauka szkodliwa i destrukcyjna. Ten redukcjonizm najczęściej przybiera bowiem formę *materializmu*, który jedynie ukrywa się za parawanem na-

uki. Tylko koncepcje psychiatryczne o strukturze nieredukcyjnej i otwartej na transcendencję mogą bezpiecznie i uczciwie traktować duchowość, gdyż tylko wtedy uznają jej realność, a przez to jej znaczenie.

Artur Mnich: Zanim przybliżę odpowiedź na pytanie z perspektywy psychiatrycznej, przypomnę, że psychiatria jest gałęzią medycyny, która bada, rozpoznaje i leczy zaburzenia i choroby psychiczne. Jeżeli dobrze rozumiem pytanie, to dotyczy ono relacji psychiatrii do duchowości chrześcijańskiej. Jak mi wiadomo, podstawy tej duchowości są oparte o wiarę w Boga Osobowego w Trójcy Świętej. W tej duchowości pomocą dla samego człowieka jest Osoba Ducha Świętego – Pocieszyciela, który oświeca i przeistacza sobą całego człowieka wraz z jego ciałem. Wiara ta mówi także o istnieniu świata duchowego, zamieszkałego przez dobre i złe istoty duchowe. Zaznaczam to dlatego, że termin „duchowość” zawiera mnogość koncepcji życia, świata, człowieka czy Boga. Obecnie istnieje też rodzaj „duchowości”, nazwijmy ją, postmodernistyczną, której definicja jest niejasna i bez wyraźnego odniesienia do Boga osobowego.

Myślę, że głównymi punktami stycznymi, może obszarami przenikania psychiatrii i duchowości są: człowiek i jego kondycja w cierpieniu i chorobie, w której oczekuje on pomocy i nadziei, stosunek do chorego (pacjenta) czy wiernego (penitenta), wspólny otaczający świat i jego obraz. Wspólne jest też używanie słów i nazywanie, choć często dotyczy to różnych problemów i różnych sposobów ich rozwiązywania. Rozbieżności mogą dotyczyć obrazu człowieka, opisu językowego i jego „siatki” pojęć dotyczących objawów oraz zachowań człowieka.

Przykładowo słowo „opętanie” dla psychiatry, który diagnozuje zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10, oznacza to szczególną odmianę zaburzenia dysocjacyjnego. Jest to stan deintegracji funkcjonalnej z przejściową utratą poczucia tożsamości i pełnej orientacji w otoczeniu, często wynikającą jakby z owładnięcia przez inną osobowość, ducha, bóstwo czy „siłę”. Stan taki przebiega z zawężeniem świadomości i uwagi, wybiórczą koncentracją oraz powtarzaniem schematycznych wypowiedzi, ruchów i pozycji ciała. Są one bezwolne, niechciane, nie akceptowane religijnie czy obyczajowo. Dla duchownego – w uproszczeniu – jest

to stan władzy złego ducha odnoszonej bezpośrednio do ciała, a pośrednio do duszy osoby opętanej. Inną różnicą jest to, że psychiatra odpowiada prawnie za skutki takich fenomenów i objawów, w których zachowania pacjenta zagrażają – realnie i obiektywnie – bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Szczegółowo określa to ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza stomatologa, w której wyjątkowe sytuacje dopuszczają użycie przymusu bezpośredniego jedynie. Jeszcze inną różnicą jest używanie słów podczas kontaktu z pacjentem/penitentem. Psychiatry mówi w swoim imieniu, a duchowny w imieniu Boga językiem o formule błogosławieństwa...

Czy psychiatria, medycyna, psychologia, psychoterapia są neutralne czy może naznaczone tendencyjnością poznawczą, która dezorientuje, ogranicza, zubaża ludzkiego ducha czy duszę?

Aleksander Posacki: Tendencyjność poznawcza – w jakiejś mierze nieunikniona w nauce – o ile jest uprawnionym redukcjonizmem metodologicznym, jest do przyjęcia przez filozofa i teologa. Tylko wtedy możemy mówić o neutralności czy naukowości. Jeśli jednak spotykamy się z arbitralnym redukcjonizmem ontologicznym (ukrywającym się za rzekomo neutralną metodologią), który zawsze popełnia logiczno-metodologiczny błąd *pars pro toto*, to wtedy nie ma mamy do czynienia z naukowo wiarygodnym fragmentem ludzkiej wiedzy, ale dezorientującą poznawczo i bezprawną metodologicznie totalizacją tej wiedzy, uczynioną na podstawie generalizacji wspomnianego jej fragmentu. Jest to niedopuszczalne, nie jest bowiem nauką, ale ideologią lub formą „ideologizacji” nauki. Inaczej to jednak wygląda w medycynie czy psychiatrii, inaczej w psychologii czy psychoterapii, których metodologia jest mniej ścisła. Redukcjonizm typu materialistycznego częściej spotykamy w pierwszym przypadku (monizm materialistyczny). Można by go nazwać „wąskim”. Jest on związany z bezpośrednią negacją ducha, duszy czy duchów, gdzie po prostu dogmatycznie (a nie w jakiś naukowy sposób) zaprzecza się ich istnieniu. Można tu mówić o arbitralnym wyborze określonego światopoglądu, który jednak niewiele ma wspólnego z postawą naukową.

W nowych typach psychologii czy psychoterapii (pochodzących z nurtów humanistycznych czy transpersonalnych) mamy do czynienia z innym typem redukcjonizmu, który można by nazwać „szerokim”. Odwołuje się on nie tyle do materii, co do energii, która na gruncie antropologiczno-ontologicznym utożsamiana jest z duchowością (monizm panenergetyczny). Nie mamy tu więc do czynienia z bezpośrednim odrzuceniem duchowości, ale z jej semantycznym przedefiniowaniem. Oznacza to jednak w istocie swoistą negację duchowości, której w tradycji chrześcijańskiej nie należy utożsamiać z „energiami”, będącej w tych koncepcjach subtelniejszą formą „materii”, w całości przynależącą do świata natury. Taki zabieg immanentyzacji ludzkiej duchowości – występujący w obydwu typach redukcjonizmu – wielki filozof niemiecki Eric Voegelin nazwał gnostyckim „zabójstwem duszy”, skoro gnoza oznacza dla niego „immanentyzację chrześcijańskiego eschatonu”. Jest to zarazem „naturalizm”, pojęty jako dogmatyczna negacja, tego co transcendentne.

