

**Piotr Bylica**

Zakład Logiki i Metodologii Nauk  
Instytut Filozofii  
Uniwersytet Zielonogórski

**Zaburzenia dysocjacyjne czy opętanie przez Szatana?  
Historyczno-metodologiczna analiza stosunku psychiatrii do problemu opętań**

Wstęp

Dzisiejsza psychiatria zgodnie z „Międzynarodową statystyczną klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych” (ICD-10) w klasyfikacji zaburzeń dysocjacyjnych (F.44) wymienia kategorię „trans i opętanie” (F. 44.3). Opętanie jest jednak zjawiskiem badanym z różnych perspektyw. Złożoność i wieloaspektowość problemu z konieczności wymusza w tym miejscu wybiórcze i uproszczone jego przedstawienie<sup>1</sup>. Mając świadomość tego problemu, w artykule zestawiam teologiczne i psychiatryczne rozumienie kategorii opętania. Krótkie omówienie religijnego ujęcia tego zagadnienia uzasadnione jest tym, iż konstytuuje ono sytuację problemową dla procesu wyłaniania się współczesnego podejścia psychiatrycznego.

Od czasu pojawienia się pierwszych tekstów opisujących objawy zaliczane dziś do zaburzeń dysocjacyjnych zmieniały się poglądy na temat ich etiologii, typologii i sposobów leczenia. Na podstawie analizy historycznej wykazują, że rozwój tych poglądów związany był z kulturowo uwarunkowanymi przekonaniem na temat natury ludzkiej. Widoczny jest związek z takimi dziedzinami jak filozofia czy religia. Dotyczy to także psychiatrii współczesnej.

Różne wyjaśnienia opętania dzieł w artykule dychotomicznie, według cech kontradiktorycznych, na dwa rodzaje: naturalistyczne, w których wspomniane zaburzenia uznaje się za wyraz choroby, oraz nienaturalistyczne, odwołujące się na przykład do działania złych mocy. Niewątpliwym jest naturalistyczny

<sup>1</sup> W literaturze polskojęzycznej kluczową pozycją traktującą o problemie opętań - przede wszystkim w perspektywie psychopatologicznej, ale uwzględniającą także wieloaspektowy wymiar tego fenomenu - jest monografia: J. Dębiec, *Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków: Wydawnictwo UJ 2000.

charakter współczesnych wyjaśnień medycznych. Naturalizm metodologiczny jest bowiem uważany obecnie za konieczny warunek naukowości.

Zgodnie z ostatnimi trendami pod wpływem badań psychiatrii transkulturowej i antropologii zaleca się uwzględnianie uwarunkowań kulturowych pacjenta przy leczeniu i opiece. Na tej podstawie niektórzy psychiatrzy dopuszczają możliwość udziału osób duchownych w procesie psychoterapii. Podręczniki psychiatrii zalecają lekarzom zaznajomienie się z problemami z zakresu religioznawstwa. Czy oznacza to, że perspektywa psychiatryczna pozwala na rozstrzygnięcie problemu natury opętania? Odpowiedź na to pytanie okazuje się bezpośrednio związana z problemem roli naturalizmu we współczesnej nauce.

### Opętanie jako kategoria teologiczna

W ujęciu teologicznym (tu przede wszystkim teologii katolickiej) problem opętania wiąże się między innymi z takimi zagadnieniami, jak pochodzenie zła czy natura Szatana i złych mocy. Rozważania teologów wskazują na różne sposoby rozumienia tych kwestii. W Kościele rzymskokatolickim jednak pewne oficjalne dokumenty i wypowiedzi wyznaczają granice dopuszczalnych interpretacji, mieszczących się w obrębie przyjętej doktryny. Choć twierdzenia o istnieniu i naturze Szatana nie są przedmiotem żadnego z dogmatów Kościoła rzymskokatolickiego, to w oficjalnej wypowiedzi Kongregacji Doktryny Wiary z 1975 r. istnienie i działanie Szatana określane jako „fakt dogmatyczny”.

O Szatanie mowa jest zarówno w Starym, jak i Nowym Testamencie. Pomijając kwestię ewolucji biblijnego ujęcia jego roli i natury, ważne dla nas jest, że Ewangelie wielokrotnie wspominają o uwalnianiu ludzi spod jego władzy. Badacze Biblii wskazują, że w Nowym Testamencie co najmniej 300-krotnie bezpośrednio mówi się o Szatanie i jego szkodliwym działaniu<sup>2</sup>. O istnieniu i działaniu Szatana rozpisywali się zarówno Ojcowie Kościoła, jak i najwięksi teologowie średniowiecza, włączając Anzelma czy Tomasza z Akwinu. Zasadniczo do czasów współczesnych w obrębie Kościoła nie kwestionowano jego realnego, osobowego istnienia. Także w dokumentach Soboru Watykańskiego II kilkunastokrotnie mówi się o Szatanie<sup>3</sup>.

Zob. ks. T. Kaczmarek, *Zło o charakterze osobowym - Szatan w refleksji teologicznej i doświadczeniu Kościoła*, w: *Egzorcyzmy dawniej i dziś. W blasku Chrystusa i cieniu szatana*, red. ks. B. Barkowski SVD, ks. A. Posacki, Warszawa: OWP „Adam” 2004, s. 27 [23-42].

<sup>3</sup> Zob. tamże, s. 28.

Po soborze pojawiają się jednak nurty teologiczne, w których podważa się twierdzenia o istnieniu Szatana. Najważniejsze publikacje, w których znalazły one po raz pierwszy wyraz, to wydana w 1969 r. książka ks. Herberta Haaga, niegdyś profesora teologii Starego Testamentu w Uniwersytecie w Tybindze, zatytułowana *Abschied vom Teufel*. Ważna była także praca świeckiego teologa amerykańskiego Henry'ego Ansgara Kelly'ego *The Devil, Demonology and Witchcraft*, wydana w 1968 r. Według interpretacji tych teologów zło rzeczywiście istnieje, jednak pojęcia „demon” czy „Szatan” mają jedynie charakter abstrakcyjny, nie istnieje żaden osobowy, realny byt, do którego by się odnosiły.

Takie ujęcie Szatana, jako jedynie personifikacji bezosobowych przyczyn ludzkich cierpień czy obecnej w ludziach skłonności do czynienia zła, spotkało się z ostrą reakcją Pawła VI. W trakcie audiencji generalnej 15 listopada 1972 r. stwierdził on stanowczo, że „Ten, kto zaprzecza istnieniu demona, albo czyni z niego zasadę samostanowiącą, element tego świata niezależny od Boga; lub kto tłumaczy go jako istność pseudorealną, zrodzoną z fantazji dla wytłumaczenia nieznanych przyczyn naszych nieszczęść - wychodzi poza ramy Biblii i Kościoła”<sup>4</sup>. Szatan ma więc być bytem realnym. Jest też w ujęciu katolickim bytem osobowym, choć w jego przypadku nie mówi się o „osobie” w tym samym sensie, w jakim to określenie odnosi się do człowieka - Szatan to *persona perforamta*. Ma naturę anielską, lecz jest upadłym aniołem, który stał się zły z własnej woli. Celem Szatana jest doprowadzenie człowieka do zguby.

