

Paweł Zagożdżon

ZETKNIĘCIE DWÓCH PARADYGMATÓW – RELIGIJNY PSYCHIATRA

STRESZCZENIE

Różnica pomiędzy psychiatrią a religią jest dość wąska. Wierzenia dotyczące przyczyny choroby czy nawet urojenia na tle religijnym są częstym elementem obrazu choroby. Mimo narastającej świadomości znaczenia duchowości w prowadzeniu leczenia pacjentów psychiatrycznych historyczne napięcie między religią a psychiatrią nie zawsze pozwala na uwzględnienie religii w praktyce. Gdzie kończy się granica naukowego paradygmatu w psychiatrii w kontekście problematyki religijnej? Czy religijny psychiatra powinien nakłaniać swoich pacjentów do swoich przekonań religijnych? Kiedy duchowy dylemat należy analizować z perspektywy psychopatologii? Religijny psychiatra stara się rozumieć doświadczenia religijne swoich pacjentów, gdyż dzięki takiej postawie uzyskuje osobisty wgląd w to, czego doświadcza pacjent bez konieczności zastosowania specjalistycznej wiedzy medycznej. Dane o związkach między religią a zdrowiem pokazują, że korzystniej jest uwzględniać problematykę religijną w podejściu terapeutycznym w kontekście chorób afektywnych i uzależnień, lecz nie w zaburzeniach psychotycznych.

Słowa kluczowe: psychiatria, choroba psychiczna, wierzenia religijne, religijny psychiatra.

CHOROBA PSYCHICZNA – DEFINICJA

Istnienie choroby psychicznej poddawane jest w wątpliwość (Szasz, 1960). Niemniej jednak problemy psychiczne stanowią istotną, a nawet przeważającą część problemów zdrowotnych, z powodu których ludzie zgłaszają się do lekarza (Wittchen, 2011). Próby zdefiniowania choroby psychicznej podejmowane są regularnie. Ostatnie wydanie *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* podaje następującą definicję:

„Choroba psychiczna to zespół objawów charakteryzujących się istotnymi zakłóceniami w zakresie indywidualnych zdolności poznawczych, kontroli emocji lub zachowania, które są odzwierciedleniem zaburzeń mechanizmów psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych leżących u podłoża procesów związanych z psychiką. Choroby psychiczne zazwyczaj są związane

z istotnym zaburzeniem (dystresem) w funkcjonowaniu w sferze społecznej, zawodowej oraz w innych ważnych dla jednostki obszarach. Oczekiwane lub akceptowalne społecznie zachowania jako reakcja na powszechnie występujące przeciwności lub stratę, np. taką jak śmierć bliskiej osoby, nie jest chorobą psychiczną. Odchylenia od powszechnie występujących w społeczeństwie zachowań (w sferze politycznej, religijnej lub seksualnej) oraz konflikty między jednostką a społeczeństwem nie są chorobą psychiczną o ile odchylenie lub konflikt nie są związane z zaburzeniami opisanymi j.w.” (DSM-V, s. 20).

Kryterium choroby psychicznej jako pogorszonego funkcjonowania nie do końca wpisuje się w całe spektrum stanów, którymi zajmuje się psychiatria. Psychiatria oparta tylko o paradygmat biologiczny nie daje pełnego wyjaśnienia przyczyn zaburzeń ani satysfakcjonujących modeli choroby psychicznej. (Zachar, 2000). W klasycznym artykule na temat tego, czym jest choroba psychiczna, Boors podał trzy kryteria rozróżniające zaburzenie (disease – odchylenie od medycznie określonego stanu prawidłowego) od choroby (illness) jako stanu powodującego istotne cierpienie. Pierwszym kryterium jest uznanie stanu związanego z chorobą za niepożądany dla osoby chorej. Drugie kryterium stanowi, że choroba jest powodem do wdrożenia specyficznego leczenia. Trzecim kryterium jest uznanie stanu chorobowego za wystarczające wytłumaczenie zachowania zwykle uznawanego za nieprawidłowe lub karalne (Boorse, 1975). Trudności w definiowaniu choroby psychicznej powodują, że badacze próbują poszerzyć jej rozumienie uwzględniając również perspektywę fenomenologiczną poprzez pokreślenie znaczenia tego, jak choroba psychiczna jest doświadczana przez pacjenta (Kapusta, 2003).