Artur Mnich: Te cztery dyscypliny nauki wymienione w pytaniu są bezpośrednio i praktycznie związane z człowiekiem. Przynależą one do nowożytnej epoki, która przyniosła inne rozumienie słowa dusza. Słowo to w swym znaczeniu nie jest równoważne słowu *psyche* – racjonalnej duszy. Przez duszę – w największym uproszczeniu – określamy psychikę oraz transcendencję. W praktyce wciąż jeszcze wielu psychiatrów, lekarzy innych specjalności, psychologów i psychoterapeutów sprowadza pojęcie duszy tylko do poziomu psychiki, bez odwołania się do wymiaru nadprzyrodzonego, czyli transcendencji. Pewnym problemem, na który trzeba zwrócić uwagę, jest „psychologizm”, w którym współczesny człowiek postrzega w sobie na ogół racjonalną duszę i ciało. Obecnie występujący pluralizm kulturowy stracił z oczu teologiczną wizję człowieka. Psychologizowanie jest najprawdopodobniej owocem gnostyckiego sposobu pojmowania duchowości, który polegał na „twardej” linii życia duchowego zamkniętego w umyśle. Tak pojmowana duchowość dopuszczała często przymus, którym człowiek w imię tej duchowości – odcieleśnionej, abstrakcyjnej i koncepcyjnej – zadawał sam sobie gwałt. Nie przypadkiem po linii „twardej” nastąpiła „miękką” linia psychologiczna, której odpowiada duchowość „odczuwania”, „samopoczucia”. W duchowości typu gnostyckie-

go przedstawiano w złym świetle lub wręcz pomijano rzeczywistość psychologiczną. Psychologizm – formalna poprawka gnostycyzmu – jest drugą stroną tego samego procesu duchowego i nadal zamyka osobę w „ja”. Podobnie jest z „selfizmem” – kultem własnego „ja”. Ujęcie to zakłada uzasadnienie jego typowych treści i filozofii poprzez wewnętrzne doświadczenie. W tej koncepcji „człowiek” jest najwyższym dobrem, czyli „ja”. Etyka „selfistyczna” opiera się o słuchanie pragnień. Jeżeli natura ludzka z gruntu jest dobra to należy kierować się jej potrzebami. Trzeba dokonywać wyborów, bo różne są potrzeby. W tej filozofii obiektywne kryterium się nie liczy. Ważny jest wybór, bo to rozwija i realizuje siebie. Psychologia jest potrzebna „selfizmowi”, bo potrafi zadbać o światopoglądową neutralność, pomaga skoncentrować na „ja” i uzasadnić tę egocentryczną postawę, na przykład samoaktualizacją. Selfizm, wyrastając po części z psychologii humanistycznej, raczej ją wypacza. Chciałbym także tu zaznaczyć, że psychiatra, psycholog i terapeuta ma ogromną władzę poprzez moc przekazywanych pacjentowi teorii w specyficznym języku. Istnieje możliwość negatywnego wpływu takiego języka – „psychologizmu” czy „selfizmu”, który pojawia się w terapii. W tak pojętym języku kobiety troskliwe są „uzależniające”, a te o malej trosce „zimne i zdystansowane”. Często zamienia się tradycyjne słowa typu: „bliskość” – „nadopiekuńczością”, „skromność, wstrzemięźliwość” – „roztaczaniem kontroli, uzależnianiem”, „miłość” – „emocjonalnym, zamaskowanym, nadużyciem”. Innym problemem, z jakim można się spotkać, to przecenianie w niektórych koncepcjach terapeutycznych wczesnego rozwoju, a nie docenianie tego, że wielu dorosłych uczy się i zmienia swoją osobowość przez miłość oraz pracę nad sobą. W terapii zbyt często analizuje się cierpienie. Nasze nadmierne „zaciekawienie” patologią sprawia, że musimy mieć chorych, którym pomagamy. Zbyt często za „patologiczne” zostały uznane intensywne emocje złości, rozpacz czy niepokoju. Terapeuci zaczęli je „leczyć”. Większa koncentracja na słabości niż odporności to powszechna cecha naszej kultury. Czasem terapia staje się ważniejsza od życia. Wielu bogatym i przedsiębiorczym ludziom zamiast wglądu w siebie, pewno bardziej pomogłaby praca społeczna dla innych. Takie osoby zyskałyby przez to na wartości, a to już znosi szereg objawów. Może warto się nad tym zastanowić?

Czy w psychiatrii w ogóle mówi się o religii, mistyce czy duchowości? Czy demonolog/egzorcysta zawsze powinien słuchać psychiatrycznych osądów w diagnozie konkretnych osób?

Aleksander Posacki: Wiem, że psychiatria religią zajmuje się w niewielkim stopniu i że zasadniczo nie ma do niej zaufania. Nie trzeba być psychiatrą, by dojść do takiego wniosku. Dowodzą tego badania prestiżowych pism psychiatrycznych, gdzie na poziomie teoretycznym badania nad religią stanowią niewielki procent. Dopiero w latach siedemdziesiątych mistyka (w tym także szamanizm) przestała być uważana za psychopatologię. Píše o tym postępowy psychiatra Stanislav Grof, który zwraca uwagę na niebezpieczeństwa materializmu w myśleniu psychiatrów i terapeutów, gdy nie rozróżnia się pomiędzy doświadczeniem mistycznym i duchowym a psychozą. To opóźnienie jest wynikiem starego napięcia pomiędzy religią a nauką, ale nie tylko. Dla filozofa i znawcy ezoteryzmu René Guénona byłby to na przykład nieprzekraczalny kontrast pomiędzy nauką „świętą” (*sciencia sacra*), głoszoną przez religie, a zmateriaлизованą nauką świecką (*sciencia profana*) nowoczesnego Zachodu. Należy jednak stale szukać porozumienia, a nawet nowego, integralnego modelu wiedzy...

