



Opętanie i egzorcyzm w świetle badań antropologicznych i neurologicznych

Stanisław Radoń

Wydział Nauk Społecznych

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Possession and exorcism in the light of anthropological and neurological research

Abstract

The aim of this study is to present the phenomena of possession and related exorcism rituals in the light of anthropological (analysis of the possessed people) and neurological research (systematic investigation of people with disorders that are similar to possession states such as epilepsy, dissociative identity disorder, meditation and mystical experiences). The research studies show that we have two different forms of possession: positive (controlled, enriching the life of the individual, i.e. shaman, exorcist) and negative (uncontrolled, diminishing the life of the individual). Women, male homosexuals, epilepsy patients, and people with dissociative identity disorder, heightened religiosity, experienced in meditation and with mystical experiences, are more likely to become possessed. The neurological mechanism which appears to be primarily responsible for spirit-possession phenomena is reduced asymmetry of brain activity (hemispheric synchronisation increases risk for possession). The implications for diagnosis and treatment of “possessed” people are presented (exorcists and deliverance ministers often succeed where psychiatry fails, but faith healers should be discouraged from exercising violent attempts at exorcism, because misconceptions such as possession by demons are still believed to be a cause of mental illness).

Keywords: Possession, Exorcism, Neurological Research

Słowa kluczowe: opętanie, egzorcyzm, badania neurologiczne

Ostatni papież, Jan Paweł II, Benedykt XVI i Franciszek, w swoich wypowiedziach często wspominali o szatanie i ostrzegali przed jego działaniem. Dnia 3 lipca 2014 roku papież Franciszek formalnie uznał *International Association of Exorcists*, grupę stanowiącą ponad 250 księży różnych denominacji z 30 krajów, którzy specjalizują

się w wypędzaniu demonów. Przewodniczący stowarzyszenia, ks. Francesco Bamente, stwierdził, że taka zmiana stanowiska Stolicy Apostolskiej wobec *International Association of Exorcists* napawa radością, ponieważ egzorcyzm stanowi formę miłosierdzia, która pomaga osobom cierpiącym.

Czy możliwe, że papieże mają rację i demony czasami mogą przejąć kontrolę nad zachowaniami swojej ofiary? Czy egzorcyci rzeczywiście dzielnie walczą przeciwko najpotężniejszym siłom zła, jakie tylko można sobie wyobrazić? Czy zjawisko opętania i egzorcyzmu może być wyjaśnione za pomocą terminów psychologicznych, bez konieczności postulowania istnienia bezcielesnych bytów? Czy tak zwane opętanie demoniczne to psychologiczny fenomen, czyli specyficzna forma psychozy lub innego zaburzenia psychicznego? Czy to jednak faktycznie dzieło szatana i niepodważalny dowód jego potęgi?

Szukając odpowiedzi na powyższe pytania, przyjęto wąskie rozumienie – zgodnie z obydwooma obowiązującymi systemami klasyfikacyjnymi zaburzeń psychicznych (ICD-10 i DSM-IV) – pojęcia opętania (transu). Według tych klasyfikacji opętanie (trans) stanowi odrębną jednostkę nozologiczną (ICD-10: zaburzenia transu i opętania to jeden z przejawów osobowości mnogiej – F44.3; DSM-IV: trans opętania to szczególny przypadek nieklasyfikowanego inaczej zaburzenia dysocjacyjnego – 300.15; DSM-V: kategoria opętania nie występuje). W podręcznikach przedstawione są kryteria diagnostyczne (opisowe), ale uznanie opętania za zaburzenie uzależniono od kontekstu kulturowego, w którym wystąpiły objawy.

Należy nadmienić, że niektórzy badacze¹ zwracają uwagę na słabą moc dystyngtywną obowiązujących obecnie kryteriów diagnostycznych dotyczących opętania i sugerują potrzebę jeszcze większego doprecyzowania tej jednostki. Proponują wprowadzenie nowego terminu nozologicznego – „doświadczenie opętania” (*experience of possession*) – i włączenie go do kategorii – istotnie zmodyfikowanej względem różnych symptomów (depersonalizacja, derealizacja, fuga, amnezja, trauma), dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (*dissociative identity disorder*).

Podobnie jak pojęcie opętania, tak pojęcie egzorcyzmu rozumiane jest tutaj wąsko (zgodnie z Kodeksem prawa kanonicznego kan. 1172 § 1 i 2 oraz zaleceń Rytuału Rzymskiego) jako tak zwany egzorcyzm wielki (uroczysty, publiczny), który jest odróżniany od egzorcyzmów prywatnych (modlitwy o uwolnienie, modlitwy wstawiennicze). W myśl tych dokumentów zastosowanie egzorcyzmu uwarunkowane jest – bezwzględnie – koniecznością przeprowadzenia wcześniejszej konsultacji psychiatrycznej i psychologicznej oraz uzyskania pozytywnej diagnozy (w obowiązujących podręcznikach klasyfikacyjnych zrezygnowano z negatywnych kategorii, na przykład nie pojawia się wyłącznie w przebiegu choroby psychicznej, nie podpada pod którąś z jednostek nozologicznych, nie jest wywołane użyciem środków psychoaktywnych).

¹ D. Spiegel et al., *Dissociative Disorders in DSM-V*, „Depression and Anxiety” 2011, nr 28, s. 824–852.

Opętanie jako zjawisko powszechne

Trzeba przyznać, że wartościowe badania dotyczące zjawiska opętania i egzorcyzmów są podejmowane bardzo rzadko. Na uwagę zasługują trzy ważne opracowania. Pierwsze, opublikowane w 1922 roku przez niemieckiego uczonego Traugotta Konstantina Oesterreicha², a przetłumaczone na język angielski w 1974 roku, to obszerna książka *Possession and exorcism among primitive races, in antiquity, the Middle Ages and modern Times*. Autor po raz pierwszy w historii przedstawia tu propozycję uznania opętania jako odrębną jednostkę nozologiczną (dotychczas opętanie sytuowano w obrębie różnych zaburzeń psychopatologicznych: nerwicy bądź hysterii). Ponadto jako jeden z pierwszych dokonuje wszechstronnego opisu (przedstawia udokumentowane przypadki opętań od czasów antycznych po współczesność) i analizy opętań pod względem psychologicznym (specyfika, struktura, typologia i dynamika doznań podczas stanów opętania).