Powyższe rozumienie tego, kim jest Szatan, jest wyraźnie zakładane w różnych sformułowaniach związanych z problematyką opętań. Opętanie ma być właśnie jedną z form oddziaływania Szatana na człowieka. Takie rozumienie wyrażone jest na przykład w słowach Jana Pawła II:

W pewnych wypadkach działalność złego ducha [...] może posunąć się również do owładnięcia ciałem człowieka; wtedy mówimy o opętaniu [...] szatan powodowany chęcią szkodenia i prowadzenia do zła może posunąć się do tego krańcowego przejawu swojej wyzłości<sup>5</sup>.

Zgodnie z inną definicją opętanie to „[...] szalony, gwałtowny lub plugawy stan ludzi, nad którymi kontrolę sprawują moce diabelskie”<sup>6</sup>. W tym ujęciu jest

Wypowiedź Pawła VI. cyt. za: ks. T. Kaczmarek, *Zło o charakterze osobowym*, s. 28-29.

<sup>3</sup> Jan Paweł II. *Katecheza o upadku aniołów z 13 września 1986*, w: *Egzorcyzmy dawniej i dziś*, s. 9 [5-10].

<sup>6</sup> G. O'Collins. E.G. Farrugia. *Zwięzły słownik teologiczny*, Kraków: Wydawnictwo WAM 1993, cyt. za: B. de Barbaro, *Psychiatria a religia*, w: *Psychiatria*, t. 3: *Terapia. Zagadnienia etyczne*,

więc to szczególny stan, w którym diabeł panuje nad ciałem człowieka, jakby było jego własnym<sup>7</sup>.

Sposobem na uwolnienie od tej szczególnej formy diabelskiego wpływu na człowieka mają być egzorcyzmy. Zgodnie ze sformułowaniem zawartym w *Katechizmie Kościoła katolickiego*:

Egzorcyzmy mają na celu wypędzenie złych duchów lub uwolnienie od ich demonicznego wpływu, mocą duchowej władzy, jaką Jezus powierzył Kościołowi. Czymś zupełnie innym jest choroba, zwłaszcza psychiczna, której leczenie wymaga wiedzy medycznej. Przed podjęciem egzorcyzmów należy więc upewnić się, że istotnie chodzi o obecność Złego, a nie o chorobę<sup>8</sup>.

Kluczowe dla naszych rozważań jest zaakcentowanie różnicy między opętaniem a chorobą psychiczną.

Przyjmuje się istnienie wyraźnych kryteriów pozwalających dokonać takiego rozróżnienia. Podobnie jak w medycynie, gdzie mowa jest o objawach, etiologii i sposobach leczenia choroby, także w przypadku opętania wskazuje się na jego charakterystyczne symptomy, przyczyny, a także sposób uwolnienia osoby opętanej, którym ma być egzorcyzm. Ze względu na podobieństwo czy zgodność niektórych objawów za wskazane uznaje się badanie psychiatryczne i psychologiczne, współcześnie funkcjonujące w kontekście modelu biopsychospołecznego. Za konieczne uznaje się więc wykluczenie somatycznego i psychospołecznego podłoża objawów. Opętanie nie jest zresztą jedynym przypadkiem, gdy Kościół korzysta z opinii naukowców, by wykluczyć naturalny charakter różnych nadzwyczajnych zdarzeń czy zjawisk<sup>9</sup>.

W 1614 r. ukazało się pierwsze wydanie *Rituale Romanum*, modyfikowane nieznacznie w 1926 r., później w 1952 r. oraz za pontyfikatu Jana Pawła II w 1999 r.<sup>10</sup>, gdzie przedstawione są trzy podstawowe kryteria wskazujące na

*prawne, organizacyjne i społeczne*, red. A. Bilikiewicz, S. Puzyński i in.. Wrocław: U&P 2003, s. 558 [551-563].

<sup>7</sup> Zob. A. Rodewyk, *Demoniczne opętanie dzisiaj. Fakty i interpretacje*, Racibórz: R.A.F. Scriba 1995, s. 10.

<sup>8</sup> *Katechizm Kościoła katolickiego*, Warszawa: Pallotinum 1994, s. 395.

<sup>9</sup> Zob. S. Budzyński, *Szatan w aspekcie biblijno-teologicznym*, w: *Egzorcyzmy*, s. 15-16 [11-22]; ks. M. Rusecki, *Problem cudu w religiachpozachrześcijańskich*, „Studia Religiologiczne”, t. 3, Lublin: TN KUL 2001, s. 82.

<sup>10</sup> Ta ostatnia modyfikacja była najbardziej znacząca i budząca sprzeciw niektórych egzorcystów. Dobitnie w tej sprawie wypowiada się włoski egzorcysta Gabriele Amorth, według którego „Nowy *Rytuał* został przygotowany przez osoby niekompetentne. [...] Przygotował go osoby, które nie mają nic wspólnego z egzorcyzmami i nigdy ich nie praktykowały” (wypowiedź pochodzi z wywiadu z Amorthem w: M. Tosatti, *Śledztwo w sprawie Szatana. Rozmowa z włoskim egzorc-*

opętanie: 1) mówienie językami, których opętany nie zna; 2) znajomość przez opętanego faktów z przeszłości i przyszłości życia egzorcyisty i osób towarzyszących; 3) nadludzka moc, lewitacja, samoistne przesuwanie się przedmiotów w pobliżu opętanego<sup>11</sup>. Zgodnie ze streszczeniem Alfreda Rodewyka, jezuitę, autorytetu w dziedzinie opętania, praktykującego egzorcyistę, „z zadziwiającą jasnością określił, że opętanie wywołuje fenomeny w czterech różnych obszarach: w sferze religijnej, cielesnej, psychicznej i parapsychologii. Na tym *Rytuale* opiera się przy ustalaniu diagnozy”<sup>12</sup>. Wystąpienie fenomenów określanych jako „parapsychologiczne” uznaje się za szczególnie ważne<sup>13</sup>. Istotną cechą ze sfery religijnej ma być odraza do wszystkiego, co święte<sup>14</sup>. Należy