Nie jest to proste, ponieważ modele, które odrzucają prymitywny materializm, łatwo wpadają w radykalny czy gnostycki spirytualizm, co dotyczy Junga czy Grofa. Jest on oparty na „szerokim”, nie tyle materialistycznym, co energetycznym typie redukcjonizmu, o którym wspominałem. Nie chodzi więc o przedwczesny, panenergetyczny czy monistyczny holizm, ale o model bardziej otwarty, gdzie postulat integralności wiedzy nie eliminuje transcendencji, pojmowanej nie tylko jako synonim kultury czysto ludzkiej. O czymś takim mówi Ken Wilber, gdy uważa, że popularne dziś modele holistyczne w medycynie w istocie rzeczy blokują postęp w poszukiwaniu głębszej integralności w ludzkim modelu wiedzy.

W praktyce poszukiwanie podobnej integralności nie jest łatwe. Wielu psychiatrów ciągle porywa się z tabletką na ducha. Nawet nie myślą o tym, że to naiwne i błędne. Czy fakt, że z tego żyją, nie przeszkadza im w szukaniu prawdy? Faktycznie, pacjenci często przykrywają problemy psychosomatyczne i egzystencjalne religijnym żargonem. Wiedzą o tym duszpasterze

i egzorcyci, gdy jakaś osoba uważa się za zniewoloną, ale tak naprawdę chodzi jej o zwrócenie na siebie uwagi. To jednak nie znaczy, że religia nie posiada swojej autonomii, co wynika na poziomie antropologicznym z „względnej autonomii ducha” (V. Frankl).

Chodzi tu także o problem świata duchów, pojętych jako rzeczywistości autonomiczne, byty bezcielesne, formy duchowe (św. Tomasz z Akwinu, E. Stein). Jest to problem filozoficzny, a nie tylko czysto teologiczny, w którym demonologia chrześcijańska (nie tylko „katolicka”) i praktyka egzorcyzmu zyskuje racjonalne oparcie. Jeśli zły duch może być przyczyną choroby (o czym mówi wielokrotnie Biblia) lub może ją imitować (o czym mówią obydwie Rytuały egzorcyzmów publicznych – z 1614 i z 1999 roku), symptomatyka psychiatryczna staje się w takim przypadku zmienna, nieregularna, względna. Wtedy wiedza psychiatryczna nieco się gubi i powinna uznać swoje granice. Należy jednak w praktyce duszpasterskiej egzorcyzmowania współpracować z psychiatrą, który uznaje takie właśnie granice wiedzy psychiatrycznej. Chodzi tu o lekarza – jak przypomina o tym nowy Rytuał – który jest otwarty na wymiar wewnętrzny człowieka, w którym rzecz jasna chodzi nie tyle o pogłębioną psychologiczną introspekcję, co o duchowe okno transcendencji.

Artur Mnich: W ostatniej dekadzie ubiegłego wieku psychiatria otworzyła się bardziej na wymiar duchowy osoby ludzkiej. Dostrzeżono istotne związki religii ze zdrowiem psychicznym. Z przeprowadzonych badań wynikało, że autentyczna wiara daje większe zadowolenie z życia, zauważalną przez środowisko wyraźną nadzieję, cel i sens życia. Owocowało to mniejszą liczbą depresji wśród wierzących czy mniejszym wskaźnikiem prób samobójczych. Przyczyniła się do tego także amerykańska psychiatria, która ze względu na wielokulturowość jej obywateli wprowadziła liczne zalecenia respektujące wiarę pacjentów. Do tamtejszej klasyfikacji psychiatrycznej DSM-IV wprowadzono problematykę religijną i duchową. Uznano bowiem religię jako czynnik podtrzymujący zdrowie psychiczne, a nie powodujący cechy zaburzeń psychicznych. Nastąpiło przemieszczenie nacisku terapeutycznego z klasycznych psychodynamicznych konfliktów i agresywnych popędów, na afirmacje i zagadnienia egzystencjalne. Urazy wojenne ubiegłego wieku i ich pamięć

spowodowały rozpowszechnienie w użyciu pojęcia „metafizycznego wstydu” – terminu Karla Jaspersa, który dotyczy sensu ludzkiej wzajemności czy odpowiedzialności. Doświadczenie tych urazów wywołały szereg pytań o dobro, zło czy pogłębione znaczenie życia ludzkiego. Amerykańskie stowarzyszenie medyczne wprost zaleca rezydentom w programie stażu następujące zachowania i postawy: świadomość ich własnych religijno-duchowych doświadczeń i wpływu tych doświadczeń na ich tożsamość i światopogląd, samowiedzę o ich postawach wobec różnych tego typu doświadczeń u innych i możliwości wystąpienia uprzedzeń mogących wpływać na ich ocenę oraz leczenie pacjentów z takimi doświadczeniami. Zaleca się także empatię i szacunek dla pacjentów z różnorodnych religijno-duchowych tradycji. Na przykład wyniki badań przeprowadzonych w Kanadzie pokazały, że kanadyjscy psychiatry mają niższy poziom wiary religijnej i przekonań duchowych oraz praktycznych doświadczeń niż grupa kanadyjskich pacjentów psychiatrycznych oraz całej kanadyjskiej populacji. Powodem tego może być antagonizm w stosunku do religii, jaki wprowadził do psychiatrii Zygmunt Freud. Jego teorie koncentrowały się głównie na podstawach biologicznych i popędowych chorób umysłowych. Twierdził on, że u podstaw religii leżą lęki z okresu edypalnego. Freud również uważał, że postać Boga Ojca jest przetworzoną projekcją własnego ojca i jest wyrazem tęsknoty z poczucia bezpieczeństwa doświadczanego w jego obecności. Co do mistyki, wspomnę o badaniach w obrębie zaburzenia stresowego pourazowego, znanego w psychiatrii jako PTSD. Terapeuci zajmujący się tą problematyką, uznali, że ważnym zaleceniem terapeutycznym – „duchowym zadaniem” – dla osób z PTSD jest to, żeby doświadczyły one odkrycia transcendentnego źródła psychicznej energii, która daje życie, uzdrowienie i odnowę. Wejście w obszar duchowości daje głębsze rozumienie sensu istnienia, które stanowi ogromną wartość uniwersalną. Badania nad stanami dysocjacji, które są często rezultatem ogarnięcia przez siłę, która przekracza możliwości obronne odporności psychicznej ludzkiego „ja”, doprowadziły do nowych wniosków. Dotyczy to pozytywnej strony doświadczeń religijnych, w których autentyczna ekstaza powoduje „pozytywną” dysocjację czy depersonalizację, po której osoba nabiera wewnętrznej siły i entuzjazmu. Można by powiedzieć, że potrzebna jest dezintegracja pozytywna, żeby osiągnąć wyższy poziom