Druga wartościowa publikacja dotycząca opętań to *The mind possessed: the cognition of spirit possession in an afro-brazilian religious tradition* Emmy Cohen³. Badaczka przedstawia zmiany dotyczące przypisywania znaczenia opętaniu oraz definiowania czynnika aktywności podczas stanów opętania. Wyniki analiz – prowadzone w paradygmacie kognitywistycznym oraz oparte na niereprezentatywnej próbie – prowadzą ją do wniosku, że ważną rolę w opętaniu odgrywa płeć (kobiety są bardziej podatne na opętania od mężczyzn, u kobiet można zauważyć tendencję do występowania opętań negatywnych, podczas gdy u mężczyzn – pozytywnych, na przykład szaman, czarownik, egzorcysta).

Trzecia to obszerna książka neurologa Patricka McNamary *Spirit Possession and Exorcism: History, Psychology, and Neurobiology*⁴, w której badacz – oprócz psychologicznej analizy przypadków opętania przedstawionych przez Oesterreicha i Cohen – podejmuje się próby opisu stanów opętania pod względem aktywności neurologicznej. Podkreśla, że nie są mu znane wyniki badań neurologicznych dotyczących osób w stanie opętania. Biorąc jednak pod uwagę podobieństwo funkcjonalne symptomatologii (szerokie kryterium rozumienia) opętania wobec innych zaburzeń (epilepsja, dysocjacyjne zaburzenie tożsamości, schizofrenia), dokonuje ostrożnej ekstrapolacji wyników badań dotyczących tych zaburzeń na opętanie.

Uwzględniając wyniki badań przeprowadzone przez wzmiankowanych badaczy, należy z całą stanowczością podkreślić, że wiara w możliwość opętania przez siły duchowe była i jest rozprzestrzeniona – w sensie historycznym i geograficznym – na całym świecie⁵. Mamy dane, aby sądzić, że wiara w duchy występowała już w gór-

² T.K. Oesterreich, *Possession and Exorcism among Primitive Races, in Antiquity, the Middle Ages and Modern Times*, New York 1974.

³ E. Cohen, *The Mind Possessed: the Cognition of Spirit Possession in an Afro-Brazilian Religious Tradition*, Oxford 2007.

⁴ P. McNamara, *Spirit Possession and Exorcism: History, Psychology, and Neurobiology*, Santa Barbara, Denver, Oxford 2011.

⁵ R.E. Guiley, *The Encyclopedia of Demons and Demonology*, New York 2009.

nym paleolicie⁶. Badania antropologiczne dotyczące kultur pierwotnych ujawniają występowanie przekonań w możliwość opętania w zdecydowanej większości grup⁷. Aż w 90% z nich (badania przeprowadzone na reprezentatywnej próbie 488 pierwotnych społeczności) występują oznaki istnienia zinstytucjonalizowanych form odmiennych stanów świadomości (stany transowe charakterystyczne dla nowszych kultur, na przykład amerykańskich, oraz trans opętaniowy występujący w starszych kulturach, choćby w Afryce, obszarze śródziemnomorskim czy Eurazji), które bezpośrednio lub pośrednio wiążą się z opętaniami⁸.

Co więcej, należy podkreślić, że nie tylko w ciągu wieków, ale i współcześnie jest wiele osób, które dobrowolnie i celowo poddają się różnym praktykom, aby zostać „opętanym”. Do tych zjawisk można zaliczyć „kanałowanie” (z ang. *channelling*, to jest podejmowanie prób komunikowania się z duchami zmarłych przez medium), szamanizm (poddawanie się transowi, aby być opętanym przez bogów, przodków czy dusze zwierząt) oraz hipnozę (stosowana zarówno w celach terapeutycznych, na przykład regresja do wczesnych stanów rozwojowych, oraz innych niż terapeutyczne, na przykład dobrowolne poddawanie się hipnozie w celu identyfikacji z celebrytami, zwierzętami czy innymi bytami).

Badania przeprowadzone współcześnie na próbie 1000 osób (Stany Zjednoczone), opublikowane przez YouGov (12.–13.09.2013)⁹ ujawniają, że 57% wierzy w diabła, a 51% dopuszcza możliwość opętania przez niego (kategorycznie nie wierzy w diabła 15%, a nie dopuszcza możliwości opętania 20% osób; wątpliwych jest 28% w obu przypadkach). Pod względem wiary w szatana i możliwości opętania nie ma istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami (kobiety żywią jedynie nieco silniejsze przekonanie).

Okazuje się, że nie ma też dużych różnic ze względu na przynależność religijną (wyróżniają się wyznawcy judaizmu, islamu i niezdeklarowani, wśród których wiarę w szatana deklaruje jedynie około 25% osób). Interesująca jest postawa wyznawców islamu, wśród których tylko 25% osób wierzy w istnienie szatana, a aż 49% dopuszcza możliwość opętania przez niego. Ponadto aż 60% badanych wyznawców islamu sądzi, że opętania są bardzo częste, ale równocześnie aż 60% z nich twierdzi, że egzorcyzmy nie są skuteczne.

Duże różnice pojawiają się ze względu na rasę. Zdecydowanie najbardziej przekonane o istnieniu i działaniu złych sił duchowych są osoby czarnoskóre (aż 72% wierzy w istnienie diabła, a 67% w możliwość opętania przez niego, podczas gdy średnia arytmetyczna wynosi 57%). W tym aspekcie nie ma zasadniczych różnic pod względem przeświadczenia o częstoci opętań (przeważa opinia, że opętania występują raczej okazjonalnie lub wręcz rzadko) ani skuteczności egzorcyzmów (ok. 50% osób badanych wierzy w ich skuteczność).

⁶ McNamara, *Spirit Possession...*

⁷ *Religion, Altered States of Consciousness and Social Change*, E. Bourguignon (ed.), Columbia 1973; E. Bourguignon, *Possession*, Long Grove 1991.

⁸ E. Bourguignon, *Religion...*, s. 10.

⁹ <http://yougov.co.uk/news/2013/09/27/18-brits-believe-possession-devil-and-half-america/> [dostęp: 25.03.2014].

Wyniki cytowanych badań sugerują, że opętanie jest zjawiskiem powszechnym, zarówno w sensie kulturowym, jak i diachronicznym. Ocena zjawisk opętania jest ponadto niezależna od płci oraz zasadniczo przynależności religijnej. Pewne różnice uwidaczniają się jedynie ze względu na przynależność rasową (osoby czarnoskóre są bardziej skłonne do wierzenia w istnienie i działanie sił duchowych).

Charakterystyka stanów opętania

Fenomenologicznie w subiektywnym doświadczeniu opętania – rozumianym jako odczucie bycia pod wpływem niepoddającej się kontroli obcej siły – dominują obsesyjne myśli intruzywne, które są odbierane jako niedobrowolne i egodystoniczne. Osoba opętana często skarży się na występowanie obcych myśli (nakazujących, oskarżających, dyskutujących), przerażających wyobrażeń, doznań i uczuć oraz częste pojawianie się nieakceptowalnych impulsów, a w konsekwencji podejmowanie niechcianych, destruktywnych zachowań, które interpretuje jako „nie własne”¹⁰.