RELIGIA W KONTEKŚCIE CHOROBY PSYCHICZNEJ

Trudności w uznaniu zaburzenia za „prawdziwą” chorobę psychiczną narastają, gdy w obrazie klinicznym pojawiają się objawy psychopatologiczne występujące w specyficznym kontekście kulturowym lub religijnym. Kiedy starsza osoba w żałobie mówi o tym, że bliski zmarły czuwa nad nią i ona sama wyczuwa jej obecność, to takie oświadczenie nie musi świadczyć o załamaniu zdrowia psychicznego, a jest jedynie o zagubieniu po stracie i nadziei na to, że śmierć nie jest dla człowieka końcem wszystkiego. Nadziei, która jest początkiem myślenia religijnego i wiary w istnienie świata niewidzialnego. Co jednak, kiedy kleryk zostaje skierowany na konsultację przez przełożonych z powodu tego, że pisze listy do biskupa, w których wyznaje, że słyszy głos Jezusa objawiającego mu prawdziwe znaczenie przekazu biblijnego i kwestionuje oficjalną doktrynę Kościoła katolickiego? Czy uznamy, że taki stan jest dla niego niepożądany i będzie usprawiedliwieniem dla zuchwiałych prób kontaktu z dostojnikami swego Kościoła? Jednym z więk-

szych wyzwań w praktyce psychiatrycznej jest ocena religijnych uwarunkowań stanu psychicznego. Zasadniczym elementem takiej oceny jest ustalenie kulturowej adekwatności wierzeń i przekonań religijnych. Wierzenia religijne mogą się wpisywać w urojenia będące częścią psychotycznego aspektu choroby psychicznej. Urojenia na tle religijnym są częstym elementem obrazu choroby. Mają związek z wierzeniami religijnymi pacjenta i mogą do pewnego stopnia być pomocne w radzeniu sobie z negatywnymi doświadczeniami życiowymi. Część pacjentów doświadcza omamów słuchowych i interpretować je na podstawie religijnych wierzeń. Osoby religijne mogą zbudować odrębny zespół urojeń, który służy radzeniu sobie z dyskomfortem wynikającym z obecności halucynacji. Część zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych może mieć tło ściśle związane z treściami religijnymi. Uczucie nieczystości czy uporczywie nawracające myśli o byciu skażonym może być uwarunkowane wierzeniami religijnymi. W samej depresji mogą się pojawić urojenia grzeszności i poczucie winy będące konsekwencją specyficznie rozumianego kanonu praw religijnych. Brak poczucia celu czy uczucie pustki bywa skojarzone z rozczarowaniem religijnym i niespełnieniem oczekiwań związanych z wierzeniami religijnymi.

FAŁSZYWE WIERZENIA A UROJENIA

Nie dysponujemy ścisłymi kryteriami kulturowo adekwatnych wierzeń czy zachowań religijnych. To do psychiatri należy ocena spójności prezentowanych przez pacjenta poglądów o charakterze religijnym i ich adekwatności w kontekście problemu, z którym się zgłasza. Rozróżnienie urojenia od fałszywego przekonania bywa dużym wyzwaniem. Jeśli znajomy ortopeda jest przekonany o tym, że po drugiej, niewidzialnej stronie Księżycy kosmici mają swoje bazy i mocarstwa światowe utrzymują to w tajemnicy, to być może opiera swoje przekonanie na dowodach, które większość ludzi uznałoby za wątpliwą. Urojenie, również o charakterze religijnym, jest niewrażliwe na dowody mu zaprzeczające. Przekonania i wierzenia pozostają w związku z innymi poglądami podmiotu (stanami intencjonalnymi), są wrażliwe na dostępne dowody empiryczne i wpływają na zachowanie podmiotu wyznającego dane przekonanie (Bortolotti, 2010, 12). Można zatem uznać, że u osoby, która kieruje się w swoim postępowaniu zasadami wyznawanej religii, nie bylibyśmy skłonni rozpoznawać urojeń. Dotyczy to w szczególności zachowań wymagających wyborów o charakterze moralnym. W tej sferze można zauważyć dość ścisły związek między zdrowiem psychicznym a nawet fizycznym. Osoby religijne rzadziej się rozwodzą, są bardziej aktywne fizycznie, doświadczają więcej wsparcia społecznego, są nastawione bardziej optymistycznie, częściej dostrzegają sens życia oraz mają większe wewnętrzne poczucie kontroli (Levin, 1996). Zgodność pomiędzy deklarowanymi celami

a zdolnością do podjęcia się ich realizacji jest jednym z dodatkowych kryteriów zdrowia psychicznego.