integracji osobowej. Pisał o tym znany polski psychiatra Kazimierz Dąbrowski.

Czy egzorcysta zawsze powinien słuchać psychiatrycznej opinii w diagnozie konkretnych osób? Jeżeli chodzi o to pytanie, myślę, że wzajemne otwarcie i słuchanie egzorcysty oraz psychiatry jest warunkiem koniecznym dla ich współpracy. Przez wieki medycyna była nierozłączna z teologią. Często oficjalny egzorcyzm jest dokonywany na polecenie miejscowego biskupa po zasięgnięciu opinii psychiatry.

**Czy religia dla psychiatrii jest patogenna?
Czy psychiatria może być przeszkodą dla religii?**

Aleksander Posacki: „Religia jest patogenna” lub „religia blokuje rozwój człowieka”. Spotkałem się z takimi opiniami, które chyba pochodzą z kręgów psychoanalizy, która również posiada duży wpływ na psychiatrię, a zwłaszcza na psychoterapię. Problem polega na tym, że psychoanaliza jest przepojona duchem gnozy i także z tego powodu jest uważana przez wielu za pseudonaukę (K. Popper, K. Jaspers, H. Eysenck). Gnoza jest zaś religią (H. Jonas), która od wieków jest największym wrogiem duchowości chrześcijańskiej (W. Kasper). Tym bardziej, że gnoza nie odrzuca chrześcijaństwa czy duchowości, ale je swoiście przedefiniowuje. To może znieść wielu.

Jeśli psychiatria jest przepojona duchem gnozy, jest niebezpieczna dla religii chrześcijańskiej, tym bardziej, że w tym momencie sama staje się religią, a nie nauką. Nie może więc wspierać czy uzupełniać komplementarnie religii, ale ją zastępuje. Ten brak przejrzystości jest gorszy od jawnej negacji. Zamiast terapii mamy do czynienia z inicjacją. Z chrześcijańskiego punktu widzenia mamy do czynienia z „kontrinicjacją”, skoro gnoza to „perversa imitatio” w stosunku do chrześcijaństwa (A. Besançon), czyli chrześcijański „antydogmat” (W. Rydzewski).

Artur Mnich: Religia dla psychiatrii nie tylko nie jest patogenna, ale „sanogenna”, gdy osoba jest w wyznawaniu tej religii autentyczna. Słowo „sanogenna” znaczy, że z niej wynika zdrowie. Duchowość chrześcijańska daje odkrywać w sobie na nowo stare prawdy. Przykładem może być to, że na świecie nie namalowano dotychczas ikony z samotnym wizerun-

kiem postaci Ducha Świętego. Powód jest taki, że Duch ten jest dany dla samej miłości każdego człowieka. Inaczej każdy człowiek, nawet ten niewierzący, jest jego ikoną. Problem jest w tym, czy ludzie chcą dokonać tego odkrycia. Życie duchowe jest sztuką pamiętania właśnie o tym. Dla wielu może być wielkim zaskoczeniem, że najtrudniejszą pokutą jest stała, autentyczna pogoda ducha. Nie spotkałem cięższej pokuty. Pamięć o tym i wewnętrzne przyzwyczajenie, by dać pierwszeństwo Duchowi stale otwiera na drugiego. Zdaję sobie sprawę, że takie podejście może wprowadzić „zakłopotanie kulturowe”, także w psychiatrii. Co jednak może być dla psychiatrii patogenne? Dysfunkcyjne neurotyczne zachowania, natręctwa, lęki i poczucie winy, a nawet psychozy o tematyce religijnej. Świadczą one często o życiowym nieprzystosowaniu i ucieczce od świata w świat niezdrowej religijności, na przykład cierpiętnictwa. To ostatnie należy odróżnić od cierpienia, które jest nieodwołalne i stanowi zadanie dla osoby wierzącej. Przemoc słowna, a czasem fizyczna wobec innych w imię fałszywie pojmowanej religii. Zbytne demonizowanie życia codziennego, w którym dominuje lęk i strach „podyktowany” rytuałem...

Czy psychiatria może być przeszkodą dla religii? Od czasu oświecenia religia była postrzegana w nowo powstałej gałęzi medycyny, psychiatrii w sposób redukcjonistyczny, co potem wzmocniły koncepcje Zygmunta Freuda. Do niedawna uznawano religię, jako rodzaj patologii. Freud twierdził, że religia jest nerwicą obsesyjną a złe duchy są potomkami nieakceptowanych popędów, zepchniętych do podświadomości i zamieszkujących wnętrze chorego. Każdy kierunek w psychiatrii, który jest zredukowany do wspomnianej już „psyche” – racjonalnej duszy i ujętego mechanistycznie „soma” – jest przeszkodą dla religii i duchowości. Osobiście spotykałem pacjentów, którzy mieli zabraniane przez szanowanego terapeuty lub lekarza uczestniczenie w życiu sakramentalnym z powodu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Osoby te nigdy nie były konsultowane pastoralnie przez duchownego. Wspomniane arbitralne zachowania terapeutyczne są przeszkodą dla osoby pacjenta w jego wierze. Konsekwencją jest unikanie aktywności religijnej na pięć, a nawet dziesięć lat, która w jej zdrowych formach może dać nadzieję i wsparcie w chorobie.