Ważnym wnioskiem wynikającym z przeprowadzonych badań nad udokumentowanymi przypadkami opętań jest teza, że – jak wskazują niektórzy badacze¹¹ – dzielą się one na pozytywne i negatywne. Pozytywne dotyczą osób, które intencjonalnie wprowadzają się w trans i ulegają opętaniu, aby udzielić pomocy innym. Celem negatywnych opętań jest „szkodzenie innym”. Pozytywne opętania występują głównie u mężczyzn, a negatywne dotyczą zwłaszcza kobiet (proporcja udokumentowanych przypadków opętań: 27% vs. 73%)¹². Szczególnym dowodem dominacji negatywnych opętań u kobiet są przypadki zakonnice katolickich (zwłaszcza w XVII wieku), które oskarżały niewinne osoby o czary, a władze cywilne wykorzystywały ich zeznania do likwidowania przeciwników¹³.

Istotnym wnioskiem z analizy udokumentowanych przypadków opętań jest ten, że ich podłożem, korelatem lub też pośrednią przyczyną wcale nie jest – jak się potocznie sądzi – „negatywna osobowość ofiary” (niemoralny tryb życia, wyparcie się wiary, angażowanie się w niedozwolone praktyki itd.). Jest wręcz przeciwnie. Badania dotyczące różnych przypadków opętań ujawniają bowiem, że zarówno w przypadku opętań pozytywnych, jak i negatywnych, osoby podatne na opętanie charakteryzowały się wysoką wrażliwością, dużą empatią, nasiloną religijnością oraz allocentryzmem¹⁴. Wydaje się bowiem logicznie oczywiste, że ktoś, kto ulega opętaniu, musi charakteryzować się zdolnością wczuwania się nie tylko w odczucia i emocje własne, lecz także innych bytów (rozumować, myśleć, czuć i działać jak zwierzę, duch itd.) oraz przyjmowania odmiennej od swojej perspektywy patrzenia

¹⁰ S.A. Diamond, *Anger, Madness, and the Daimonic: The Psychological Genesis of Violence, Evil and Creativity (Sunny Series in the Philosophy of Psychology)*, New York 1996.

¹¹ McNamara, *Spirit Possession...*

¹² *Ibidem*, t. 2, s. 16.

¹³ Por. *Ibidem*, t. 2, rozdz. 4.

¹⁴ Por. *Ibidem*, t. 1, rozdz. 1; t. 2, rozdz. 4.

na rzeczywistość¹⁵. Osoba przygotowująca się do rytualnego opętania musi umieć przede wszystkim „odsunąć siebie na bok” (zahamować własną tożsamość, pragnienia, impulsy, lęki, plany itd.), aby „zrobić miejsce” innemu bytowi (skonstruować mentalny model innego bytu).

Symptomatologia opętania w dużym stopniu przypomina doznania występujące podczas różnych zaburzeń psychicznych¹⁶. Można do nich zaliczyć na pierwszym miejscu epilepsję, która wiąże się z poważnymi napadami (konwulsje i drgawki, wydawanie zatrważających dźwięków, tocenie piany z ust, wywracanie oczu)¹⁷. Podobnie jest w przypadku zespołu Tourette’a, w którego obrazie dominują specyficzne i powtarzające się tiki nerwowe, niekontrolowane wydawanie dziwnych i nieraz przerażających odgłosów, kompulsyjne wypowiedanie nieprzyzwoitych i obelżywych słów itd. Podobne do opętania są też objawy towarzyszące schizofrenii (słyszane głosy interpretowane są przez pacjenta jako głos szatana albo potwierdzenie faktu, że jest się szatanem)¹⁸. Bardzo podobne do opętania objawy towarzyszą dysocjacyjnym zaburzeniom tożsamości (alternatywna tożsamość temporalnie przejmuje władzę nad osobą, działając wbrew niej albo przeciwko), zaburzeniom dwubiegunowym (przeplatające się zamiennie fazy manii, irytacji lub melancholii), okresowym zaburzeniom eksplozywnym (niekontrolowane napady wściekłości), zaburzeniom antyspołecznym oraz zaburzeniom obsesyjno-kompulsyjnym (natręctwa myślowe o niemoralnym charakterze, „przymusowe” wykonywanie nieaprobowanych przez podmiot czynności)¹⁹. Symptomy podobne do opętania mogą się także pojawić podczas depresji (apatia połączona z tendencjami autodestrukcyjnymi). Taką charakterystykę mają ponadto symptomy nadużywania substancji psychoaktywnych²⁰, towarzyszące poważnym urazom głowy, pojawiające się jako skutek występowania guzów mózgu lub jako funkcjonalny efekt lezji tylnych i przednich obszarów mózgu²¹. Wszystkie zaprezentowane wyżej zaburzenia mogą dramatycznie zmieniać zachowania człowieka i w związku z tym mogą stanowić podstawę – według niektórych osób – do zdiagnozowania opętania²².

¹⁵ *Ibidem*, t. 1, rozdz. 1.

¹⁶ S. Betty, *The Growing Evidence for „Demonic Possession”: What should Psychiatry’s Response be?*, „Journal of Religion and Health” 2005, nr 44 (1), s. 13–30; J. Dębiec, *Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków 2000; P. McNamara, *The Neuroscience of Religious Experience – A Response to the Ruyan-Kreitzer Review*, „Christian Scholar’s Review” 2009, nr 39 (4), s. 479–481.

¹⁷ T. Obeid, A. Abulaban, F. Al-Ghatani, A. R. Al-Malki, A. Al-Ghamdi, *Possession by ‘Jinn’ as a Cause of Epilepsy (Saraa): A Study from Saudi Arabia*, „Seizure” 2012, nr 21, s. 245–248.

¹⁸ S. Bouhleh *et al.*, *Assessing Beliefs and Attitudes of Relatives of Patients with Schizophrenia: A Study in a Tunisian Sample*, „L’Encéphale” 2013, nr 39 (3), s. 165–173; K. Tajima-Pozo *et al.*, *Practicing Exorcism in Schizophrenia*, „BMJ Case Reports” 2011, doi:10.1136/bcr.10.2009.2350 [dostęp: 23.03.2014].

¹⁹ S. Betty, *op.cit.*; C.A. Ross, E. Schroeder, L. Ness, *Dissociation and Symptoms of Culture-Bound Syndromes in North America: A Preliminary Study*, „Journal of Trauma and Dissociation” 2013, nr 14 (2), s. 224–235.