Wierzenia religijne charakteryzują się tym, że przystają do kulturowo utrwalonego wzorca zasad czy idei, z którymi utożsamia się pewna grupa wierzących. Psychiatrzy są grupą specjalistów o największym odsetku niewierzących wśród lekarzy (Curlin, 2007). Wierzący lekarze rzadziej kierują swoich pacjentów z problemami psychicznymi do psychiatry. Niewierzący psychiatra uznaje wierzenia religijne swoich pacjentów za przekonania fałszywe i jest bardziej skłonny do uznawania wierzeń religijnych swych pacjentów za urojenia. Natomiast wierzący psychiatra może być bardziej empatyczny w podejściu do pacjentów, dla których kwestie religijne są ważne czy też stają się problematyczne w pogorszonym stanie psychicznym (Pawlikowski, 2012). Wierzący psychiatra może rozróżniać dodatkowo prawdziwe wierzenia religijne od fałszywych przekonań i rzadziej może traktować pacjenta jako psychotycznego, kiedy ten twierdzi, że „kierował nim Duch Święty”. Postawa wierzącego psychiatry może się istotnie różnić w zależności od rodzaju denominacji, do której przynależy. Psychiatra chrześcijanin w swojej praktyce postawę może akceptować osoby, które zdały sobie sprawę z konsekwencji swoich nagannych z perspektywy moralnej wyborów czy czynów. Tacy psychiatrzy czasem mogą dokonywać oceny swoich pacjentów z pozycji wyznawanej doktryny. Bycie współczującym, wierzącym psychiatrą może nakładać na niego nakaz odłożenia swoich religijnych poglądów na bok, porzucenia na pewien czas roli wyznawcy głoszącego „dobrą nowinę” o zbawieniu i odstąpienia od dokonywania moralnego czy jakiegokolwiek innego osądu postępowania pacjenta w procesie terapeutycznym. Wierzący psychiatrzy nie zawsze się zgadzają co do wymagań, jakie może w tym zakresie stawiać wobec nich doktryna i większość z nich nie zaleca promowania własnych światopoglądów (Anderson, 1987). Wierzący psychiatra musi być ostrożny eksplorując graniczne rejony obszarów wyznaczonych przez paradygmat modelu biomedycznego choroby psychicznej i paradygmat religijny opisujący chorobę psychiczną jako zagubienie człowieka w świecie wartości niematerialnych.

FENOMENOLOGIA RELIGII

Religijność obejmuje pewne fenomenologiczne zjawiska związane ze świadomością. Inaczej niż biologicznie ujęta psychiatria, fenomenologia nie zajmuje się psychofizyczną analizą konstytucji człowieka ani empirycznymi badaniami nad świadomością, lecz stara się zrozumieć to, co ze swej istoty i co do zasady charakteryzuje spostrzeżenia, sądy, uczucia itp. (Gallagher, 2015, 12). Za Edmundem Husserlem można powiedzieć, że fenomenologia powinna rozważać jak rzeczy są doświadczane, aby zostały lepiej zrozumia-

ne. Sposób, w jaki doświadczane jest sacrum i jak kształtują się uczucia religijne, może warunkować dynamikę radzenia sobie ze stresem czy stratą. Sama zdolność do przyznania, że może istnieć rzeczywistość, której nie widzimy, ale przeczuwamy jej istnienie, jest początkiem, a może nawet, istotą doświadczenia religijnego. Odpowiedź na pytanie dotyczące doświadczenia religijnego sytuuje pacjenta w określonym kontekście wobec doświadczanej rzeczywistości. Brak zdolności do doświadczenia religijnego albo negowanie rzeczywistości sacrum może wskazywać na poleganie tylko na własnych zasobach, zdolnościach i realistycznym podejściu do problemów życiowych. Z kolei bezustanna dominacja myślenia religijnego w doświadczaniu rzeczywistości może wskazywać na brak samodzielności i do pewnego stopnia bezradność w obliczu codziennych trudności. Takie myślenie może być obsesyjne albo urojeniowe.

Czy istnieje zdrowe, a może ryzykowniej, prawidłowe, doświadczenie religijne? Zapewne nie, tak samo jak różna jest wrażliwość, temperament, impulsywność itd. Zdolność psychiatry do wyobrażenia sobie odczuć o charakterze religijnym doświadczanych przez pacjenta będzie równie ważna jak zdolność do rozumienia innych objawów zgłaszanych przez pacjenta. Czy takie zrozumienie jest lepsze u psychiatry religijnego czy niereligijnego? Wyobraźmy sobie, że pacjent opisuje u siebie objaw derealizacji lub depersonalizacji polegający na tym, że ma poczucie jakby otaczający go świat był w pewien sposób zmieniony, nierealny, oddalony a on sam wyizolowany z rzeczywistości, którą odczuwa inaczej niż zwykle. Objaw ten opisywany jest czasem jako uczucie snu na jawie, wrażenie braku spójności z otoczeniem, braku poczucia czasu, odczucie nierealności, bądź sztuczności świata, czemu towarzyszą różne myśli egzystencjalne dotyczące świata, istnienia itp. Czy taki objaw nie jest namiastką doświadczenia mistycznego? Przynajmniej w tym sensie, w jakim widział to William James w swoim dziele *Doświadczenia religijne*, gdzie wyróżnił następujące kryteria wyodrębniające doświadczenie religijne: niewyraźność, krótkotrwałość, bierność osoby doświadczającej, uzyskanie przez tę osobę nowej wiedzy.