Dr Scott Peck był jednym z orędowników wprowadzenia w latach 90-tych do klasyfikacji DSM IV problematyki religii i duchowości. Stwierdził on, że zaniedbanie obszaru duchowo-

ści przez psychiatrów doprowadziło do błędów w pięciu znaczących obszarach tej nauki: przypadkowości diagnozy, pustoszących skutkach błędnych diagnoz, nierzadkich błędnych postępowania leczniczych, nieadekwatnych badań i teorii oraz ograniczeń własnych doświadczeń psychiatrów w tej dziedzinie. Na koniec powiem, że pacjent wnoszący transcendentny czynnik do relacji terapeutycznej „rozsadza” wszelkie wyuczzone paradygmaty i zostaje wtedy odwołanie się do „serca” psychiatri, do którego zstępuje pokornie jego umysł.

Jak powinien podchodzić do człowieka psychiatra, a jak kierownik duchowy/demonolog/egzorcysta?

Aleksander Posacki: Psychiatra bada determinizm natury i choroby pojmowanej jako zaburzenie praw natury. Kierownik duchowy, demonolog czy egzorcysta zajmuje się duchowością, opartą na antropologicznym fundamencie wolnej woli, jako podstawy ludzkiej wolności, która może wybrać dobro lub zło. Takie założenie uniemożliwia pomylenie zła z chorobą. Kluczową sprawą jest więc tu problem zła (1) oraz tajemnica wolności (2), z której zresztą tajemnica i powaga zła wynika. Epistemologia tajemnicy nie jest kategorią wyłącznie teologiczną, ale także filozoficzną (G. Marcel, J. Maritain), pod warunkiem, że nie ograniczymy filozofii arbitralnie do obszaru tępego czy wąskiego racjonalizmu. Tu wkraczamy w obszar głębokiej i nieredukcyjnej antropologii, ale też teologii czy demonologii (P. Ricoeur). Obszar racjonalności pogłębia się i poszerza.

Jak pisze L. Kołakowski, przyznajemy przez symbol „Wygnańca” czy „Upadku”, że jesteśmy wyciosani z krzywego drzewa (by użyć kantowskiej metafory). Nie możemy więc naiwnie wieść życia beztroskiego naturalisty, zanurzonego w jakiejś optymistycznie pojętej krainie doskonałości szczęścia. Choroba wyrasta z korzeni grzechu pierwotnego, pokoleniowego i osobistego. Rozróżnić chorobę od zła, nie oznacza więc radykalnego rozdzielenia tych rzeczywistości.

Grzech nie jest zwykłym błędem, który można „technicznie” skorygować, jak myśleli postoświeceniowi technokraci. Zło nie jest tylko wydarzeniem, ale ma swoją historię, jak zauważa wnikliwie Ricoeur. Nie sposób „wyjaśnić” zła, tak jak wyjaśnia się chorobę, ale można je – w duchu Jaspersa – „rozjaśnić”. Zło

jednak rozsądza każde myślenie totalizujące, wszechobejmujące, systemowe. Jest ono wszechobecne, przekazywane także w strukturze relacyjnej czy dialogicznej, intymnej i publicznej, indywidualnej i społecznej, osobistej i pokoleniowej. Stąd można mówić o „ontologicznym znaczeniu zła” (L. Kołakowski), czego jednak nie należy mylić z „ontologizacją zła”, obecną w myśli niemieckiej od Lutra czy Boehmego aż do Junga czy Heideggera.

Tu pojawia się także miejsce dla chrześcijańskiej demonologii. To „Zły jest początkiem zła” (J.A. Kłoczowski OP), a w tak zwanym rozeznaniu duchowym – od wieków obecnym w tradycji chrześcijańskiej – choć dziś mocno zaniedbanym – rozważa się relację ludzkiej wolności w stosunku do wolności Boga i wolności Szatana. Według J. Maritaina Szatan był pierwszym woluntarystą. Istotą demonologii, ale i istotą tajemnicy zła (*mysterium iniquitatis*) jest tajemnica ludzkiej wolności. Zło/Zły przychodzi z zewnątrz, dlatego jest pokusą ludzkiej wolności (P. Ricoeur).

W tym sensie wolność jest na antypodach determinizmu, ale też nie można jej racjonalizować (co uczynił na przykład Hegel, który zdaniem Kierkegaarda pomylił rozum z wolnością), gdyż pozostaje radykalną i nieweryfikowalną do końca tajemnicą. Bez radykalnego postawienia problemu wolności nie istnieje też poważnie traktowany problem duchowości, która nie jest tylko synonimem kultury. Wolność generuje możliwość grzechu, a grzech bardzo często – bezpośrednio lub pośrednio – może być właśnie przyczyną choroby

Nie zawsze jest to więc problem antynomii: wolność-determinizm, która się przekłada na dylemat: zło czy choroba. Oczywiście należy odróżnić zło od choroby. Bardzo często występuje jednak jedno i drugie. W tym teoretycznym kontekście rysuje się bardziej praktyczny problem: egzorcyzm i/lub terapia. Nie należy tworzyć tu sztucznej dychotomii, podobnie jak w przypadku problemu: duchy i/lub nieświadomość. Należy rozróżnić, ale nie dzielić, lecz współdziałać. Taka fałszywa dychotomia stała się udziałem Junga, który pod koniec życia wraca jednak do teorii duchów autonomicznych, osobowych, które wcześniej rozumiał jako eksterioryzacje kompleksów, będących częścią Nieświadomości. W ten sposób terapia eliminowała egzorcyzm. Ten błąd powieliła dziś wielu.