²⁰ S. Betty *op.cit.*

²¹ S. Basu, S.C. Gupta, S. Akhtar, *Trance and Possession like Symptoms in a Case of CNS Lesions: A Case Report*, „Indian Journal of Psychiatry” 2002, nr 44 (1), s. 65–67.

²² Tajima-Pozo *et al.*, *op.cit.*

Wyniki analiz dotyczące wybranych opisów opętania przeprowadzone na niereprezentatywnej próbie 51 przypadków można podzielić na 3 obszary: zmiany mentalne (dotyczy 71% osób badanych), fizyczne (65% osób) oraz w otoczeniu opętanych²³. Na zmiany mentalne składają się następujące zachowania: występują nagle zmiany nastroju, cech osobowościowych i zachowania (na przykład osoba spontaniczna staje się cicha i wycofana, angażuje się we wrogie i paranoidalne myślenie oraz podejmuje wrogie wobec innych zachowania), osoba doświadcza odmiennych i obcych tożsamości, zmienia dietę, styl ubierania się oraz zasady dbania o higienę, wykazuje zdolność rozpoznawania myśli innych, dostępu do nieznannej jej przeszłości oraz przepowiadania przyszłości (telepatia, prekognicja, rekognicja), podejmuje próby samookalaczeń, ma awersję do religijnych przedmiotów i ludzi, nagle traci albo przybiera na wadze, zmienia nawyki i zwyczaje spania (w nocy ponadto często doświadcza przerażających snów), zdradza oznaki przerw w pamięci, pojawiają się u niej czasem objawy katatoniczne, uczestniczy w upokarzających aktach (na przykład oddawanie moczu na siebie), często jest zaabsorbowana myślami seksualnymi lub wręcz podejmuje publicznie promiskuitywne zachowania.

Zmiany fizyczne obejmują zmiany w posturze, wyglądzie i wielu różnych wymiarach ciała, a dotyczą następujących elementów: osoba staje się kompletnie sztywna (sama nie może się poruszyć, innym także przychodzi to z trudem) albo charakteryzuje się nadludzką siłą (nawet wiele silnych osób ma trudności, aby utrzymać opętanego), ponadto zwykle jest wyczerpana (pojawiają się często nieprzewidywalne spadki energii), porusza się w niezwykle, „niehumaniczny” sposób (jakby się ślizgała, a nie chodziła), na ciele występują napisy lub symbole w postaci siniaków lub nacięć (szczególnie w miejscach, gdzie osoba nie jest zbyt atrakcyjna), występują u niej spadki temperatury ciała (mimo że temperatura w otoczeniu jest odpowiednia), osoba mówi w językach, których nie zna (albo mówi z niezwykle akcentem), pojawiają się u niej zmiany w tembrze głosu (na przykład wysoki kobiecy głos staje się męski, niski, gardłowy, mówi wieloma głosami w tym samym czasie), oczy zmieniają kolor (stają się bardziej czarne), osoba nie mruga, ponadto często występują u niej bezwolne ruchy, gesty, bełkotania, krzyki i ryki, jakby kierowane przez zewnętrzną siłę, osoba opętana doświadcza ataków zewnętrznej siły (bicie, plucie, drapanie, wrywanie włosów, rzucanie na ziemię albo erotyczne pieszczoty, seksualna penetracja i gwałt).

Podczas opętania pojawiają się też bardzo często niezwykle zmiany w otoczeniu: różne przedmioty poruszają się same (na przykład latają, utrzymują się w powietrzu lub lewitują, jakby podtrzymywane przez niewidzialną rękę), czasami całkowicie znikają (dotyczy to przede wszystkim przedmiotów religijnych, które czasami ulegają zniszczeniu) albo nie można ich znaleźć (okazuje się, że znajdują się na przykład w innym miejscu), drzwi albo okna otwierają się albo zamykają same, podobnie elektryczność – włącza się samoistnie i wyłącza, słychać stukania, pukania, skrzypienia w najbliższym i dalszym otoczeniu (na przykład w podłodze, drzwiach, drzewach obok pomieszczenia) oraz niespodziewane fluktuacje temperatury, ludzie i cienie w pomieszczeniu widoczne są, jakby nie miały formy, czasem pojawia się dziwne światło, odczuwalne są podmuchy wiatru pomimo okien i drzwi zamkniętych, szyby pękają bez powodu (albo

²³ P. McNamara, *Spirit Possession...*, t. 2, rozdz. 2.

słysząc dźwięk pękających szyb), zwierzęta wyglądają na przerażone lub zaniepokojone czymś niezauważalnym dla ludzi, ludzie czują się obserwowani (lub jakby nie byli sami), jakakolwiek mowa o Bogu lub religii (na przykład recytacja modlitw) powoduje przerwy w aktywności, ale każde próby przerywania aktywności (dokonywane przez egzorzystę lub inne osoby) wywołują działania odwetowe.

Wyniki zaprezentowanych analiz dotyczących zmian cech osobowościowych opętanych przeprowadzone na niereprezentatywnej próbkę potwierdziły, że zdecydowanie bardziej podatne na demoniczne opętania (73% przypadków dotyczy opętania negatywnego, to jest demonicznego, a 27% pozytywnego – na przykład przez duchy) są kobiety (73%; mężczyźni stanowią 27% przypadków), u których aktywny czynnik opętania (demon, szatan) ma osobowość w zdecydowanej przewadze niespecyficzną (57%) albo męską (czysto męska w 39% przypadków), a bardzo rzadko kobiecą (tylko 4% przypadków). Największą podatnością na opętania charakteryzują się osoby dorosłe (55%), nieco mniejszą młodzież (20%), a najmniejszą dzieci (12%). Wyniki analiz wskazują na funkcjonowanie w symptomatologii niesocjalizowanych impulsów rozhamowania, agresji i seksualności (średnia arytmetyczna wynosi 5 z 8 możliwych). Trzeba podkreślić, że w analizowanych przypadkach wystąpiła pełna symptomatologia „paranormalnych” manifestacji opętania (mentalnych, fizycznych i w otoczeniu). Przeprowadzone na analizowanych osobach rytuały egzorcyzmu okazały się w dużej mierze efektywne (82% egzorcyzmów okazało się skutecznymi, ale w 33% przypadków nastąpił nawrót objawów). Należy dodać, że tylko 66% spośród analizowanych przypadków poszukiwało zewnętrznej pomocy, a 33% z nich przeszło formalny egzorcyzm.