Kluczową różnicą między doświadczeniem mistycznym a derealizacją/depersonalizacją jest to, że to drugie, podobnie jak zaburzenia dysocjacyjne, jest doświadczeniem niepożądanym, może powodować dyskomfort i być przeszkodą w normalnym funkcjonowaniu. Uważa się, że stany dysocjacyjne są nieświadomym mechanizmem obronnym związanym z trudnymi do zaakceptowania i niekorzystnymi doświadczeniami z przeszłości. Z kolei doświadczenie religijne, takie jak udział w praktykach religijnych czy modlitwa, jest stanem, nad którym ma się kontrolę – jeśli pominiemy pewne prowokowane w niektórych denominacjach czy kulturach pierwotnych takie stany jak trans czy opętanie. Modlitwa, sprzyja wyciszeniu, uspokojeniu i zmniejsza niepewność co do przyszłości. Zatem zdolność do doświadczenia religijnego i uprawianie praktyk religijnych może być służyć

oczyszczaniu i służyć uporządkowaniu umysłu. W związku z tym psychiatra może nawet zalecać udział w praktykach religijnych (Verhagen, 2010). Religia jest źródłem nadziei, po którą można sięgnąć w depresji, nawet „wbrew rozumowi”, w granicznych sytuacjach wyczerpania wszelkich zasobów. Jest ona też oczekiwaniem cudu w warunkach, kiedy prawdopodobieństwo pożądanego zdarzenia jest bliskie zeru. Również wtedy, kiedy w widzialnej rzeczywistości, w świadomości nadchodzącego końca życia, swojego lub bliskich, nie ma szans na zmianę losu. Wówczas nadzieja przenosi się do świata niewidzialnego postulowanego przez religię. Praca Harolda G. Koeniga, jedna z częściej cytowanych prac dotyczących roli religii w psychiatrii, pokazuje, że osoby bardziej zaangażowane religijnie szybciej uzyskują remisję po incydencie depresyjnym (Koenig, 1998). Symptomy i nasilenie depresji są odwrotnie skorelowane z: częstością udziału w nabożeństwach, częstotliwością modlitwy, znaczeniem nadawanym wyznawanym wartościom.

Podnosi się czasem zarzut, że w tego rodzaju obserwacji może istnieć znane w epidemiologii zjawisko tzw. odwróconej przyczynowości polegające w tym przypadku na tym, że osoby o mniej wyrażonych objawach depresji są w stanie podejmować taką aktywność jak uczestnictwo w praktykach religijnych (Maselko, 2012). Jednak na podstawie badań dotyczących związków między religijnością a zdrowiem psychicznym, mających charakter kohortowy („podłużny”), twierdzi się, że zaangażowanie religijne w różnych populacjach, niezależnie od wieku, rasy i statusu społeczno-ekonomicznego, pozwala na lepsze radzenie sobie ze stresem, zwiększa odporność na zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe czy uzależnienie od substancji psychoaktywnych (Koenig, 2009). Właściwe rozumienie przekazu o treści religijnej jest predyktorem lepszego stanu zdrowia a nawet długości życia. W jednym z badań pytano uczestników, czy w ich myśleniu o religii obecne są takie przekonania i wątki jak: poczucie bycia opuszczonym przez Boga, poczucie kary za brak oddania się Bogu, dociekanie za jakie winy Bóg mnie karze, powątpiewanie w miłość Boga, poczucie bycia porzuconym przez wspólnotę kościoła itp. Każdej ze wskazanych powyżej odpowiedzi w kwestionariuszu przyznano punktację od 0 do 3. Na każdy wzrost łącznej punktacji o jeden punkt stwierdzono statystycznie istotne zwiększenie ryzyka zgonu o 6% (Pargament, 2001).

W każdym z wymienionych przekonań można doszukać się urojeniowego nastawienia. Urojeniowo zmienione myślenie religijne jest wskaźnikiem nie tylko pogorszonego stanu zdrowia psychicznego, ale również niekorzystnie wpływa na ryzyko zgonu! Elementami przekonań religijnych, które mogą mieć korzystny wpływ na zdrowie psychiczne, są m.in. wiara w przebaczenie, wiara w to, że Bóg wysłuchuje modlitw, świat nie jest chaosem, bo wszechmocny Bóg wpływa na losy świata i ludzi a także przekonanie, że Bóg oczekuje od ludzi postawy życiowej opartej na empatii i altruizmie, a śmierć nie musi być ostatecznym końcem.