W tym świetle, błędem jest więc język alternatywy w określeniu relacji „opętania” i „choroby” (czy też egzorcyzmu i terapii),

ale też nie jest możliwe zbyt łatwe, monistyczne, jakoby systemowe przymierze. Wielu otwartych ontologicznie psychiatrów, psychologów czy antropologów (A. Guirdham, R. Assagioli, C. Wickland, D. Boadella, S. Grof, R. Monroe, R. Moody, F. Goodman, S. Morabito) uważa, że przyczyną choroby może być... opętanie (co jest uderzeniem we wspomnianą fałszywą alternatywę). W oczach tych badaczy, nie będących „wąskimi” redukcjonistami, owo opętanie często kojarzone przyczynowo z działaniem „bytów bezcielesnych”, różnych do człowieka. Tak pojęte „duchy” nie są subiektywną, „kantowską” konstrukcją czy tym bardziej patologicznym złudzeniem, określanym tendencyjnie i redukcyjnie w psychiatrii jako wyłącznie „urojenia” czy „omamy”. Czas już skończyć z tym prymitywnym i niebezpiecznym dla ludzi redukcjonizmem, zwłaszcza, że w realnej praktyce często sytuje się on pomiędzy ignorancją a arogancją.

W tym kontekście ważna jest – wspomniana już – trzecia możliwość, a mianowicie, że szatan może imitować chorobę i jest to zwykły element strategii jego działania (obydwa Rytuały mówią to samo – 1614 r., 1999 r., co jest owocem wielowiekowego doświadczenia i rozeznania duchowego). Wynika z tego, że może też „uzdrowić” to, co sam zakaził chorobą (F. McNutt), co zakłada też problem fałszywych czy pozornych uzdrowień.

Artur Mnich: Podejście psychiatry do człowieka jest bardzo dobrze opisane w książce Antoniego Kępińskiego *Poznanie chorego*. Kiedyś przeczytałem ciekawe porównanie ks. J. Tischnera, że u Freuda spotykamy raczej mentalność hydraulika. W niej człowiek był jak kot z wodą, ciśnieniem, parciem... Kępiński zachował miejsce w sobie dla teorii informacji, samowiedzy, wiedzy o autokontroli, ale nade wszystko wrażliwość na duchowość i życie wewnętrzne człowieka. Dopelnieniem tego podejścia prof. Antoniego Kępińskiego do pacjenta było jego nawrócenie religijne. Doszło do tego po spowiedzi, podczas jego choroby, którą „zorganizował” dla niego inny, „niewierzący” psychiatra. Przyjmował regularnie sakramenty i pisał swoje książki. Sięgał on często do Pisma Świętego jako Księgi Ksiąg, ale też – jak mawiał – „najlepszego podręcznika psychiatrii”. Umarł z tym „podręcznikiem” w ręku. Jakie powinny być cechy psychiatry otwartego na wszystkie wymiary ludzkiej egzystencji? Są to: autentyczność wynikająca z minimum poczucia własnej, nie byle jakiej, wartości; otwarcie na współpracę poprzez taką narrację

własnej historii życia, która wspiera całą osobę psychiatry; odwaga budowania więzi z pacjentem w oparciu siłę „serca”, a nie lęk; „bycie ze sobą” i świadomość dialogu wewnętrznego, co wzmacnia personalizm oraz własną samoobserwację w celu właściwego ujawnienia prawdy o sobie; aktywne słuchanie, które jest ogromnym wysiłkiem wewnętrznym, troską o pacjenta i jego wymiar duchowy; w zachowaniu z szacunkiem, delikatnością i czujnością; mediacyjny i życzliwy; doceniający zdrowe zachowania religijne; wzmacniający „przekaz nadziei” dla pacjenta; dialogujący na temat niefunkcjonalnych obszarów religijnych; współpracujący z kapłanem; wzmacniający rozumienie u wierzących potrzeby przyjmowania sakramentów, oprócz farmakoterapii czy psychoterapii; uważny i roztropny „wewnętrznie” w „ja relacyjnym”; rozróżniający poprzez intuicję duchową i badanie zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Te ostatnie cechy są najbardziej pożądane, gdy chodzi o rozpoznawanie nieuporządkowanej duchowości magicznej czy okultystycznej, które narażają pacjenta na działania złego ducha. Ten rzeczywisty duch, który chce być uznany za nierzeczywistego to szatan. Jest to wysoce inteligentny byt, mistrz kłamstwa i nieprawdy, który dzieli i ma program niszczenia człowieka. Inteligentnie uderza w człowieka, korzystając z furtki słabości ciała i świadomego grzechu. Korzysta z zaburzeń psychicznych pacjenta, na przykład ze struktury neurotycznej natręctw, których treści często podsuwa. Korzysta też z dysocjacji, która jest akcją. Biernej dysocjacji nie ma, tak jak i nie ma biernej integracji. Siła dezintegracji w dysocjacji ma swoje źródło w jego bezpośrednim lub pośrednim działaniu, które rozdziela wewnątrz „obszar dynamiczny” osoby na nazwijmy to – „autonomiczne jej wyspy”. Wspomnę też, że psychiatra powinien pamiętać o obowiązku higieny osobistej jaką jest humor, który ma moc „egzorcyzmu”, demaskującego wartości pozorne.

Jaki powinien być kierownik duchowy? Trudno mi odpowiedzieć jednoznacznie. Mówiąc osobiście, życzyłbym mu, żeby był: pełen Ducha Pocieszyciela, w którym rodziłby ludzi dla Boga; posiadający umiejętność diagnozy „serca”; rozeznający w duchu, dzięki któremu tworzy atmosferę do spotkania wierzącego z Bogiem, nawet podczas egzorcyzmu; zanurzony w Tradycji, której naucza; niewyosobniony, ale przeciwnie, zatopiony w relacjach duchowych przeszłości i czerpiący z nich sobą; wypowiadający słowa tak, że słyhać było w jego głosie harmo-

nię Świątych; mający umiejętność i łatwość przechodzenia od tego, co boskie do tego, co ludzkie; rozumiejący reakcje psychiczne i zmysłowe tak, żeby było mu łatwo się porozumiewać z psychiatrami czy terapeutami; człowiekiem modlitwy i bezgranicznej ufności...wskazują go jego duchowi synowie i duchowe córki; ważne żeby posiadał minimum wymienionych cech, jego dalszy wzrost wyznaczą ich współrzędne...