Uzyskane przez McNamarę rezultaty analiz są bardzo wartościowe i wydają się spójne z wynikami innych badań, jednak dokonywanie ekstrapolacji z niereprezentatywnej próbki 51 wybranych przypadków na całą populację opętanych jest nieuprawnione. Potrzebne są dalsze badania, które pozwolą zweryfikować dostarczone opisy przypadków pod względem ich rzetelności (możliwość przekłamań, symulacji oraz występowania uprzedzeń, na przykład płciowych i rasowych), wyodrębnić specyficzne cechy opętania (na objawy osiowe nakładają się często symptomy drugorzędne) oraz znaleźć teoretycznie wartościową i metodologicznie uprawnioną technikę badania przypadków opętań.

Specyfika opętania

Czym jest opętanie? Czym różni się od innych, podobnych mu zaburzeń? Jaka jest specyfika symptomatologiczna tego zaburzenia? Czy rzeczywiście – jak wykazują badania antropologiczne – mężczyźni są bardziej podatni na opętania pozytywne, a kobiety na negatywne? Czy osoby czarnoskóre są istotnie bardziej podatne na opętania? Czy jest to jednak wyraz uprzedzeń, nieświadomie przyjętych założeń teoretycznych lub epistemologicznych, uboczny skutek błędnej metodologii badań?

Najlepszym sposobem zbadania specyfiki symptomatologii opętań byłoby znalezienie osoby aktualnie opętanej i poddanie jej protokołowi neuroobrazowania. Do tej

pory nie są jednak znane udokumentowane przypadki takich badań²⁴, zresztą nie wiadomo, czy są one możliwe (na przykład trudno sobie wyobrazić osobę opętaną, która będzie spokojnie leżała w kapsule skanera magnetycznego). Oznacza to, że w badaniu specyfiki tych doznań należy posiłkować się badaniami dotyczącymi osób, które doświadczają podobnych do opętań stanów, zwłaszcza tak dobrze udokumentowanych jak – z jednej strony – epilepsja i dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (opętania negatywne) a z drugiej – nasilone zdolności medytacyjne (opętania pozytywne). Dokonując ostrożnej ekstrapolacji, w świetle przedstawionych przez różnych badaczy opisów symptomów towarzyszących opętanom, można uzyskać wartościowe dane w celu odkrycia specyfiki stanu opętania w kontekście innych zaburzeń.

Wartościową pozycją w tym aspekcie jest praca doktorska Jacka Dębca opublikowana w Wydawnictwie Uniwersytetu Jagiellońskiego²⁵. Autor w szerokim kontekście antropologicznym i kulturowym przedstawia w niej kryteria nowej – ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia – odrębnej jednostki nozologicznej, jaką jest F44.3. *Trans i opętanie* (ICD-10, 1992). Kryteria diagnostyczne niezbędne do postawienia rozpoznania tej kategorii psychopatologicznej to: spełnione kryteria zaburzeń dysocjacyjnych F.44, brak potwierdzonych schorzeń somatycznych, które mogłyby stanowić przyczynę charakterystycznych objawów, występowanie objawów transu (utrata poczucia własnej tożsamości, zawężenie postrzegania i rozpoznawania zewnętrznego otoczenia, ograniczenie repertuaru ruchów, przyjmowanych pozycji oraz wypowiedzanych słów, poczucie owładnięcia przez ducha, moc, bóstwo lub innego człowieka.

Przyjęta w międzynarodowym podręczniku ICD-10 definicja opętania wprowadza kryteria różnicowe w stosunku do podobnych w symptomatologii do opętania zaburzeń, takich jak epilepsja, schizofrenia, osobowość mnoga, zaburzenia dysocjacyjne oraz zespół Gillesa de la Tourette'a. Przyjęte kryteria różnicowe świadczą o specyfice opętań w stosunku do wzmiankowanych zaburzeń²⁶.

O specyfice opętania w stosunku do epilepsji (wspólne cechy ataku padaczki i epizodu opętania to: nagły początek, utrata świadomości, upadek, uogólnione drgawki, czasami piana w ustach) świadczy znacznie większe bogactwo form motorycznych (wijące ruchy ciała, zmiany wyrazu twarzy) oraz liczne wokalizacje. W trakcie epizodu opętania nie obserwuje się zjawiska nietrzymania moczu i stolca, które jest charakterystyczne dla ogólnych napadów padaczkowych.

W stosunku do schizofrenii (opętanie często jest mylone przez psychiatrów z ostrą postacią schizofrenii, chorobą schizoafektywną oraz chorobą afektywną dwubiegunową na skutek występowania podobnych objawów negatywnych i pozytywnych, to jest halucynacji i omamów) opętanie różnicuje nagłe wystąpienie oraz ostro odgraniczony początek i koniec epizodu. Odmienny jest też czas trwania epizodu, który w przypadku opętania trwa od kilku minut do kilku godzin (objawy psychotyczne wraz z objawami wytwórczymi trwają zwykle kilka dni lub więcej)²⁷. W przypadku

²⁴ *Ibidem*, t. 2, s. 15.

²⁵ J. Dębiec, *op.cit.*

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*, s. 84–85.

opętania odmienna jest też struktura (w przeciwieństwie do symptomów schizofrenicznych jest spójna i mieszcząca się w obrębie społecznych standardów, podczas gdy w pierwszych jest fragmentaryczna i dziwaczna) i dynamika objawów wytwórczych (znikają wraz z zakończeniem epizodu oraz poddają się modyfikującemu wpływowi otoczenia).

Opętanie w swej symptomatologii najbardziej podobne jest – relatywnie w stosunku do epilepsji i schizofrenii – do osobowości mnogiej (albo dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości). O podobieństwie świadczą dwa elementy: 1) pojawienie się nowego i spójnego wzorca (albo wzorców) organizującego funkcje psychiczne jednostki, który traktowany jest jako odrębna osobowość i w opisie odpowiada kulturowym standardom; 2) nagły początek i nagłe ustąpienie stanu zmienionej tożsamości. O specyfice opętania w stosunku do osobowości mnogiej świadczy zaś to, że opętanie zasadniczo zdarza się tylko raz w życiu, ma charakter podostry i nagle ustępuje (kategorię osobowości mnogiej charakteryzuje tendencja do występowania chronicznych i nawracających stanów zmiany osobowości), oraz „aktywne” uczestnictwo otoczenia w utrzymywaniu objawów (podtrzymywanie opinii wyrażanych przez podmiot albo otoczenie o możliwości opętania, sugerowanie, że to może być opętanie, delegowanie do egzorcyzmu)²⁸.