cytą *Gabriele Amorthem*, Warszawa: Świat Książki 2006, s. 53). Do wad nowego *Rytułu* zalicza on zakaz odprawiania egzorcyizmów w sytuacjach związanych z urokami i czarami, choć jak stwierdza, stanowią one około 90% wszystkich przypadków. Za absurdalny uznaje zakaz odprawiania egzorcyizmów, gdy nie ma pewności, że chodzi o szatańską ingerencję. Niekiedy właśnie dzięki egzorcyzjom jest możliwe rozstrzygnięcie, czy dany przypadek ma związek z Szatanem, a poza tym nowy *Rytuale* jest tu, według niego, sprzeczny z *Katechizmem*, zalecającym egzorcyzmy nie tylko w sytuacjach opętania, ale wszelkiego zła spowodowanego przez Szatana. Trzeci zarzut dotyczy pominięcia „przesłuchania diabła” w trakcie egzorcyzmu, podczas gdy, według Amortha, rozmowa z Szatanem jest konieczna dla skuteczności egzorcyzmu (zob. tamże, s. 53-55). W tej sprawie wydaje się on jednak niespójny, gdyż w jednym miejscu mówi o „całkowitym pominięciu przesłuchania diabła” (tamże, s. 55), a w innym czytamy, że „W starym *Rytuale* już w modlitwach zawarte było jego przesłuchanie, natomiast nowy podaje - co prawda w instrukcjach - jakie pytania można zadać, a jakich nie powinno się stawiać szatanowi [...]” (tamże, s. 57). Amorth stwierdza w każdym razie, że nowe formuły są w praktyce nieskuteczne (zob. tamże, s. 56). Amorthowi i grupie egzorcyystów, której przed oficjalną publikacją przedstawiono do konsultacji projekt nowego *Rytułu*, udało się jednak doprowadzić do tego, że dołączono do niego załącznik dopuszczający, by egzorcyysta mógł ubiegać się u swego biskupa o zgodę na stosowanie starego *Rytułu*. Uzyskanie takiej zgody nie stanowi problemu, nie licząc komplikacji proceduralnych (zob. tamże, s. 55-56).

<sup>11</sup> Zob. S. Budzyński, *Szatan*, s. 17.

<sup>12</sup> A. Rodewyk, *Demoniczne opętanie*, s. 7-8.

<sup>13</sup> Zob. C. Balduci, *Gli Indemoniati*, Rzym 1959, s. 407, cyt. za: A. Rodewyk, *Demoniczne opętanie*, s. 8. Problem „fenomenów parapsychologicznych” jest tu ciekawą ilustracją niewspółmierności ontologicznej między powyższym ujęciem i naukowym. Otóż Rodewyk rozróżnia między zjawiskami tego typu zjawiska mające charakter nadnaturalny oraz naturalny: „Np. »wiedza o odległych i ukrytych faktach« może mieć miejsce przy czysto naturalnym jasnowiedzeniu lub może występować na płaszczyźnie nadnaturalnej [...]” (A. Rodewyk, *Demoniczne opętanie*, s. 7). Tymczasem perspektywa naukowa, czyli naturalistyczna, wydaje się nie traktować poważnie samej możliwości występowania takich faktów. Pewnym wyjątkiem są badania opublikowane w 2001 r. w czasopiśmie „The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences”, wydawanym przez Amerykańskie Towarzystwo Neuropsychiatryczne. Autor nie neguje możliwości naturalistycznego wyjaśnienia jasnowiedzenia i innych zjawisk „paranormalnych”, proponując powiązanie ich na przykład z oddziaływaniem zmienności pola geomagnetycznego Ziemi na ludzki mózg (zob. M.A. Persinger, *The Neuropsychiatry of Paranormal Experiences*, „The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences” 2001, 13, 4, s. 515-524).

<sup>14</sup> Zob. C. Balduci, *Gli Indemoniati*, s. 416, Rodewyk, *Demoniczne opętanie*, s. 8.

zauważyć, że poszczególni egzorcyci niekiedy różnią się co do oceny diagnostycznej wartości różnych typów objawów<sup>15</sup>. Zasadniczo jednak zgodni są, jeśli chodzi o ogólne kryteria zawarte w *Rytuale Rzymskim*.

Wśród szczegółowych symptomów opętania ks. Saudreau i dr Helot wymieniają między innymi: występowanie świadomości obcej pacjentowi, konwulsje, ruchy nienaturalne i trudne do wykonania bez długotrwałych ćwiczeń jak taniec, skomplikowane sposoby pełzania, niezwykle zachowywanie równowagi, samookaleczenia, grymasy i ataki bólu ustępujące po nakreśleniu znaku krzyża czy użyciu święconej wody, odchodzenie od zmysłów, wydawanie odgłosów zwierząt, demoniczne wizje, odraza do przedmiotów poświęconych i osób duchownych, niemożność przełknięcia pokarmów i napojów poświęconych<sup>16</sup>. Wskazuje się też na nagłe pojawianie się w otoczeniu osoby opętanej trudnego do zniesienia fetoru<sup>17</sup>.

Odnosnie do przyczyn opętania wskazuje się świadome i dobrowolne trwanie w stanie grzechu ciężkiego i nieuznawanie go za naganny. Inną przyczyną ma być praktykowanie okultyzmu i satanizmu. W grę wchodzi też dobrowolne oddanie się Szatanowi w celu realizacji egoistycznych celów, przy czym nie musi się to odbyć przez podpisanie cyrografu, lecz wystarczyć ma sam akt myśli czy woli, w którym wzywa się pomocy diabła. Wskazuje się także na tzw. „dopust Boży”, gdy choć nie występuje żadne z powyższych, Bóg dopuszcza do tej sytuacji mimo braku przyzwolenia ze strony osoby opętanej<sup>18</sup>. Opętanie może mieć miejsce także za sprawą udziału w seansach spirytystycznych, korzystania z usług jasnowidzów czy wróżbitów<sup>1</sup>. Szczegółowy spis tego typu zagrożeń dostarcza Aleksander Posacki<sup>20</sup>. Zalicza je do okultyzmu, którego formami mają być: magia, spirytyzm, wróżbiarstwo i medycyna okultystyczna. Ich wyrazem mają być między innymi radiestezja czy bioenergoterapia. Niebezpieczna ma być, według niego, także hipnoza<sup>21</sup>.

Na przykład Rodewyk dyskutuje z postulowaną przez Balduciego kluczową rolę „religijnego zabarwienia” oznak opętania w trakcie diagnozy. Wskazuje na przypadki chorób psychicznych na tle religijnym, w których „sprawy religijne i demoniczne wydają się mieć decydujące znaczenie, podczas gdy w rzeczywistości jest to bez znaczenia. Wyciągając wnioski z takich przypadków, nawet wierzący psychiatra łatwo skłania się do zupełnego wyłączenia elementu religijnego z obrazu choroby” (A. Rodewyk, *Demoniczne opętanie*, s. 9).

