

Religia a chory na schizofrenię

Religion and the schizophrenic patient

KRZYSZTOF CZUMA, MAGDALENA PIEROŻEK-ŁAWNICZEK

Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Miejskiego nr 5 w Katowicach

STRESZCZENIE. *W oparciu o koncepcję zaburzeń poczucia tożsamości, traktowaną przez autorów jako kwestia zasadnicza dla procesu chorobowego określanego jako schizofrenia, przedstawiono opis zjawiska wzmożonej religijności u chorych z tą diagnozą. Podjęta została próba opisu roli i funkcji, jaką nadmierna religijność może pełnić w poszczególnych etapach rozwoju psychozy. Podkreślono możliwe znaczenie religijności chorych w procesie rehabilitacji.*

SUMMARY. *On the grounds of the concept of self-identity disorders, considered by the authors to be crucial for the pathological process named schizophrenia, the phenomenon of over-religiosity in schizophrenic patients was described. An attempt was made to analyse the role of possible functions of over-religiousness in various stages of this psychosis development. The potential significance of the patients' religiousness for the process of his rehabilitation was emphasized.*

Słowa kluczowe: religijność / schizofrenia

Key words: religiousness / schizophrenia

Poszukując nowej, ogólnej koncepcji rehabilitacji chorych na schizofrenię, za jedno z kluczowych zadań tego procesu uznaliśmy *przewyciężenie kryzysu poczucia tożsamości spowodowanego przez chorobę (4)*.

Tożsamość pacjentów schizofrenicznych zagrożona jest tak z przyczyn wynikających z istoty psychozy, jak i związanych z uwarunkowaniami społecznymi. Te pierwsze wiążą się z występowaniem określonych objawów psychopatologicznych (np. urojenia owładnięcia, odślonięcia, oddziaływania, pseudohalucynacja itp.) powodujących znikanie odrębności, ciągłości i wewnętrznej spójności "ja". Proces ten pogłębiony jest specyficzną i swoistą postawą chorych wyrażającą się wycofaniem z kontaktów interpersonalnych, brakiem otwartości na bodźce płynące z zewnątrz, pasywnością i obojętnością wobec problemów otaczającej rzeczywistości (autyzm). Nakłada się na to niejednoznaczność komunikatów i sygnałów płynących ze środowiska społecznego, które czasami wy-

rażają lęk, zaskoczenie, innym razem brak zrozumienia i akceptacji (11). W tym stanie rzeczy niemożliwe staje się określające siebie udzielanie odpowiedzi na tak zasadnicze pytania, jak: kim jestem?, z kim się utożsamiam? A także rozstrzygnięcie podstawowego dylematu: jestem chory czy zdrowy?

Przyglądając się wysiłkom podejmowanym przez chorych, które zawierają niewątpliwą intencję rekonstrukcji struktury własnego "ja", zwróciliśmy uwagę na szczególne zainteresowanie tych pacjentów sprawami wiary oraz dość częstą zmianę form ich aktywności religijnej. Mowa tu np. o zachowaniu pewnej proporcji w przeżywaniu świata - religia przestaje być jego częścią, naturalną składową rozwoju duchowego, stając się celem samym w sobie. Niejednokrotnie skłania to psychiatrów do przypisywania takiej postawie jakości objawu psychopatologicznego. Czy słusznie? W kontekście poniższych rozważań stanowisko to nie zawsze wydaje się być uzasadnione. Zwłaszcza, że sam fenomen nie jest jednorod-

ny i jak zamierzamy udowodniać, w zależności od fazy choroby może pełnić różne funkcje. To, co często nazywamy nadmierną religijnością bywa bowiem objawem prodromalnym psychozy, ale też, co szczególnie chcemy podkreślić, przejawem dążenia ku zdrowieniu, przez które rozumiemy podjęcie próby kontynuacji rozwoju osobistego przerwane lub zregresjonowanego przez chorobę.

Niejednorodność omawianego zjawiska pociąga za sobą duże *niejasności terminologiczne*. Określenie "nadmierna religijność" sugeruje przekroczenie pewnej normy i pośrednio patologię. W języku polskim brak właściwie dobrego określenia dla gorliwego wypełniania praktyk religijnych i żarliwej, choć czasami przesadnej pobożności. Słowa: religianstwo i dewocja niosą ze sobą sąd wartościujący - zwracają uwagę na przesadę, manifestacyjność i powierzchowność w spełnianiu praktyk religijnych, podczas gdy chorych na schizofrenię cechuje tu zazwyczaj prawdziwe zaangażowanie i duża autentyczność.