Uwarunkowania opętań

Ważnym problemem w związku z odkryciami dotyczącymi specyfiki opętań jest znalezienie ich uwarunkowań. Pojawiają się bowiem pytania: dlaczego kobiety są bardziej podatne na opętania, zwłaszcza na te negatywne? Co może wpłynąć na pojawienie się podatności na opętanie? Złe życie i niska moralność, cechy antyspołeczne, może histeryczne czy borderline? A może wysoka religijność i cechy obsesyjno-kompulsyjne?

Odpowiadając na te pytania, trzeba stwierdzić, że znane są niektóre wyniki badań wskazujących na specyficzne uwarunkowania neuronalne różnic międzypłciowych. Chodzi tu głównie o ujawnione w licznych badaniach różnice strukturalne (kobiety mają większy procent szarej materii, a mężczyźni białej, która z kolei u kobiet znajduje się w lewej półkuli i jest nieznacznie większa niż u mężczyzn²⁹ oraz funkcjonalne mózgu kobiet i mężczyzn (u kobiet zmniejszona jest istotnie lateralizacja półkul mózgowych, hemisferyczność u mężczyzn jest stabilna, podczas gdy u kobiet zaburzana cyklem menstruacyjnym)³⁰. Kluczowe w tej dziedzinie wydają się zwłaszcza różnice funkcjonalne, które ujawniają, że mózg kobiet (oraz mężczyzn o skłonnościach homoseksualnych) generalnie charakteryzuje się redukcją asymetrycznej

²⁸ *Ibidem*, s. 85–86.

²⁹ K.P. Cosgrove, C.M. Mazure, J.K. Staley, *Evolving Knowledge of Sex Differences in Brain Structure, Function, and Chemistry*, „Biological Psychiatry” 2007, nr 62 (8), s. 847–855.

³⁰ S. Weis, M. Hausmann, *Sex Hormones: Modulators of Interhemispheric Inhibition in the Human Brain*, „Neuroscientist” 2010, nr 16 (2), s. 132–138.

organizacji w stosunku do heteroseksualnych mężczyzn³¹. Wyniki te, jak się wydaje, sugerują, że podatność na opętanie jest związana ze zwiększoną symetrycznością aktywności niektórych obszarów półkul mózgowych.

Pojawia się jednak pewna wątpliwość, wynikająca z faktu, że na opętanie nie są szczególnie podatne – na co wskazują wyniki badań antropologicznych – osoby starsze, u których występuje przecież istotnie zwiększona symetria hemisferyczna. Ta rozbieżność wynika prawdopodobnie z tego, że u osób w podeszłym wieku (kobiet i mężczyzn) symetria hemisferyczna jest słabsza niż młodszych (są to jednak tylko przypuszczenia, bo nie ma badań potwierdzających takie stanowisko).

Spójne z wynikami badań – mogącymi wskazywać na większą podatność kobiet (i mężczyzn homoseksualnych) na opętanie – są wyniki badań neurologicznych nad osobami cierpiącymi na różne zaburzenia psychiczne. Dotyczy to szczególnie takich zaburzeń jak epilepsja³² i dysocjacyjne zaburzenie tożsamości³³, w których redukcje w asymetrii hemisferycznej okazują się szczególnie nasilone i rozległe.

W przypadku epilepsji mechanizmem głównym odpowiadającym za pojawienie się symptomów są synchroniczne wyładowanie grup neuronów uwarunkowane zmianami w głębokich strukturach płata skroniowego (ang. *temporal lobe*). Od dawna wiadomo, że jeden z typów padaczki, to jest skroniowa (ng. *temporal lobe epilepsy*), wiąże się z podwyższoną religijnością (hiperreligijność), doświadczeniami mistycznymi, ale też ponapadowymi psychozami (ang. *post-ictal psychoses*)³⁴. Ta konfiguracja powiązanych z sobą cech nie tylko potwierdza hipotezę o neurologicznych korelatach opętań (synchroniczność hemisferyczna), lecz także dodatkowo sugeruje, iż wiąże się ona z intensywnymi doświadczeniami duchowymi, które mogą się „ocierać” o psychozę.

Zaburzenia dysocjacyjne z kolei występują częściej u kobiet, co potwierdzałoby tezę o roli hamowania symetrycznej aktywności półkul mózgowych w dynamizowaniu zarówno zaburzeń dysocjacyjnych, jak i – podobnych w symptomatologii – opętań. Są też liczne wyniki badań neurologicznych, które potwierdzają, że główną rolę w pojawianiu się symptomów dysocjacyjnych odgrywa bilateralne hamowanie w hi-

³¹ M.L. Collaer, S. Reimers, J.T. Manning, *Visuospatial Performance on an Internet Line Judgment Task and Potential Hormonal Markers: Sex, Sexual Orientation, and 2D:4D*, „Archives of Sexual Behavior” 2007, nr 36 (2), s. 177–192; M.L. Lalumière, R. Blanchard, K.J. Zucker, *Sexual Orientation and Handedness in Men and Women: A Meta-Analysis*, „Psychological Bulletin” 2000, nr 126, s. 575–592.

³² O. Devinsky, G. Lai, *Spirituality and Religion in Epilepsy*, „Epilepsy and Behavior” 2008, nr 12 (4), s. 636–643; M. Trimble, A. Freeman, *An Investigation of Religiosity and the Gastaut-Geschwind Syndrome in Patients with Temporal Lobe Epilepsy*, „Epilepsy and Behavior” 2006, nr 9 (3), s. 407–414.

³³ C. Le, J. Smith, L. Cohen, *Mirror Writing and a Dissociative Identity Disorder*, „Case Reports in Medicine”, Article ID 814292, 2009 [dostęp: 2.02.2014]; J. Marinos, *Laterality and Dissociative Identity Disorder: Perceptual Asymmetries in Host and Later Identities on Tests of Dichotic Listening and Global-Local Processing*, „Dissertation Abstract International” 1997, 58 (08), s. 4506B (UMI No. 9806868) [dostęp: 4.04.2013]; E. Vermetten *et al.*, *Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder*, „American Journal of Psychiatry” 2006, nr 163, s. 630–636.

³⁴ O. Devinsky, G. Lai, *Spirituality and Religion in Epilepsy*, „Epilepsy and Behavior” 2008, nr 12 (4), s. 636–643; M. Trimble, A. Freeman, *op.cit.*, s. 407–414.

pokampie oraz zmiany w wielu innych regionach mózgu³⁵. Ponieważ hipokamp jest zaangażowany szczególnie w procesy konsolidacji pamięci, odpowiada za epizody amnezji i fug (amnezje i fugi charakterystyczne są zarówno dla zaburzeń dysocjacyjnych, jak i opętań). Dodatkowym potwierdzeniem tej tezy jest fakt, że po ponownym ustanowieniu normalnej asymetrii hemisferycznej następuje normalizacja stanów autoidentyfikacji (remisja zaburzeń).