<sup>16</sup> Zob. S. Budzyński, *Szatan*, s. 16-17.

<sup>17</sup> Zob. tamże, s. 17.

<sup>18</sup> Zob. tamże, s. 18.

<sup>19</sup> Zob. M. Tosatti, *Śledztwo w sprawie Szatana*, s. 36.

<sup>20</sup> Zob. A. Posacki TJ, *Wybrane problemy z dziedziny okultyzmu*, w: *W blasku Chrystusa*, s. 43-66.

<sup>21</sup> Zob. tamże, s. 60.

Nietrudno się domyślić, że powyższe ujęcie spotyka się ze sceptycyzmem ze strony współczesnej medycyny. W ujęciu naukowym, psychiatrycznym, formułuje się różne zarzuty wobec teologicznego podejścia do kwestii opętań. Jak wyraził się de Barbaro:

Teologom trudno jest precyzyjnie zoperacjonalizować zjawisko opętania i egzorcyzmów. Opisy są często formułowane w języku „nieobalalnym” [...] czyniąc ten materiał anegdotycznym, nie poddającym się analizie merytorycznej. Niekiedy opisy wykraczają w znacznym stopniu poza zdrowy rozsądek [...] mowa jest, bez cienia krytycyzmu - o rzucaniu czarów, czarnej magii i innych, już nie diabelskich sztuczkach<sup>22</sup>.

Zarzuty Barbaro dotyczą więc nieweryfikowalności twierdzeń o opętaniu ujmowanym w perspektywie religijnej. Poza tym ujęcie prezentowane przez egzorcyzmistów kłóci się ze zdrowym rozsądkiem, który tu utożsamiać można również z racjonalizmem naukowym, w którego obrębie wyklucza się samo występowanie niektórych zjawisk i zdarzeń opisywanych przez egzorcyzmistów. W dalszej części zamierzam właśnie wskazać na najważniejsze elementy historii formowania się psychiatrycznego, czyli naturalistycznego ujęcia.

#### Perspektywa psychiatryczna: zaburzenia dysocjacyjne w ujęciu historycznym

Pierwsze opisy zaburzeń zaliczanych we współczesnych podręcznikach psychiatrii do zaburzeń dysocjacyjnych znajduje się w papirusach sprzed ponad 3000 lat<sup>23</sup>. Uznawano wtedy, że wskazane objawy są wynikiem „wędrującej” lub „głodnej macicy”. Później Hipokrates wprowadza określenie „histeria”, a jej przyczyny dopatruje się w braku aktywności seksualnej. Naturalistycznie histerię wyjaśniał także Galen. Stwierdzał jej występowanie także u mężczyzn. Miała ona być wynikiem retencji nasienia. We wszystkich tych ujęciach jako kurację zalecano stosunki płciowe. Obok tych naturalistycznych interpretacji w starożytności funkcjonowały także wyjaśnienia o charakterze religijnym. W obrzędach ku czci Dionizosa czy Apollina występowały feno-

<sup>22</sup> B. de Barbaro, *Psychiatria a religia*, s. 558.

<sup>23</sup> Zob. A. Araszkiewicz, *Zaburzenia dysocjacyjne*. w: *Psychiatria*, t. 2: *Psychiatria kliniczna*, red. A. Bilikiewicz, S. Puzyński i in., Wrocław: U&P 2002, s. 485 [485-502].

meny określane przez starożytnych jako szaleństwo (*mania*). Podobnie kategoryzowano praktyki wróżenia, gdy bóg, jak uznawano, przemawia ustami delfickiej Pytii<sup>24</sup>.

Na początku ery kluczową rolę kulturotwórczą zaczynają przejmować religijne, jeszcze pozachrześcijańskie, synkretyczne interpretacje rzeczywistości, ze szczególnym znaczeniem skrajnie dualistycznych systemów wywodzących się z religii Wschodu, szczególnie mazdaizmu. Mówi się w nich o odwiecznej walce dwóch konstytutywnych zasad świata: sił dobra oraz sił zła. Ten kulturowy klimat skłaniał do dopatrywania się w przypadkach hysterii działania złych mocy i poszukiwań ratunku w różnych praktykach religijnych.

Kluczowe dla ukształtowania się średniowiecznego podejścia do omawianego problemu okazały się pisma Augustyna z Hippony, który odwołaniami do działania demonów wyjaśniał zarówno choroby somatyczne, jak i psychiczne. Jak pisze Jakubik: „Odtąd przestano traktować chorych z zaburzeniami histerycznymi jako jednostki opanowane przez emocjonalne potrzeby i fizyczne, chorobowe cierpienie, a zaczęto sądzić, iż są to osoby opętane przez demony, zaczarowane, sprzymierzone z Szatanem, a nawet należą do grona heretyków”<sup>25</sup>. Z drugiej strony, jak wykazują niektórzy badacze tego okresu, istnieją przesłanki, by kwestionować powyższe stwierdzenia Jakubika<sup>26</sup>. W średniowieczu próbowano także wyjaśnić naturalistycznych omawianego fenomenu. Przykładem takiego podejścia są pisma żyjącego w XIII w. franciszkanina Bartłomieja Anglika, który dopatrywał się biologicznego podłoża hysterii<sup>27</sup>. Ujęcie demonologiczne zajmuje jednak miejsce centralne, choć wśród historyków istnieją spory na temat tego, na ile nieograniczona była jego dominacja<sup>28</sup>. W każdym razie w średniowieczu, choć lekarze wciąż mówią o „wędrującej macicy”, jako uprawnioną metodę leczenia stosuje się modlitwę i egzorcyzmy<sup>29</sup>.

Od renesansu uprawomocnione stają się wyjaśnienia naturalistycznie. Według Paracelsusa histeria jest chorobą umysłową. W XVII w. mówi się o chorobie mózgu. W oświeceniu Thomas Sydenham wskazuje na psychiczne uwarunkowania hysterii. Później Giorgio Baglivii stwierdza, że jedynym źródłem są emocje. Wskazywano także na sytuacje chorego w środowisku i w rodzinie (von Feuchterslen), choroby narządów rozrodczych (W. Griesinger), ura-

Zob. J. Dębieć, *Opętanie*, s. 38-39.

A. Jakubik, *Histeria*, s. 58, cyt. za: J. Dębieć, *Opętanie*, s. 47.

Zob. J. Dębieć, *Opętanie*, s. 47-48.

Zob. tamże, s. 50.

Zob. tamże, s. 47-53.