W piśmiennictwie anglojęzycznym spotkać można dwa rodzaje określeń stosowanych wobec omawianej problematyki: "*an abuse of religion*" - nadużywanie religii pojmowane jako sposób ucieczki od prawdy o sobie oraz "*hyperreligiosity*" (3). To drugie "nadreligijność" - najbliższe istocie omawianych spraw, używane jest jednak w znaczeniu nadrzędności objawu (tj. urojeń o treści religijnej) wobec rozmaitych zaburzeń psychicznych, co miało by być dowodem na ich wspólną etiologię (8).

W toku niniejszych rozważań pozostaniemy przy określeniu "nadmierna religijność" mając jednak poczucie, że nie w pełni oddaje ono istotę zagadnienia.

W piśmiennictwie brak danych statystycznie określających *zasięg omawianego zjawiska*. Ocena częstotliwości nadmiernej religijności u pacjentów zależy od tego czy jest ona postrzegana jako jeden z fenomenów występujących w trakcie trwania choroby, czy też jako próba radzenia sobie z przeżywanymi zaburzeniami psychotycznymi. W drugim ujęciu, zainteresowanie sprawami religii jako pre-

ferowany sposób poszukiwania oparcia występuje np. wg badań Wciórki u 7% objętych analizą chorych (14). Z drugiej strony Kroll i Sheehan w swoich badaniach stwierdzili, że u pacjentów przebywających w szpitalach psychiatrycznych, wskaźnik religijności pozostaje w zgodzie z krajowymi i lokalnymi wynikami badań społecznych (przy nieco niższych wynikach uzyskiwanych przez chorych z depresją i zaburzeniami lękowymi) (9). Transponując te wyniki na warunki polskie, zachowując pewną w tym ostrożność, można przyjąć, że 40-50% pacjentów ze schizofrenią przejawia mniej lub bardziej aktywne zainteresowanie sprawami religii - pokrywa się to z naszymi własnymi obserwacjami.

Jak widać problematyka ta angażuje znaczną liczbę chorych, naturalną kolejną rzeczą powinna więc być brana pod uwagę w *programach rehabilitacyjnych i psychoterapeutycznych*, które (podkreśla to wielu autorów) muszą uwzględniać tło kulturowe (5, 6, 10, 13). Niezależnie przecież od indywidualnych zapatrywań, żyjemy w Polsce pod przemożnym wpływem kultury chrześcijańskiej. Znajduje to swój wyraz w przyjmowaniu określonych postaw wobec życia, w myśleniu, działaniu, a także modeluje obraz zaburzeń psychotycznych (10).

W piśmiennictwie psychiatryczno-psychologicznym wiele już miejsca poświęcono roli religii (przede wszystkim w znaczeniu przeżyć religijnych) zarówno w procesie psychoterapii, jak i w życiu jednostki czy społeczeństwa w ogóle. Z klasycznych szkół psychologii głębi w największym stopniu na te sprawy zwróciła uwagę psychologia Junga, a obok niej kierunek prospektywno-chrześcijański Alfonsa Maedera, kierunek anagogiczny Herberta Silberera, psychoanaliza humanistyczna Ericha Fromma, logoterapia Viktora Frankla, psychoterapia antropologiczna V.E. von Gebsattela, kierunek personalistyczno-psychosomatyczny Viktora von Weizsackera (6). O żywym zainteresowaniu klinicznymi złożonościami psychoterapii pacjentów religijnych w ostatnich latach świadczą studia Meissera (1984), Brad-

forda (1984), Loringera (1984), Spera (1985) i Sterna (1985, 1987) (12). Stern w swojej pracy "Tożsamość i indywidualność nawróconego pacjenta" wskazuje na potrzebę rozróżnienia między rozwojem wierzeń religijnych jednostek, których ideologiczne zaangażowanie jest względnie stałe od wczesnego dzieciństwa, a rozwojem religijnym tych, którzy modyfikują wierzenia religijne w późniejszym życiu. W tej drugiej grupie wg Sterna modyfikacja ta może być manifestacją znaczącego kryzysu psychosocjalnego, a w niektórych sytuacjach, zwłaszcza w przypadku zaburzeń psychicznych, często nabiera charakteru i jakości objawu psychopatologicznego (12). Ujęcie Sterna nie różnicuje zwiększonej religijności w zależności od fazy choroby i pozostaje w zgodzie z powszechnie przyjętym sposobem rozumienia tego problemu. Należy jednak powtórzyć pytanie, czy rzeczywiście nadmierne zainteresowanie sprawami religii, jakie wykazuje część pacjentów z diagnozą schizofrenii zawsze świadczy o patologii. Wydaje się, że odpowiedź wymaga rozwarstwienia omawianego zjawiska i podjęcia próby przyjrzenia się funkcji, jaką może ono pełnić w poszczególnych fazach psychozy.