Spójne z wynikami badań dotyczącymi neurologicznych korelatów podatności na opętania (redukcja asymetrii hemisferycznej kobiet i mężczyzn homoseksualnych oraz osób z epilepsją i dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości) są wyniki badań dotyczące zmienionych stanów świadomości (ang. *altered states of consciousness*). Głównym czynnikiem wskazującym na tę podatność jest nasilenie cechy absorpcji, która z kolei jest istotnym predyktorem doświadczeń mistycznych³⁶.

Podobne wyniki badań uzyskuje się w przypadku ludzi medytujących. Okazuje się, że zdolność do medytacji wiąże się istotnie z synchronizacją gamma, zwłaszcza w czołowych, ciemieniowych i skroniowych obszarach mózgu³⁷. Ciekawym zjawiskiem jest fakt, że u osób zaawansowanych w medytacji podwyższona synchroniczność gamma jest obserwowana także podczas bazowego pomiaru (przed medytacją). Podczas medytacji stopniowo ulega ona wzmocnieniu oraz rozpowszechnieniu w różnych obszarach mózgu³⁸. Bilateralna synchronizacja częstotliwości gamma jest o tyle ważna, że wiąże się z podstawowymi dla człowieka procesami – uwagą, pamięcią roboczą, świadomą percepcją, uczeniem się oraz pozytywną afektywnością³⁹. Kultywacja pozytywnych stanów mentalnych przez powtarzalne procesy uczenia się może prowadzić do trwałych zmian w strukturze neuronalnej, które nie są podatne na zmiany (zmiany na poziomie cechy – neuroplastyczność mózgu)⁴⁰.

Trzeba jednak podkreślić, że nie wszystkie typy medytacji aktywują równocześnie obie półkule. Bilateralna aktywacja dotyczy jednej z technik, jaką jest medytacja wglądu *open monitoring* (techniki koncentracji związane są z unilateralną dominacją hemisferyczną prawej półkuli)⁴¹. Hemisferyczna synchronizacja służy z jednej strony podtrzymywaniu wglądu w negatywne emocje (działalność lewej półkuli), a z drugiej habitualnych nieświadomych impulsów (związanych z prawą półkulą).

³⁵ G.E. Tsai, D. Condie, M.T. Wu, I.W. Chang, *Functional Magnetic Resonance Imaging of Personality Switches in a Woman with Dissociative Identity Disorder*, „Harvard Review of Psychiatry” 1999, nr 7, s. 119–122.

³⁶ M. Smith, *Psychological Correlates of Mystical Experience: Personality, Absorption, and Dissociativity*, „Dissertation Abstracts International” 2008, nr 68 (9), s. 6281B.

³⁷ A. Lutz, L.L. Greischer, N.B. Rawlings, M. Ricard, R.J. Davidson, *Long-Term Meditators Self-Induce High Amplitude Gamma Synchrony during Mental Practice*, „Proceedings of the National Academy of Science” 2004, nr 101, s. 16369–16373.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ P. Fries, J.H. Reynolds, A.E. Rorie, R. Desimone, *Modulation of Oscillatory Neuronal Synchronization by Selective Visual Attention*, „Science” 2001, nr 291, s. 1560–1563.

⁴⁰ A. Schore, *Affect Regulation and Disorders of Self*, New York 2003; D. Siegel, *The Developing Mind*, New York 1999.

⁴¹ J. Loizzo, *Meditation and Psychotherapy: Stress, Allostasis and Enriched Learning* [w:] *Review of Psychiatry: Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, t. 19, P.R. Muskin (red.), Washington 2000, s. 147–197.

Podsumowując, należy stwierdzić, że opętanie może być związane z niezdolnością do hamowania synchronizacji hemisferycznej różnych struktur mózgu (zwłaszcza prawego hipokampa i struktur ciała migdałowatego)⁴². Za takim wnioskiem przemawiają wyniki badań antropologicznych – i spójnych z nimi – neurologicznych (zwiększona redukcja asynchroniczności hemisferycznej występuje u kobiet i mężczyzn homoseksualnych, u osób z epilepsją i dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości, charakteryzujących się wysoką religijnością, o podniesionych zdolnościach medytacyjnych oraz nasilonych doświadczeniach mistycznych). Kiedy symetria hemisferyczna nie jest blokowana, jednostka może zacząć funkcjonować jako osobowość alternatywna (dysocjacja tożsamościowa, osobowość mnoga, opętanie). To jednak tylko warunek konieczny, a nie wystarczający do wystąpienia epizodu opętania.

Oznacza to w konsekwencji, że na nasilenie podatności na opętanie wcale nie wskazuje – jak się potocznie sądzi – „zła osobowość” (niska moralność, niska religijność, cechy psychopatologiczne, angażowanie się w różne formy działań uznawanych w danej denominacji za antyreligijne, na przykład praktyki magiczne, noszenie talizmanów itd.), ale – co wysoce zaskakujące – przeciwnie, „dobra osobowość” (wysoka wrażliwość, empatia, allocentrym, wysokie standardy moralne i religijne, sumienność, obowiązkowość itd.)⁴³. Oznacza to, że w niektórych przypadkach doświadczenie opętania może w istocie prowadzić do rozwoju osoby, która doświadczyła negatywnych epizodów opętania (pośrednie potwierdzenie tezy o tzw. dobrych opętaniach).

Egzorcyzm jako terapia i nadużycie

Egzorcyzm historycznie był rozumiany jako leczenie symptomów, które obecnie identyfikuje się jako objawy różnych zaburzeń psychicznych. W kulturze, w której wiele osób wierzyło, że pewne zachowania mogą być spowodowane opętaniem przez demony, manifestacje problemów psychicznych mogły potwierdzać popularną mitologię. Epileptycy, ludzie z zespołem Tourette’a, schizofrenicy i psychotycy, osoby z urojeniami, halucynacjami, niektórymi zaburzeniami osobowości, ciężkimi objawami depresji, z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości (tak zwana osobowość mnoga) czy zaburzeniem dwubiegunowym mogli w przeszłości stać się łatwo kandydatami do egzorcyzmu. Każde z tych zaburzeń mogło bowiem, w niektórych przypadkach, powodować niezwykle i nieraz przerażające zachowania.