KONFRONTACJE

Religijny psychiatra nie jest w stanie uniknąć wartościowania czy nawet diagnozowania zaburzeń psychicznych w oparciu o swe wyznawane wartości. Dla wielu krytyków psychiatrii diagnozowanie choroby psychicznej przy zastosowaniu kryteriów z obszaru etyki świadczy o jej słabości jako dyscypliny medycznej czy też aspirującej do funkcjonowania w oparciu o zasady naukowe, ale właśnie z tego powodu psychiatra obarczony jest szczególną odpowiedzialnością etyczną (Sadler, 1993). Osoba z narcystycznym zaburzeniem osobowości ma poczucie posiadania specjalnych uprawnień, tzn. bezpodstawnie oczekuje szczególnie przychylnego traktowania lub automatycznego podporządkowania się innym jej oczekiwaniom i jest dla większości ludzi zdolnych do empatii swego rodzaju osobliwością. W takiej diagnozie nie ma żadnego biologicznego kryterium. Takie osoby często są przekonane o własnej wyjątkowości, są patologicznymi kłamcami i mimo to, a może dzięki temu, osiągają sukcesy w swoich środowiskach. Lekceważą i nie rozumieją poglądów o charakterze religijnym.

Wierzący w Biblię psychiatra musi być ostrożny, kiedy pacjent opowiada o wpływie, jaki ma niego „Duch Święty” bądź też wtedy kiedy opowiada o wpływie diabła na jego życie. Religijny psychiatra ma niewiele narzędzi, aby odróżnić objaw psychopatologiczny od szczególnie nasilonej postawy religijnej. Bywa w ambiwalentnej sytuacji, kiedy jednocześnie musi respektować paradygmat psychiatryczny i paradygmat religijny, ale ostatecznie w konfrontacji z pacjentem w psychozie wybiera paradygmat naukowy i podejmuje działanie służące w jego opinii dobru chorego. Taki psychiatra ma niekiedy niedosyt poznawczy i nie jest pewien, czy relacja pacjenta o tym np., że wstąpiła w niego moc („wstępowała od stóp i przechodziła coraz wyżej”), która go zmusiła do zabicia matki, nie miała nic wspólnego z religią. Próba wyobrażenia sobie takiego stanu, w którym obca siła przejmuje kierowanie naszą wolą i ciałem, może skończyć się niepowodzeniem. Pewność, z jaką osoba z „urojeniem owładnięcia” twierdzi, że np. była pod wpływem Szatana wprawia badającego psychiatrę w zakłopotanie. Współczujący i starający się rozumieć pacjenta psychiatra dochodzi do granicy, za którą kończy się zdolność wyobrażenia sobie takiego stanu.

Zapewne większość psychiatrów nigdy nie czuła, że kieruje nimi obca moc. Podobnie większość psychiatrów nie chciałaby się pozbawić życia. Ta ograniczona zdolność do wyobrażenia sobie stanów umysłu osób w psychozie sprzyja uznaniu takich stanów za patologiczne i kwalifikujące się do leczenia.

Z podobnym ograniczeniem poznawczym możemy mieć do czynienia przy próbie wyobrażenia sobie, na czym polega wizja prorocza lub relacja mocno uduchowionej osoby o tym, że słyszy głos Boga. Wierzący w autentyczność Biblii psychiatra nie odmawia prawdopodobieństwa twierdzeniu, że

odczuwanie sacrum czy też kontakt bóstwa z człowiekiem może odbywać się w sposób bardziej bezpośredni (np. komunikat wyrażony w słowach, które słyszy się jako głos Boga) i może być rzeczywistym a nie urojonym doznaniem. Dylemat tego rodzaju jeszcze bardziej się unaocznia przy okazji prób zrozumienia tego, co odczuwał Jezus z Nazaretu, osoba historyczna, a dla wierzących chrześcijan jednocześnie Bóg (Holmen, 2007). W przeciwieństwie do psychologizowania krytyków przekazu biblijnego w drugiej połowie XIX wieku Albert Schweitzer w swym głośnym dziele *Ocena psychiatryczna Jezusa* twierdził, że Jezus z Nazaretu był zupełnie zdrowy na umyśle i funkcjonował w środowisku o mocno wyrażonych nastrojach mesjanistycznych i apokaliptycznych (Schweitzer, 1913). Wszyscy autorzy biblijni byli przekonani o wyjątkowości Jezusa. Aktywność Jezusa z Nazaretu była religijna, ponieważ miała wymiar także nadnaturalny. Konsekwentny wyznawca (badacz?) Jezusa z Nazaretu musi również wziąć pod rozwagę fakt, że ten mówił o rzeczywistości niewidzialnej, o demonach jako o rzeczywistych bytach ingerujących w życie ludzi.