Nadmierna pobożność bywa czasem jedynym objawem wiastującym początek schizofrenii lub objawem prodromalnym nawrotu choroby, wyprzedzającym na kilka miesięcy, tygodni, czasami tylko dni, wystąpienie ostrego epizodu psychotycznego.

W tym okresie - "faza oczekiwania" wg prof. A.Kępińskiego - chory zaczyna inaczej patrzeć na siebie i to, co go otacza. Wiąże się to z dużym napięciem psychicznym, poczuciem tego, że coś musi nastąpić, przerwać uczucie niepewności (7). Nasilone zainteresowanie sprawami wiary będzie więc tu naturalną konsekwencją poszukiwania oparcia przez człowieka w sytuacji zagrożenia. Symbole religijne dają szansę i możliwość racjonalizacji tych wszystkich zmian (niejasnych, przeczuwanych), które zachodzą w pacjencie i jego życiu (2). Z psychologicznego punktu widzenia religia odnosi się zwłaszcza przeciw

do sytuacji maksymalnych trudności i napięć w życiu człowieka oraz afirmacji wiary w życie, często w obliczu tych trudności i napięć.

Wraz z rozwojem choroby przeczucie przedarza się stopniowo w pewność.

Dominującym uczuciem staje się groza, lęk, ekstaza. Chory zaczyna odczuwać potrzebę bliższego niż dotąd kontaktu z Bogiem, nie złagodzonego i mniej kontrolowanego jako przeżywanie. Wymaga to usunięcia pośrednictwa Kościoła. Katolicyzm z brakiem preferencji dla silnych emocji ("*Błogosławieni cisi...*") przestaje już wystarczać. Stąd odejście od rytuału i utartych symboli, angażowanie się w działalność sekt lub zmiana religii.

Droga do doskonałości się wiedzie w sekcie nie poprzez sakramenty, ale poprzez osobiste doświadczenie. Sekta nie wychowuje szerokich mas, a tylko grupuje, wyodrębnia ze społeczeństwa elity powołanych i jednoznacznie przeciwstawia ich światu (1). Te dwie jej cechy powodują, że staje się ona niezwykle atrakcyjna dla omawianej grupy chorych.

Jak pisał prof. A.Kępiński w fazie tego "*owładnięcia*" *pacjent odkrywa nowego siebie (...), jest prawdziwym sobą, bohaterski, sam przeciw całemu światu z przekonaniem o misji do spełnienia lub z poczuciem wyzwolenia od samego siebie*" (7).

Zainteresowanie sprawami wiary jest tu już wyraźnie chorobowe - religia przestaje być sposobem przystosowania się do przeżywanych doświadczeń - staje się celem samym w sobie. Pojawia się niewłaściwe używanie metafor religijnych, słowo zaczyna mieć moc sprawczą, zmienia się koncepcja obrazu Boga, czasami czuje się nim sam chory. W końcu jednak "burza ucisza się" (7). W "fazie adaptacji" objawy błędnej, pojawia się podwójna orientacja i zaburzenia sfery emocjonalnej. Pacjent znajduje się w niezwykle trudnej sytuacji psychologicznej i życiowej. Jego indywidualność zatracą się, zmniejsza się możliwość ekspresji, zaczyna dominować odcinanie od świata, który w porównaniu z przeżyty psychozą wydaje się często jałowy i pusty. Chory staje przed koniecznością zmie-

rzenia się z tym, czego doświadczył i z przyszłością, w którą wchodzi z piętnem chorego psychicznie. Religia nadaje sens jego cierpieniu, łagodzi lęk i poczucie bezradności, m. in. ze względu na powtarzający się charakter obrzędów, mocne oparcie w dogmatach i duży ładunek nadziei. Być może też dzięki niej udaje się czasami wypełniać "pustkę popsychoetyczną".

Ten często podświadomy wybór naturalnego systemu oparcia niejednokrotnie bywa interpretowany jako przejaw choroby, podczas gdy w istocie jest próbą odnalezienia samego siebie.