Zob. A. Araszkiewicz, *Zaburzenia dysocjacyjne*, s. 486.



zów psychicznych (Liebault, Bernheim) czy sugestywne działanie środowiska (J.M. Charcot, J. Babiński).

Kluczowa dla dzisiejszego rozumienia zaburzeń dysocjacyjnych jest Pierre'a Janeta dynamiczna teoria nerwic, poszerzona następnie o teorię równowagi między psychologiczną siłą a napięciem psychologicznym oraz o teorię dysocjacji (1893). W ujęciu Janeta histeria jest następstwem obniżonego napięcia psychicznego spowodowanego urazami psychicznymi. Podobnie do psychicznych urazów, jako przyczyn hysterii, odwoływał się Z. Freud. We współczesnych podręcznikach psychiatrii koncepcje Freuda, uzupełnione o teorie powstawania nerwic, zalicza się do podstaw rozumienia etiopatogenezy zaburzeń dysocjacyjnych<sup>30</sup>.

Historia psychiatrii wskazuje więc, że w niektórych jej etapach nie było wyraźnego rozgraniczenia między kapłanem i lekarzem, a wyjaśniając powstanie jakiejś choroby, nie wykluczano odwołań do naturalnych i nadnaturalnych przyczyn. W Nowym Testamencie czytamy, że Jezus leczył przez modlitwę i egzorcyzmy. W średniowieczu choroby zarówno fizyczne, jak i psychiczne często traktowano jako karę za grzechy czy ostrzeżenie od Boga. Z tego powodu teolodzy i egzorcyci podejmowali zadania, którymi dziś zajmuje się medycyna. Sytuacja zmieniła się pod wpływem rozwoju nauki, polegającym na oddzieleniu się nauk przyrodniczych od teologii i filozofii. Bogdan de Barbaro następująco opisuje tę sytuację w odniesieniu do chorób psychicznych:

W miarę rozwoju nauki, a zwłaszcza przyrodoznawstwa jako wiedzy wyjaśniającej naturalny charakter patologii jednostki, kompetencje eksperta od psychiki człowieka zaczął przejmować lekarz. [...] Na przykład padaczka (leczona w Ewangelii św. Marka przez Jezusa) i choroby ściśle somatyczne przeszły z zakresu kompetencji teologii do medycyny. Przedmiotem demonologii przestała być anoreksja (dawniej - „święta anoreksja”). Samobójstwo - niegdyś traktowane jako rezultat ingerencji i zwycięstwa szatana nad człowiekiem - uznane zostało przez Kościół za tragiczny skutek choroby zwanej depresją. Podobnie stało się z większością chorób psychicznych (niegdyś - także traktowanych jako efekt działania złych mocy)<sup>31</sup>.

Powyższy opis wskazuje więc, że pod wpływem osiągnięć nauki nawet Kościół zmienił kwalifikację niektórych chorób.

<sup>30</sup> Zob. tamże, s. 486-488.

<sup>31</sup> B. de Barbaro, *Psychiatria a religia*, s. 552.

Naturalizm w psychiatrii jako egzemplifikacja  
roli naturalizmu we współczesnej nauce

Spór ontologiczny o istotę rzeczywistości, toczony w filozofii europejskiej, w znaczący sposób ukształtował dwa równoległe sposoby pojmowania istoty chorób psychicznych - naturalistyczne i nadnaturalistyczne<sup>32</sup>. W drugim w ujęciu odwoływano się do działania demonów czy czarów lub do woli boskiej, w każdym razie do czynników pozaprzyrodniczych. Rozwiązania materialistyczne, naturalistyczne, prowadziły do poszukiwań miejsca w ciele odpowiedzialnego za życie psychiczne. Współcześnie diagnoza i leczenie psychiatryczne funkcjonuje w ramach tzw. modelu biopsychospołecznego.

Wyjaśnienia funkcjonujące w obrębie współczesnej psychiatrii mają charakter naturalistyczny zgodnie z postulatem naturalizmu metodologicznego, stanowiącego fundament współczesnej nauki. W myśl tego postulatu świat, włączając ludzi, wyjaśnia się w nauce jedynie za pomocą pojęć odnoszących się do przedmiotów i procesów występujących w przyrodniczym, względnie społecznym porządku przyczynowym. Nie stosuje się żadnych odwołań do czynników nadnaturalnych czy transcendentnych:

[...] uczeni są ograniczeni do formułowania *wszystkich* swoich twierdzeń w terminach „naturalistycznych”, po to po prostu, by móc je wówczas testować<sup>33</sup>.

Uczonym wolno formułować tylko takie idee, które odnoszą się do materialnego wszechświata, a mogą je formułować tylko w taki sposób, który pozwala na ich testowanie za pomocą świadectw empirycznych wykrywalnych dla naszych zmysłów<sup>34</sup>.

Naturalizm metodologiczny jest więc uznawany za konieczny warunek naukowości. W ramach filozofii nauki trwa obecnie dyskusja nad związkiem tego postulatu z naturalizmem metafizycznym. Zgodnie z tym drugim stanowiskiem cała rzeczywistość, wszelkie zjawiska i zdarzenia w świecie mają ostatecznie podłoże przyrodnicze lub ujmując to inaczej: nie istnieje żadna nadnaturalna sfera ingerująca w świat będący przedmiotem badań nauki. Przejście od naturalizmu metodologicznego do metafizycznego można przedstawić na dwa

<sup>32</sup> Zob. J. Bomba, *Psychiatria a kultura*, w: *Psychiatria*, t. 3, s. 542 [541-550].

<sup>33</sup> N. Eldredge, *The Monkey Business: A Scientist Looks at Creationism*, New York: Washington Square Press 1982, s. 82.

<sup>34</sup> Tamże, s. 87.

sposoby: logiczny i pozallogiczny. W pierwszym przypadku wnioskowanie przebiegałoby tak: jeżeli nauka może stosować tylko wyjaśnienia naturalistyczne (inaczej nie jest nauka) i nauka jest w stanie wyjaśnić wszystko, to obraz świata dostarczony przez nią będzie obrazem naturalistycznym. Występuje tu jednak przesłanka budząca wątpliwości, czy rzeczywiście cała rzeczywistość może być wyjaśniona metodami naukowymi?

Zgodnie z drugim podejściem przejście nie jest prostym logicznym wynikiem. Ma raczej charakter „perswazyjny”: 1) naturalizm metodologiczny jest definicyjną cechą nauki; 2) tak rozumiana nauka odnosi widoczne sukcesy w wielu dziedzinach; 3) nauka jest współcześnie wzorcem racjonalności; 4) nawet jeśli istnieją luki w obecnej wiedzy naukowej, racjonalnie jest spodziewać się, że i one zostaną wypełnione powszechnie akceptowanymi naturalistycznymi wyjaśnieniami. Innymi słowy, kulturowa rola nauki sprawia, że w praktyce naturalizm metodologiczny prowadzi do metafizycznego.