Ten rodzaj konsekwencji znalazł swój wyraz w dziele Rene Girarda – intrygującej i oryginalnej antropologicznej interpretacji opowieści biblijnych, jaką jest. W książce *Rzeczy ukryte od założenia świata* Girard omawia mechanizmy pożądania, zazdrości, kłamstwa, przemocy, ofiary i szczególnej roli, jaką w nich spełniał Szatan (Girard, 1978). Psychiatra świadomy konsekwencji psychologicznych wynikających z kulturowych interpretacji mitów i Biblii nie musi sprowadzać oceny wątków religijnych obecnych w myśleniu pacjenta do psychopatologii. Jednocześnie nie obawiający się ryzyka badacze i psychiatrzy podejmują próby naukowego, neurobiologicznego objaśnienia fenomenów z pogranicza doświadczenia religijnego i mistycznego. Proponują oni modele uwzględniające zróżnicowaną aktywność neuroprzekazników ważnych w etiopatogenezie zaburzeń psychiatrycznych (Krippner, 2010).

PROFILAKTYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I EPIDEMIOLOGIA

Zidentyfikowano wiele czynników pomagających w utrzymaniu zdrowia psychicznego, z których większość to przyrodzone zdolności (np. bezpieczne zachowania matki w czasie ciąży), umiejętności nabyte w rodzinie (wczesna stymulacja kognitywna) czy też w drodze osobistego rozwoju (umiejętność adaptacji i radzenia sobie z przeciwnościami) (Saxena, 2006). Nie ma powodów, aby nie oceniać wpływu religijności na zdrowie psychiczne (Van Ness, 2003). Jak wspomniano wcześniej, porównywanie stanu zdrowia osób religijnych i niereligijnych wskazuje na to, że więcej czynników ryzyka zachorowania i częściej chorują osoby niereligijne. Kierując się zatem kryterium szkodliwej dysfunkcji biologicznej jako kryterium obecności zaburzenia

(nieprawidłowości) „bardziej zdrowa” jest religijność. Kryterium szkodliwej dysfunkcji zostało zaproponowane przez amerykańskiego filozofa Jerome’a Wakefielda w celu uniknięcia definiowania chorób w sposób nacechowany wartościowaniem, co w kontekście zaburzeń psychicznych było szczególnie pożądane (Wakefield, 1992). Szkodliwą dysfunkcją jest stan, w wyniku którego organizm nie może funkcjonować zgodnie z pierwotnie założonym biologicznym schematem. Wyrazem tej pogorszonej funkcjonalności może być większe ryzyko pewnych chorób, a co za tym idzie większa umieralność. W oparciu o liczne obserwacje epidemiologiczne stwierdzono, że umieralność osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (np. ze schizofrenią) w porównaniu do populacji bez takich zaburzeń jest 2–3 razy większa. Wynika to m.in. z większej zapadalności na choroby sercowo-naczyniowe i z większej częstości samobójstw (McGrath, 2008).

Wyzwaniem jednak zawsze pozostanie ocena tego, na czym polega religijność – sprzyjająca zdrowiu i wolna od psychopatologicznych objawów. W badaniach epidemiologicznych w ocenie religijności wykorzystuje się wiele skal. Mierzą one m.in. częstość udziału w zorganizowanych praktykach religijnych, osobistych praktykach takich jak modlitwa czy studiowanie Biblii. Dodatkowo mierzą tzw. wewnętrzny wymiar religijności tj. doświadczenie odczuwania boskiej obecności, usytuowanie wartości związanych z religią w codziennym życiu i w hierarchii wszystkich wartości (Koenig, 2011). Pewnym przybliżeniem tego, na czym polega „zdrowa” religijność, jest wyodrębnienie denominacji religijnych o najmniejszym ryzyku zachorowania i zgonu. Z metodologicznego punktu widzenia nie jest to zadanie łatwe, gdyż ocena taka jest wrażliwa na typowe błędy i zakłócenia, m.in., związane ze statusem ekonomicznym i wykształceniem, które silnie wpływają na ryzyko zgonu. Z pewnością także taka analiza byłaby politycznie mało poprawna. Niemniej jednak można zauważyć, że w obrębie denominacji chrześcijańskich konserwatywne ugrupowania protestanckie mają mniejszą umieralność niż członkowie Kościoła katolickiego czy prawosławnego (O’Reilly, 2008). Ugrupowaniem, które w szczególny sposób wyróżnia się niespotykaną długością życia, są członkowie Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, którzy szczególną wagę przykładają do spraw zdrowia czerpiąc zasady zdrowego żywienia wprost z Biblii (Jędrychowski, 1985). Rodzi się pytanie, czy psychiatrzy powinni poruszać zagadnienia związane z życiem duchowym i religijnym podczas procesów terapeutycznych. W ostatnich latach nastąpiła zmiana nastawienia środowisk naukowych do tego problemu. Część badaczy sugeruje, aby pytanie o problematykę religijną było rutynowym elementem badania psychiatrycznego. Liczne analizy wskazują, że interwencja terapeutyczna w oparciu o religię bywa skuteczniejsza w porównaniu do standardowego postępowania (Gonçalves, 2015). Lepsze efekty odnotowuje się w przypadku zaburzeń afektywnych i uzależnień (Koenig, 2015; Galanter, 2007). Wartości religijne mogą być w tych przypadkach źródłem poczucia celu i mo-