Budowanie własnej tożsamości wiąże się m. in. z tworzeniem systemu orientacji. Religia jest systemem normatywnym, pozwala na zorientowanie się w tym co dobre, a co złe. Ponadto życie zgodne z powszechnie przyjętym systemem wartości stanowi nobilitację społeczną człowieka depresjonowanego przez otoczenie ze względu na swoją przeszłość psychiatryczną. To pozwala mu także na zidentyfikowanie się i poczucie bycia pełnoprawnym członkiem wspólnoty religijnej. Nie dzieli ona ludzi (w kontekście swych celów) na chorych i zdrowych, co więcej, stawia chorego na przedystynowanym miejscu jako tego, który więcej cierpi.

Uczestniczenie w obrzędach religijnych stwarzających poczucie wspólnoty, mających moc jednoczącą może istotnie przyspieszyć resocjalizację pacjenta (1). Oczywiście kryje to też pewne niebezpieczeństwa w formie np. fikcji czy nadidentyfikacji mogących prowadzić do postaw posłanniczych lub patologicznej quasi-tożsamości z obiektem kultu (10).

Wskazuje to na konieczność wzajemnego uzupełniania się religii i psychoterapii w rehabilitacji chorych na schizofrenię, zwłaszcza o przewlekłym przebiegu.

PODSUMOWANIE

Nasilone, nadmierne zainteresowanie sprawami religii występujące względnie często u chorych na schizofrenię, nie jest zjawiskiem jednorodnym. Religia w zależności od fazy i

etapu choroby może pełnić różne funkcje i zadania - wychodzi naprzeciw oczekiwaniom i zapotrzebowaniom chorego, bywa sposobem redukcji lęku, metodą rozwiązywania napięć i czymś co wiąże go z ponadczasowym światem wartości. Wynika to zresztą z jej definicji. Sama choroba pozostaje nie bez wpływu na sposób przeżywania religii, powodując, że nabiera to czasami charakteru objawu psychopatologicznego.

Rozróżnienie pomiędzy tym, co w nadgorliwości religijnej jest przejawem tendencji do zdrowienia, a co patologii, wymaga dogłębnej analizy nie tylko stanu psychicznego pacjenta, ale także jego sytuacji życiowej, atmosfery domu rodzinnego itp.

Przedstawione rozważania inspirowane rozmowami z pacjentami leczonymi w naszym oddziale ujmują problem w sposób fenomenologiczny, unikając pokusy zbyt głębokich interpretacji. Religia traktowana jest tu jako zjawisko socjologiczne i psychologiczne - jesteśmy świadomi ograniczeń takiego założenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamski F. (red.): Socjologia religii. WAM, Kraków 1983.
2. Allport G.W.: Osobowość i religia. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1988.
3. Bamhouse R.T.: Psychodynamics of belief. CME Syllabus & Proceedings Summary. American Psychiatric Association, Washington 1993.
4. Czuma K., Ławniczek M., Przyłudzki J.: Poczucie tożsamości jako kluczowy problem resocjalizacji chorych na przewlekłą schizofrenię (praca w druku).
5. Greenberg D., Witztum E., Buchbinder J.T.: Mysticism and psychosis: the fate of Ben Zoma. Br. J. Med. Psychol. 1992, 65, 223-235.
6. Jung C.G.: Psychologia a religia. Książka i Wiedza, Warszawa 1970.
7. Kępiński A.: Schizofrenia. Sagitarius, Kraków 1992.
8. Kirk A.: Hyperreligiosity, Schizofrenia 1992: Poised for Change. Vancouver 1992.
9. Kroll J., Sheehan W.: Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. Am. J. Psychiatry 1989, 146, 67-72.
10. Rudin J.: Psychoterapia i religia. Solarium, Warszawa 1992.
11. Sokolik M.: Psychoanaliza i Ja. Kliniczna problematyka poczucia tożsamości. Jacek Santorski, Agencja Wydawnicza, Warszawa 1993.

12. Spero M.H.: Identity and individuality in the nouveau-religious patient: theoretical and clinical aspects. *Psychiatry* 1987, 50, 55-71.
13. Wciórka J.: Podstawowe założenia i rozwiązania we współczesnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1993, 2, 1-22.
14. Wciórka J.: Próby radzenia sobie przez chorych z przeżywanymi zaburzeniami schizofrenicznymi. *Psychiatr. Pol.* 1988, 3, 231-237.

*Adres: Dr Krzysztof Czuma, II Oddział Psychiatryczny Szpitala Miejskiego nr 5,
ul. Korczaka 27, 40-378 Katowice*