Mimo naturalistycznego charakteru psychiatrii współcześnie nie uznaje ona religii, jak niegdyś czynił to Freud, jedynie za społecznie akceptowaną nerwicę<sup>35</sup>, choć nawet we współczesnych publikacjach dostrzec można pewną dozę „podejrzliwości” wobec tego, co religijne. Przykładowo w recenzji książki *Handbook of Spirituality and Worldview in Clinical Practice*<sup>36</sup> czytamy, że „Autorzy używają pojęcia »światopogląd« (Freudowski *Weltanschauung*) [...] zamiast pojęcia »religii«. Jest to mądre podejście [...]. Po pierwsze dlatego, że unika możliwych pejoratywnych konotacji związanych z kategorią »religii«<sup>37</sup>. Niedawne badania na temat religijnego zaangażowania amerykańskich lekarzy wskazują, że wśród psychiatrów znajduje się największy odsetek niewierzących<sup>38</sup>.

W każdym razie po okresie ostrych napięć między psychiatrią a religią, obecnie pod wpływem badań antropologii i psychiatr transkulturowej zaleca się uwzględnianie czynnika religijnego w diagnozie i leczeniu, nie traktując go jedynie jako czynnika patogenicznego. W literaturze psychiatrycznej pojawiają się artykuły postulujące uwzględnianie duchowego wymiaru życia pacjentów, co

<sup>35</sup> Zob. J. Arehart-Treichel, *Analysts Reinterpret Role of Religion*, Spirituality, „Psychiatry News”, March 19, 2004, Vol. 39, Number 6, s. 12. „Choć niegdyś psychoanalitycy krzywo patrzyli na problemy duchowości i religii, uznając je za infantylne i psychologicznie niezdrowe, to dziś wielu psychoanalityków bada te zagadnienia i rozmawia o nich ze swoimi pacjentami” (tamże, s. 12).

<sup>36</sup> A.M. Josephson, J.R. Peteet (Eds.), *Handbook of Spirituality and Worldview in Clinical Practice*, Washington: American Psychiatric Publishing 2004.

<sup>37</sup> O.D. Buck, *Handbook of Spirituality and Worldview in Clinical Practice* (A.M. Josephson, and J.R. Peteet (Eds.), Washington: American Psychiatric Publishing 2004), Rev., „American Journal of Psychiatry”, June 2005, Vol. 162, s. 1236 [1236-1237].

<sup>38</sup> Zob. F.A. Curlin, S.V. Odell, *The Relationship Between Psychiatry and Religion Among U.S. Physicians*, „Psychiatry Services”, September 2007, Vol. 58, no. 9, s. 1195-1197 [1193-1198].

ma polegać na przykład na rozmawianiu z pacjentami o ich życiu duchowym czy namawianiu pacjenta na kontakt z duszpasterzem<sup>39</sup>. Spotykamy tam takie tytuły artykułów i książek jak: *How to Start Dialogue on Spirituality*<sup>40</sup>, *Psychiatrists Urge More Direct Focus On Patients' Spirituality*<sup>41</sup>, *Spirituality and Religion in Recovery From Mental Illness*<sup>42</sup>, *Saints and Madmen: Psychiatry Opens Its Doors to Religion*<sup>43</sup>, *The Healing Power of Faith: Science Explores Medicine's Last Great Frontier*<sup>44</sup> itp. W tekstach tych czytamy między innymi:

Jest konieczne, aby psychiatrzy i inni specjaliści zajmujący się problemami zdrowia psychicznego zaczęli rozumieć, jaką wartość może mieć współczucie, nadzieja, wiara i duchowość w procesie przywracania ich pacjentów do zdrowia<sup>43</sup>.

[...] [komunikowane przez pacjenta - P.B.] treści religijne mogą pozwolić na wgląd w jego życie religijne, ale mogą stać się też ważną ścieżką do jego pragnień, lęków i konfliktów. Materiał religijny, podobnie jak treści innego typu, jest przedmiotem interpretacji. Nie powinien być pomijany, a gdy już się pojawi, to należy podjąć go z tym samym wyczuciem i szacunkiem jak inne komunikaty pochodzące od pacjenta<sup>46</sup>.

Bogdan de Barbaro także wskazuje na potrzebę ujęcia wymiaru duchowego w psychiatrii. Wynikać ma ona właśnie ze względu na problem opętania: „zjawisko opętania [...] wymaga korekty modelu biopsychospołecznego. Model ten jest wystarczający, jeśli zawiera i respektuje wymiar duchowy”<sup>47</sup>. Pozosta-

Zob. B. Barbaro, *Opętanie: kategoria teologiczna czy psychiatryczna? (W poszukiwaniu adekwatnego języka)*, „Nomos” 2002, nr 39/40, s. 68-69 [67-78].

<sup>40</sup> *How to Start Dialogue on Spirituality*, „Psychiatry News” 2004. Vol. 39. Number 12, s. 50.

<sup>41</sup> E. Bender, *Psychiatrists Urge More Direct Focus On Patients' Spirituality*, „Psychiatry News” 2004, Vol. 39, Number 12, s. 30.

<sup>42</sup> R.D. Fallot (Ed.), *Spirituality and Religion in Recovery From Mental Illness*, w: *New Directions for Mental Health Services*, number 80, Winter 1998.

<sup>43</sup> R. Shorto, *Saints and Madmen: Psychiatry Opens Its Doors to Religion*, New York: Henry Holt and Co 1999.

<sup>44</sup> H.G. Koenig, *The Healing Power of Faith: Science Explores Medicine's Last Great Frontier*, New York: Simon & Schuster 1999.

<sup>45</sup> V. Madaan, *Patients' Spirituality Useful to Healing Process*, „Psychiatry News” 2006, Vol. 41, Number 16, s. 18.

<sup>46</sup> A.D. Abernethy, J.J. Lancia, *Religion and the Psychotherapeutic Relationship Transferential and Countertransference Dimensions*, „The Journal of Psychotherapy Practice and Research” 1998, Number 7, s. 288 [281-289].

<sup>47</sup> B. Barbaro, *Psychiatria a religia*, s. 559.

jąc zatem w obrębie naturalizmu, psychiatria respektuje życie religijne pacjentów i uwzględnia go w naturalistycznym modelu biopsychospołecznym.

Poniżej postaram się pokazać, w jaki sposób naturalistyczny charakter psychiatrii znajduje swoją egzemplifikację w zastosowanej w ICD-10 klasyfikacji i definicji opętania.