tywacji. Wyniki nie są jednoznaczne w przypadku zaburzenia psychotycznych, gdzie czasem dochodzi do pogorszenia stanu psychicznego i nasilenia urojeń w wyniku poruszania zagadnień związanych z religią (Borras, 2007).

Dystans, jaki dzieli paradygmat religijny i paradygmat medyczny, jest potrzebny psychiatrze do zachowania neutralności wobec wierzeń i przekonań religijnych pacjenta. To, w jaki sposób można wykorzystać zasoby związane z życiem duchowym pacjenta, pozostaje w bezpośrednim związku z umiejętnością nawiązywania więzi terapeutycznej przez psychiatrę i jego wycuciem tego, kiedy powinien być lekarzem zdolnym do leczenia zaburzeń natury organicznej, a kiedy mógłby stać się przewodnikiem duchowym. To dzięki temu psychiatria nie musi cierpieć kompleksu niepełnowartościowej gałęzi nauk przyrodniczych i nie potrzebuje być odmianą „neuronauki” służącej do opisanego mechaniki umysłu.

BIBLIOGRAFIA

- B. Anderson, *Should Adventists Psychiatrist Urge Their Patients to Become Christians*, Spectrum Magazine. t. 17, nr 3, 1987.
- I. G. Barbour, *Mity, modele, paradygmaty. Studium porównawcze nauk przyrodniczych i religii*, przeł. M. Krośniak, Znak, 1984.
- C. Boorse, *On the Distinction between Disease and Illness*, Philosophy and Public Affairs, 5 (1), 1975, S. 49–68.
- L. Borras, et. al., *Religious Beliefs in Schizophrenia: Their Relevance for Adherence to Treatment*. Schizophr Bull. 33 (5), 2007, 1238–46.
- L. Bortolotti, *Delusions and Other Irrational Beliefs*, Oxford University Press 2010.
- Y. Chida, A. Steptoe, L. H. Powell, *Religiosity/Spirituality and Mortality. A Systematic Quantitative Review*, Psychother Psychosom, 78, (2), 2009; S. 81–90.
- F. A. Curlin, et al., *The Relationship between Psychiatry and Religion among U.S. Physicians*, Psychiatr Serv., 58 (9), 2007, 1193–1198.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*, American Psychiatric Publishing, 2013, s. 20.
- S. Gallagher, D. Zahavi, *Fenomenologiczny umysł*, przeł. M. Pokropski. PWN, 2015, s. 12.
- M. Galanter, et al., *Assessment of Spirituality and Its Relevance to Addiction Treatment*, “J. Subst Abuse Treat”, 33 (3), 2007, s. 257–64.
- R. Girard, *Rzeczy ukryte od założenia świata*, przeł. M. Goszczyńska, Literatura Na Świecie, nr 12 (149), 1983, s. 74–182.
- J. P. Gonçalves, et al., *Religious and Spiritual Interventions in Mental Health Care: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials*, Psychol Med. 45 (14), 2015, s. 2937–49.
- T. Holmen (red.), *Jesus from Judaism to Christianity. Continuum Approaches to Historical Jesus*, T&T Clark 2007.
- W. Jedrychowski, B. Tobiasz-Adameczyk, A. Olma, Gradziliewicz P. *Survival Rates among Seventh-day Adventists Compared with the General Population of Poland*, Scandinavian Journal of Socialized Medicine, 13, 1985, s. 49–52.
- A. Kapusta, *Pojęcie choroby psychicznej w fenomenologicznej perspektywie*, Studia Metodologiczne, 30, 2013, s. 41–61.
- H. G. Koenig, *Handbook of Religion and Health*, OUP 2012.
- H. G. Koenig, et al., *Religious vs. Conventional Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Persons with Chronic Medical Illness: a Pilot Randomized Trial*, J. Nerv. Ment. Dis., 203 (4), 2015, s. 243–51.