Kiedy do psychiatry/psychologa, a kiedy do teologa/
demonologa? – granica między psychiatrią
a duchowością

Aleksander Posacki: Ujmę to tak, by się nie powtarzać, a powiedzieć jeszcze coś ważnego. Jeśli mamy do czynienia z prawdziwym opętaniem diabelskim, to wówczas przewaga teologa, demonologa, a zwłaszcza egzorcysty jest dominująca. Wskazuje na to autorytet nowego Rytuału (a jest to już problem nie tylko hipotez naukowych czy opinii teologicznych oraz ich wzajemnych sporów i relacji, ale właśnie oficjalnej wykładni Kościoła w tym względzie). Dlatego należy wiedzieć, co nowy Rytuał – jako aktualna nauka Kościoła u progu nowego Tysiąclecia – proponuje w sprawie opętania i egzorcyzmu. Ta wizja teologiczna i praktyczna zarazem różni się od fenomenologii psychiatrycznej opętania. Nadnaturalna przyczyna zjawiska opętania musi się różnić od naturalistycznych interpretacji typu biologicznego czy kulturowego. Tu przebiega ostra granica między psychiatrią a duchowością, której nie należy zamazywać.

Nie należy mylić tych poziomów ontologicznych. Istnienie i natura diabła jako innego bytu – zmienia naturę wszystkich objawów i może je ponadto za każdym razem modyfikować. Analizować objawy-zjawiska w zupełnym (dogmatycznym) oderwaniu o od przyczyny ontologicznej jest błędem metodologicznym. Widać to na przykładzie modyfikacji objawów chorobowych w opętaniu, które nie układają się w typowe klasyfikacje, ale tworzą zupełnie nowe konstelacje, zwykle nieznane nauce, o czym pisze A. Rodewyk, wybitny demonolog i egzorcysta niemiecki. Tę cechę specyfiki tego rodzaju opętania „spirytystycznego” potwierdza wielu psychiatrów klasy światowej, jak np. S. Morabito, nominowany przez Instytut Naukowy w Paryżu do Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny,

który przebadał osobiście kilkadziesiąt przypadków opętania diabelskiego.

Nowy Rytuał (DEESQ) używa na określenie osób potrzebujących egzorcyzmu większego następujących określeń: *vexationis seu obsessionis* (nr 10), *obsessum* (nr 14, 16), *obsessos* (nr 13) *obsidentis daemonis* (nr 13), *obsessionem* (nr 14), *vexatum* – (nr 14, 25, 28, 32, 35). Istotny jest jednak fakt, że chociaż nowy Rytuał nie podaje definicji opętania, jednak możemy go wywnioskować na drodze negatywnej, czym opętanie nie jest (por. G. Nanni, *Palec Boży i władza szatana. Egzorcyzm*, Warszawa 2007, s. 274-275):

- Nie jest pokusą, której doświadczają wierni, mimo odrodzenia w Chrystusie (DEESQ, nr 10).
- Nie wystarczają w jego wypadku normalne środki do walki z pokusą: wiara, modlitwa Kościoła i sakramenty (DEESQ, nr 9-10).
- Jest formą władzy diabła inną od tej, która wynika z grzechu pierwotnego (DEESQ, nr 10).
- Jest formą władzy diabła, która może dotknąć również człowieka ochrzczonego (DEESQ, nr 10), a także każdego człowieka niezależnie od jego wiary i religii (DEESQ, nr 18)

Ta forma władzy jest albo obecnością (która musi być wyrzucana), albo wpływem (DEESQ, nr 11; KKK, nr 1673).

- Nie jest chorobą psychiczną (DEESQ, nr 14; KKK, nr 1673).
- Nie jest wytworem wyobraźni (DEESQ, nr 14).
- Nie jest naturalną chorobą uleczalną środkami medycznymi, ale jedynie egzorcyzmem (DEESQ, nr 14) (nie ma więc sensu sztuczna autonomia – AP).
- Nie jest wytworem ludowych wierzeń (DEESQ, nr 15).
- Zjawisko to jest obiektywnie niezależne od wyznania i od wiary i może wystąpić u katolików, katechumenów, niekatolików i niechrześcijan.

Dwie ostatnie tezy (a także teza czwarta) występują wbrew redukcjonizmowi i relatywizmowi socjologizmu, oraz antropologii kulturowej, która zadomowiła się w nowych podręcznikach psychiatrii.

Oprócz manifestacji pseudo-psychoopatologicznych, istnieją też pozytywne znaki paranormalne, pochodzące z potwierdzonej praktyki, które uznawane są za znaki opętania przez złego ducha. Są to mówienie nieznanymi językami i rozumienie tych, którzy w nich mówią; ujawnianie rzeczy ukrytych i da-

lekich; przejawianie sił przekraczających wiek lub kondycję fizyczną.

To jest obszar dla parapsychologii, która jest czymś różnym od psychiatrii. Wielu psychiatrów o tym zapomina, sądząc, że znają się na wszystkim. Parapsychologia jest jednak dziś tendencyjną, antropocentryczną paranauką (dla wielu pseudonauką) o problematycznej metodologii, która nie jest w stanie „wyjaśnić” opętania (ryzyko błędu logicznego: *idem per idem* – „to samo przez to samo” lub *circulus vitiosus* – „błędne koło”). Tym bardziej, że parapsychologia jako nauka empiryczna nie może posiadać antropologii (chyba, że *implicite*) i nie może decydować o naturze człowieka. Nie może tego czynić zresztą żadna z nauk (ryzyko błędu logicznego: *pars pro toto*).