### Zaburzenia dysocjacyjne oraz trans i opętanie w ICD-10

W obecnie obowiązującej dziesiątej edycji „Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych” (ICD-10) pojawia się kategoria „opętanie”. Zaliczana jest ona do szerszej klasy chorób określanych jako zaburzenia dysocjacyjne. Zgodnie z ICD-10:

Wspólnym rysem zaburzeń dysocjacyjnych czy konwersyjnych jest częściowa lub całkowita utrata normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. [...] Zaburzenia te były wcześniej klasyfikowane jako różne typy „histerii konwersyjnej”. Obecnie uważa się, że są one pochodzenia psychogennego i są ściśle związane w czasie z urazowymi wydarzeniami, nierozwiązywalnymi czy „nie do zniesienia” sytuacjami, czy też z zaburzonymi relacjami z otoczeniem .

Przyjmuje się więc, że zaburzenia te mają podłoże psychiczne, mogą być wynikiem trudnych przeżyć czy problemów w kontaktach transpersonalnych. Leczenie polega na zastosowaniu psychoterapii.

Pojęcie „opętania” jest rozumiane następująco: „Osoba jest przeświadczona, że została owładnięta przez ducha, moc, bóstwo lub inną osobę”. Dalej stwierdza się, że trans i opętanie:

[...] są stanami niepożądanymi lub kłopotliwymi oraz nie pojawiają się w okolicznościach religijnych lub innych zyskujących społeczną akceptację, ani nie stanowią ich przedłużenia<sup>49</sup>.

„Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych”. Rewizja dziesiąta (ICD-10), t. 1. Kraków: UWM „Vesalius” 1994, s. 327. Zob. też A. Araszkiewicz, *Zaburzenia dysocjacyjne*, s. 489.

<sup>49</sup> *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 - Badawcze kryteria diagnostyczne* 1998, s. 98-99 cyt. za: J. Dębieć, *Opętanie*, s. 78.

Powyższe sformułowanie zakłada, że istnieją niepatologiczne stany „transu i opętania”. Mają miejsce wtedy, gdy są chciane, wywołane za zgodą danej osoby i zachodzą w przyjętym kontekście religijnym czy kulturowym. Do takich niepatologicznych form można by zapewne zaliczyć niektóre zachowania ludzi na różnego rodzaju imprezach sportowych, dyskotekach czy koncertach. We współczesnej kulturze Zachodu są to przyjęte formy rozrywki i choć ich uczestnicy mogą niekiedy zachowywać się zaskakująco nawet dla nich samych, przyjmuje się, że nie wymagają opieki psychiatry. Do fizjologii należałoby zaliczyć także opętania, do których dochodzi w trakcie specjalnych spotkań, na przykład w Brazylijskim Kościele Zielonoświątkowym<sup>50</sup>, których uczestnicy oczekują właśnie, że prowadzący spowoduje opętanie, by następnie dokonać egzorcyzmu. Podobnie sprawa ma się w różnych innych ekstatycznych grupach religijnych i innych kulturach, w których wywołanie transu czy opętania jest zabiegiem świadomym, celowym, przyjętym kulturowo i religijnie. Także i w tych sytuacjach nie przewiduje się stosowania terapii psychiatrycznej i nie są one desygnatem medycznej kategorii „opętanie”.

Zwróćmy uwagę, z jakimi problemami wiąże się taka relatywizacja diagnostyki. Po pierwsze, wskazuje ona na metodologiczną słabość psychiatrii jako nauki<sup>51</sup>. W „porządnym” naukach nie czyni się zastrzeżeń typu: obowiązywanie drugiego prawa dynamiki Newtona nie zależy od kontekstu kulturowego. Poza tym, jak stwierdza Barbaro, „[...] autorzy ICD-10, uzależniając rozpoznania, czy dane zjawisko jest sytuacją religijną »akceptowaną w danej kulturze«, oddają ostatecznie słowo kontrowersji między psychiatrą a teologiem antropologowi kultury lub socjologowi”<sup>52</sup>.

Inny problem ze sformułowaniem kategorii „trans i opętanie” w ICD-10 wydaje się szczególnie poważny, polega bowiem na naruszeniu logicznej zasady niesprzeczności. Z jednej strony stwierdza się, że o opętaniu mówimy, gdy chodzi o stan nie pojawiający się w kontekście religijnym ani nie jest jego przedłużeniem. Z drugiej zaś wskazuje się na przeświadczenie osoby chorej, że jest owładnięta przez ducha, bóstwo itd. Takie przekonanie wydaje się silnie związane z kontekstem religijnym.

W praktyce za objaw opętania patologicznego uznaje się zmianę wzorca zachowania, którego przyczynę chory lub jego otoczenie upatruje we wpływie złej istoty. Jak podkreśla Dębiec, „Przekonanie to ma charakter społeczny”<sup>53</sup>. Dębiec odwołuje się przy tym do twierdzeń Suryaniego i Jensena, akcentujących to, że „zarówno obserwator (obserwatorzy) i jednostka wierzą, że ta istota

<sup>50</sup> V. Boyer, *Opętanie i egzorcyzmy w Brazylijskim Kościele Zielonoświątkowym*, „Dialog. Miesięcznik poświęcony dramaturgii współczesnej” 45 (2000), nr 4 (521), s. 167-176.

<sup>51</sup> J. Bomba, *Psychiatria a kultura*, s. 544.

<sup>52</sup> B. Barbaro, *Psychiatria a religia*, s. 558.

<sup>53</sup> J. Dębiec, *Opętanie*, s. 79.

jest Diabłem, demonem, duchem lub osobą". Podobnie jest odnośnie do innych objawów: „Wyraz twarzy pozostaje zgodny z tożsamością opętującej istoty (wyobrażeniami na temat ducha, demona, bóstwa). [...] W trakcie ataku opętany śpiewa lub recytuje teksty uznane za święte”<sup>54</sup>. Innymi słowy, do objawów patologicznego opętania ważnych dla postawienia diagnozy należy zachowanie, w którym przekonania i jednostki i/lub społecznego otoczenia odnośnie do stanu chorego wskazują na wyraźny kontekst religijny. Tymczasem ICD-10 wyklucza występowanie takiego kontekstu.

Jeśli przyjrzyć się innym objawom opętania patologicznego wymienianym w kontekście psychiatrycznym, znaleźć można wiele zachowań, które egzorcyści zaliczają do towarzyszących opętaniu przez demona. Wymienić tu można choćby zaburzenia przytomności, wypowiedanie bluźnierczych i obscenicznych myśli, utrata kontroli ruchów, samookaleczenia, niekiedy taneczne i rytmiczne poruszanie się, zmiana tonu głosu, przechodzenie mowy w krzyk czy jakby zwierzęce wycie, glosolalia, niespotykana siła fizyczna itd. Wskazuje się na niezwykłą odporność na bodźce bólowe, brak znaczących obrażeń mimo ekspozycji na, przykładowo, żar ognia czy raży kłute. Poza tym chorzy zgłaszają odczuwanie lekkości ciała lub jego unoszenia się<sup>55</sup>.