- H. G. Koenig, *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: a Review*, The Canadian Journal of Psychiatry, 54, 2009, S. 283–291.
- H. G. Koenig, L. K. George, B. L. Peterson, *Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients*, Am. J. Psychiatry, 155 (4), 1998, s. 536–42.
- H. G. Koenig, *Spirituality and Health Research: Methods, Measurements, Statistics, and Resources*, Templeton Foundation Press 2011, s. 219–234.
- N. Krieger, *Commentary: Ways of Asking and Ways of Living: Reflections on the 50th Anniversary of Morris' Ever-useful Uses of Epidemiology*, Int. J. Epidemiol., 36 (6), 2007, s. 1173–80.
- S. Krippner, H. L. Friedman (red.), *Mysterious Minds: The Neurobiology of Psychics, Mediums, and Other Extraordinary People*, Praeger 2009.
- J. S. Levin, *How Religion Influences Morbidity and Health: Reflections on Natural History, Salutogenesis and Host Resistance*, Social Science Medicine, 43 (5), 1996, s. 849–864.
- J. Maselko, et al., *Religious Service Attendance and Major Depression: A Case of Reverse Causality?*, Am. J. Epidemiol., 175(6), 2012, s. 576–583.
- J. McGrath, S. Saha, D. Chant, J. Welham, *Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality*, Epidemiologic Reviews, 1, 30 (1), 2008, s. 67–76.
- D. O'Reilly, M. Rosato, *Religious Affiliation and Mortality in Northern Ireland: Beyond Catholic and Protestant*, Soc Sci Med., 66 (7), 2008, s. 1637–45.
- K. I. Pargament, et al., *Religious Struggle as a Predictor of Mortality among Medically Ill Elderly Patients: A 2-year Longitudinal Study*, Arch. Intern. Med., 13–27, 161(15), 2007, 1881–5.
- J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *Physicians' Religiosity and Attitudes towards Patients*, Ann. Agric. Environ. Med., 19, 3, 2007, s. 503–507.
- J. Pawlikowski, *Problemy metodologiczne w badaniach nad związkiem pomiędzy religijnością a zdrowiem*, Studia Metodologiczne, 30, 2013, s. 123–144.
- S. Saxena, E. Janne-Lopis, C. Hosman, *Prevention of Mental and Behavioural Disorders: Implications for Policy and Practice*, "World Psychiatry", 5 (1), 2006, 5–14.
- J. Z. Sadler, *Values and Psychiatric Diagnosis*, Oxford University Press 1993.
- A. Schweitzer, *The Psychiatric Study of Jesus: Exposition and Critique*, przeł. C. R. Joy, Boston 1948 (1913).
- T. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, American Psychologist, 15, 1960, 113–118.
- P. H. Van Ness, *Epidemiology and the Study of Religion*, Religion, 33, 2, 2003, s. 147–159.
- P. J. Verhagen, Ch. Cook, *Proposal for a World Psychiatric Association Consensus or Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry*, w: Religion and Psychiatry. Beyond Boundaries, Verhagen, P. J. et al. (red.). Chichester: Wiley-Blackwell 2010.
- J. C. Wakefield, *The Concept of Mental Disorder. On the Boundaries between Biological Facts and Social Values*, American Psychologist, 47, 3, 1992.
- Hu Wittchen, et al., *The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010*, Eur Neuropsychopharmacol, 21 (9), 2011, s. 655–79.
- P. Zachar, *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A Philosophical Analysis*, John Benjamins 2013.
- P. Zagożdżon, *Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych*, Pol. Merk. Lek., 191, 2012, 349–353.

THE RELATION BETWEEN TWO PARADIGMS – THE RELIGIOUS PSYCHIATRIST

ABSTRACT

The difference between psychiatry and religion is narrow. Religious and spiritual beliefs frequently are involved in the clinical picture. Despite recent changes in the attitudes of academic psychiatry towards religion the historic tensions between religion and psychiatry does not always allow to include religious spirituality in psychi-

atric practice. Researches show that psychiatrists are less religious than other physicians, and religious physicians are less willing than nonreligious physicians to refer patients to psychiatrists. The religious psychiatrist is in a difficult position. His own religious belief is confronted with religious beliefs of his patients and with the biomedical paradigm of mental illness in psychiatry. I analyse in this paper several questions. What are the boundaries of the scientific paradigm in psychiatry? What should be the role of evangelism in psychiatric treatment? Should psychiatrists urge their patients to become Christians? When the spiritual dilemma should be viewed from the psychopathological perspective Some epidemiologic studies showed that the involvement of religious beliefs in psychiatric treatment leads to better outcomes in patients with depression but not schizophrenia patients. The spiritual orientation is also an important aspect of the recovery in the addiction treatment.

Keywords: psychiatry, mental illness, religious beliefs, religious psychiatrist.

O AUTORZE — dr hab. med., Zakład Higieny i Epidemiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 80-211, Dębinki 7 (afiliacja).

E-mail: pzagoz@gumed.edu.pl