Parapsychiczne manifestacje są to jedynie wskazania i pod uwagę trzeba brać również inne znaki natury moralnej i duchowej. Może nimi być m.in. silny wstręt do Boga, Chrystusa, Matki Bożej, świętych, obrzędów, szczególnie sakramentów, do świętych obrazów (DESQ, nr 16). Te znaki „awersji wobec sacrum” brane są pod uwagę w kontekście całościowego duchowego zaangażowania w życie chrześcijańskie, łącznie z elementami paranormalnymi.

Jeśli diabeł naprawdę istnieje, użycie egzorcyzmu jest koniecznością pomimo faktycznego czy domniemanego ryzyka. Z tego punktu widzenia brak egzorcyzmu jest większym ryzykiem dla zdrowia i życia psychofizycznego oraz duchowego

Egzorcyzm jest modlitwą, która jako taka może bardziej pomóc niż zaszkodzić. Badania naukowe na temat rzekomej szkodliwości egzorcyzmu są problematyczne, na skutek nieuchwytności przedmiotu. O jakim egzorcyzmie mowa, jak był przeprowadzony, kto go przeprowadził? Zbytne powoływanie się na tego rodzaju problematyczny empiryzm oznacza manifestację ograniczonego „ducha scjentyzmu”. Oczywiście, że nie należy egzorcyzmować osób rzeczywiście psychicznie chorych. Zwróćmy jednak uwagę na fakt, że równie niebezpieczne – a może i bardziej, także z racji powszechności występowania i społeczno-prawnej aprobaty – są: „etykieta psychiatryczna” (T. Szasz, R. Laing), elektrowstrząsy czy leki psychotropowe, które wtórnie mogą wywołać choroby psychiczne, uszkadzając mózg (wróćmy do niektórych argumentów antypsychiatrii!).

Mogą też szkodzić życiu duchowemu na skutek osłabienia woli (takiej właśnie terapii – z powyższych racji – odmówiła An-

neliese Michel, występująca w znanym filmie jako Emily Rose). Te zastrzeżenia są tym bardziej ważne, jeśli mamy do czynienia z problemami natury duchowej, czyli „pneumatologicznej” lub „spirytualnej”, a nie psychiatrycznej czy psychologicznej. Tu pojawia się problem „patologii sacrum”, której bardziej odpowiada „pneumoterapia” niż „psychoterapia”, co jednak nie oznacza, że tę ostatnią należy pomijać czy pomniejszać.

Artur Mnich: Każda nauka przeważnie bada chorobliwy stan świata i jego porządek naturalny, bada i odkrywa jego prawidłowości. Robi to coraz kompetentniej i szczegółowo. Psychiatria czy psychologia nie jest tu wyjątkiem. Duchowość jednak wnosi tu informację, że porządek ten lub nieporządek jest także rezultatem grzechu i niemocy świata. Egzorcysta jest przedstawicielem duchownego, który dotyka istoty bytu i dramatu, który ma miejsce w jej głębinach. Z tego dramatu wynika także pochodzenie tego porządku przyrody, o którym nauka, również psychiatria wciąż wie za mało.

V. Frankl zaproponował prosty podział troski o człowieka pomiędzy współpracującymi psychiatrami i teologami: psychiatria i psychologia oferuje zdrowie duszy, a teolog jej zbawienie. Zaburzenia i choroby psychiczne, które wywodzą się od zaburzeń osobowości, dotyczą psychiatrii i psychologii. Choroby duszy pochodzące z grzechu, dotyczą teologa i egzorcysty. Jak to rozróżnić? Przez pracę własną i wspólną pomiędzy duchowymi a psychiatrami nad tym obszarem „pogranicza”. W obszarze tym mieszają się między innymi: zaburzenia osobowości typu osobowość mnoga czy osobowość „pogranicza”, zaburzenia dysocjacyjne w tym trans i opętanie, napady padaczkowe i stany pomroczone, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, somnambulizm itd. Te same fenomeny opisywane różnymi językami wymagają pokory współpracy nad nowym językiem, który to ogarnie. Jedni i drudzy powinni odróżniać winę od poczucia winy. Bóg wie, co jest winą i dlatego każdy może to wypowiedzieć. To jest sytuacja obiektywna. Poczucie winy to, z kolei, sytuacja subiektywna, która jest adekwatna lub nieadekwatna. Pomocą w rozeznawaniu tego jest terapia. Psychiatra jest do objawów stanu „psyche i soma”, a duchowny do grzechów i stanu duszy...

Aleksander Posacki, urodzony w 1957 roku, kapłan, jezuita, teolog, filozof, publicysta, rekolekcjonista, duszpasterz, znawca demonologii, historii mistyki, nowych ruchów religijnych (sekt), problematyki okultyzmu i ezoteryzmu, wykładowca akademicki (Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna IGNATIANUM). Studia w Krakowie (filozofia), Warszawie (teologia) i w Rzymie (filozofia, teologia, duchowość chrześcijańskiego Wschodu, antropologia mistyki, parapsychologia, demonologia). Badania we Włoszech, USA i w Rosji. Konsultant egzorcystów katolickich w Polsce i zagranicą. Uznany ekspert klasy międzynarodowej, wykładowca między innymi na Międzynarodowych Zjazdach Egzorcystów. Autor wielu książek, na przykład: *Okultyzm, magia, demonologia* (Kraków 1996) czy *Egorcyzmy, opętanie, demony* (Radom 2005), przetłumaczonej ostatnio na język litewski (2007).

Artur Mnich, od 1989 roku lekarz medycyny – absolwent Akademii Medycznej w Krakowie. Od 1991 roku – własna praktyka lekarska, od 1998 roku – specjalista psychiatra, a od 2007 roku – specjalista psychiatrii. Specjalizacja w ramach wolontariatu przy Katedrze Psychiatrii CMUJ w Krakowie. Zainteresowania w praktyce zawodowej: „całościowe” ujęcie fenomenu zdrowia i choroby jako nierozdzielne kontinuum, zmierzanie w kierunku psychiatrii antropologicznej.