Wśród wymienianych objawów brak oczywiście takich, które nie posiadają, przynajmniej obecnie, wyjaśnienia naturalistycznego, a które dla egzorcyisty stanowią kluczową przesłankę, by stwierdzić demoniczne opętanie. Nie wymienia się więc przepowiadania zdarzeń przyszłych czy znajomości zdarzeń przeszłych, o których jednostka nie mogła wiedzieć, czy biegłego posługiwania się przez nią językami, których nigdy się nie uczyła itp. Inaczej też interpretuje się w tych ujęciach wspólnie wskazywane objawy. Przykładowo wspomniana glosolalia jest z punktu widzenia psychiatrii jedynie niezrozumiałą dla otoczenia formą mowy, wynikającą z zaburzeń w działaniu mózgu, w ujęciu religijnym zaś mówi się tu o „języku aniołów”.

Nie jest moim zamiarem rozstrzygnięcie sporu o możliwość zachodzenia jakichś parapsychologicznych zjawisk bądź innych, nie mających, być może tylko tymczasowo, naturalistycznego wyjaśnienia, do których odwołuje się *Rytuał Rzymski*, a za nim egzorcyści. Chciałbym jedynie wskazać, że gdyby przyjąć rzeczywiste występowanie tych zjawisk, można łatwo dokonać rozróżnienia między opętaniem patologicznym należącym do zagadnień psychiatrycznych a opętaniem demonicznym nie będącym chorobą psychiczną. W ujęciu religijnym zatem, które akceptuje nadnaturalistyczne wyjaśnienia niektórych zdarzeń, w omawianym przypadku nie jest tak, że mamy do czynienia z jednym zjawis-

Tamże, s. 81.

Zob. tamże, s. 80-82.

kiem - opętaniem - interpretowanym z różnych perspektyw. Egzorcyści stwierdzają, że środki medyczne nie „wyleczą” z opętania, a egzorcyzmy nie nadają się do leczenia chorób psychicznych. Są to, w tym ujęciu, dwa różne opętania, a niebranie pod uwagę ich odmienności prowadzi do błędu ekwiwokacji.

Twierdzenie, że mamy do czynienia z jednym zjawiskiem, choć rozpatrywanym, zgodnie z przyjętą retoryką, „z różnych perspektyw”, jest za to zrozumiałe w ujęciu naturalistycznym. Pozwala ono wyjaśnić także skuteczność egzorcyzmów bez odwoływania do sfery nadnaturalnej. Jak stwierdza Barbaro:

Z perspektywy psychoterapeutycznej powstaje pytanie, jak efektywność egzorcyzmu wobec osoby opętanej można objaśnić z punktu widzenia psychiatrycznego. Dlaczego egzorcyzmy działają, albo: czy pozostając neutralnym w kwestii istnienia diabła [...], można wyjaśnić skuteczność egzorcyzmów. Odpowiedź jest zdecydowanie twierdząca. To, co dzieje się w psychoterapii między terapeutą a pacjentem, jest w swojej istocie dialogiem, spotkaniem „we wspólnej przestrzeni językowej i znaczeniowej”. [...] Tak więc działania egzorcyisty mogą być skuteczne, ponieważ pozostają „kompatybilne” ze stanem świadomości i obszarem semantycznym osoby opętanej. Podręczniki psychoterapii w odniesieniu do stanów dysocjacyjnych jako technikę najbardziej wskazaną wymieniają hipnozę oraz „autorytatywne sugestie” [...] co w istocie przypomina metodę egzorcyzmowania<sup>56</sup>.

[...] o wyborze konkretnej perspektywy, jako najlepiej opisującej, mogą decydować względy pragmatyczne: kontekst sytuacji i dokonywane przez zainteresowane osoby wybory językowe<sup>57</sup>.

Skuteczność egzorcyzmów może więc wynikać po prostu z zastosowania języka „kompatybilnego” z językiem osoby chorej, a psychoterapia stanów dysocjacyjnych przypomina proces egzorcyzmowania.

### Zakończenie

W naturalistyczny nurt wpisuje się nie tylko psychiatria, ale każda współczesna dziedzina nauki, co wynika z definicyjnej roli naturalizmu metodologicznego w nauce. Z punktu widzenia filozofa nauki interesujące jest to, że

B. Barbaro, *Psychiatria a religia*, s. 559.  
Tamże, s. 559.



nieobecność na liście objawów opętania patologicznego niektórych zjawisk opisywanych przez egzorcystów jest spójna z naturalistycznym rozumieniem rzeczywistości, co jest przesłanką na rzecz twierdzenia o silnym związku naturalizmu metodologicznego i metafizycznego. Twierdzenia o występowaniu takich zjawisk są za to spójne z ujęciem religijnym. Omawiana sytuacja jest więc doskonałym przykładem niewspółmierności ontologicznej i semantycznej.

ICD-10 nie podaje takiego rozumienia kategorii opętania, które pozwalałoby jednoznacznie i całkowicie oddzielić przypadki patologiczne od pozostałych. W praktyce psychiatrycznej sytuacja wygląda tak, że lekarze mogą stwierdzić brak skuteczności terapii. Na tej podstawie niekiedy decydują się na doradzenie pacjentowi skontaktowania się z egzorcystą.

*Piotr Bylica*

Dissociative disorder or demonic possession?  
Historical and methodological analysis of psychiatric  
view on problem of possession

**Abstract**

In my paper I present historical and methodological contexts in which psychiatric term of dissociative disorders was formulated. On this basis I analyze the relation between theological category of „demonic possession” and medical category of „trans and possession disorders” (F. 44.3) classified as dissociative [conversion] disorders (F. 44) in International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). I stress the role of methodological naturalism in contemporary science including application of naturalism in psychiatric understanding of „trans and possession”. Because of supernaturalistic framework of theology and naturalistic paradigm of psychiatry they occur to be two incommensurable perspectives according to their ontology and semantics applied to explain the problematic question. I show two main problems of ICD-10 definition and classification of „trans and possession disorders” category: 1) dependence of the diagnosis on the cultural context, and 2) problem of inconsistency of the definition, which excludes from the problematic category cases that are connected to religious context.

Słowa kluczowe: zaburzenia dysocjacyjne, opętanie, supernaturalizm, religia  
Keywords: dissociative disorders, demonic possession, supernaturalism, religion