Psychoterapia współczesna – zdaniem niektórych badaczy z kręgu psychologii dynamicznej⁴⁴ – niezbyt adekwatnie rozumie syndrom opętania, a w związku z tym podejmowane próby pomocy okazują się nieskuteczne. Dla wielu „opętanych” osób tradycyjny rytuał egzorcyzmu oraz mit „opętania demonicznego” służy bowiem nadaniu znaczenia ich cierpieniom o wiele bardziej niż naukowe, sekularne, bioche-

⁴² E. Vermetten *et al.*, *Hippocampal and Amygdalar Volumes...*

⁴³ O. Devinsky, G. Lai, *Spirituality and religion in epilepsy*, „Epilepsy and Behavior” 2008, nr 12(4), s. 636–643.

⁴⁴ S.A. Diamond, *op.cit.*

miczne wyjaśnienia i kognitywno-behawioralne teorie preferowane w nurcie głównym psychiatrii i psychologii⁴⁵. Prawdą jest, że większość psychoterapeutycznych pacjentów potrzebuje o wiele więcej niż tylko interwencji farmakologicznej i/lub terapii kognitywno-behawioralnej. Potrzebują oni wsparcia i towarzyszenia w swoich pełnych cierpienia, niebezpiecznych, przerażających i niezrozumiałych duchowych oraz egzystencjalnych kryzysach. Potrzebują psychologicznie sensownej (sensotwórczej) metody, która skonfrontowałaby ich metaforyczne demony, wyparte złości i wściekłości z egzystencjalną realnością zła.

Trzeba jednak podkreślić, że nieodzownym warunkiem podjęcia działań korekcyjnych i terapeutycznych jest postawienie właściwej diagnozy oraz zastosowanie optymalnej terapii (może to być również egzorcyzm). Jest to szczególnie ważne przy opętaniach, dlatego że w tym przypadku zwykle występuje „aktywna” obecność otoczenia, która koncentrując się na rzekomych albo rzeczywistych manifestacjach opętania (praktyka kliniczna wskazuje, że nawet doświadczeni psychiatrzy mają problemy z trafną diagnozą różnicową symptomów opętania), podtrzymuje przekonania osoby „opętanej” i – zwykle nieświadomie – wzmacnia objawy⁴⁶.

Lepiej jednak postawić diagnozę nietrafną niż żadną, bowiem w trakcie procesu korekcyjnego lub terapeutycznego możliwa jest kontrola wyników leczenia zastosowanej strategii, a w konsekwencji trafności postawionej pierwotnie diagnozy (czy na podstawie obserwowanych symptomów możemy podtrzymać diagnozę, czy też konieczna jest korekta i pojawia się konieczność zastosowania innych metod terapeutycznych). Gdy postawiona pierwotnie diagnoza okaże się błędna, obserwacja zmian symptomów podczas terapii umożliwia jej skorygowanie oraz podjęcie strategii terapeutycznej, a w konsekwencji poprawę efektywności leczenia. Trzeba jednak stanowczo podkreślić, że kluczem efektywności leczenia jest trafność diagnozy (w przypadku wielu zaburzeń różne techniki terapeutyczne charakteryzują się podobnymi rokowaniami).

Egzorcyzm może być rozumiany jako nowoczesna forma psychoterapii, w której następuje integracja nieświadomego materiału⁴⁷. Ponieważ opętanie w swej symptomatologii zawiera elementy dysocjacji, zasadniczym elementem powodzenia terapii jest zidentyfikowanie przez opętanego nieświadomego materiału (odczucie bycia pod wpływem niepoddającej się kontroli obcej siły, dominują obsesyjne myśli intruzywne, nieakceptowalne wyobrażenia i impulsy oraz destruktywne zachowania) i włączenie go w autonarrację. Wraz z postępem terapii klient nabiera przekonania, że jest opętany (był opętany) i zaczyna zauważać wydarzenia życiowe jako spowodowane przez działanie złego ducha, a nie jako karę za złe postępowanie (dezidentyfikacja). Podczas egzorcyzmu jednak – inaczej niż w standardowej terapii – pacjent doświadcza stanów hipnotycznych (wzrost podatności na sugestie), które mogą istotnie wzmocnić późniejsze zmiany. Dramatyczny charakter egzorcyzmu – w przeciwieństwie do konwencjonalnej terapii – odgrywa ponadto rolę katarską, która

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ J. Dębiec, *op.cit.*, s. 86.

⁴⁷ S.A. Diamond, *op.cit.*

wydaje się bardzo ważna dla osób głęboko religijnych (pokuta jako droga do oczyszczenia z win, uzyskania przebaczenia oraz zmniejszenia poczucia winy).

Powszechnie wiadomą rzeczą jest, że warunkiem zastosowania egzorcyzmu jako strategii terapeutycznej jest wcześniejsza konsultacja psychiatryczna i psychologiczna (absolutnie niedopuszczalne jest stosowanie egzorcyzmu bez skontaktowania osoby podejrzanego o opętanie z doświadczonym klinicystą). Wydaje się to oczywiste, ale istnieją udokumentowane przypadki, w których „aktywne otoczenie osoby opętanej” bardziej albo mniej świadomie pomija konsultację psychiatryczno-psychologiczną bądź świadomie i z premedytacją ją odrzuca⁴⁸.

Trzeba stwierdzić, że nieuprawnione stosowanie egzorcyzmów może być zagrożone sankcjami prawnymi i karnymi, nawet w przypadkach, które nie skończyły się tragicznie⁴⁹. Niedawno w Stanach Zjednoczonych sąd (w trzech instancjach) wyznaczył odszkodowanie w wysokości 300 000 dolarów dla pastora i jego dwóch pomocników (proporcjonalnie 50%, 25% i 25% wobec winy oskarżonych) za krzywdy fizyczne i emocjonalne wyrządzone siedemnastoletniej dziewczynie z Teksasu, która została poddana egzorcyzmowi podczas spotkań młodzieżowych (przypadek *Glade vs. Shubert*)⁵⁰. Ofiara egzorcyzmów dowodziła w trakcie procesu sądowego, że podczas egzorcyzmu była kaleczona i drapana, co było bezpośrednią przyczyną jej różnych problemów, między innymi mentalnych cierpień, emocjonalnego dystresu, pojawienia się zespołu stresu pourazowego, objawów depresji i tendencji samobójczych. Powodem postawienia zarzutów były: zaniedbanie w wypełnianiu obowiązków, intencjonalne narażenie na szkody fizyczne i emocjonalne, nadużycie wobec nieletnich, czynna napaść i niesłuszne pozbawienie wolności. Sąd uznał zasadność dwóch ostatnich zarzutów, to jest czynnej napaści i niesłusznego pozbawienia wolności. Wyrok ten oraz jego uzasadnienie może stanowić precedens do stosowania podobnej interpretacji w innych przypadkach oraz innych krajach.

Zakończenie

Wyniki zaprezentowanych badań antropologicznych i neurologicznych ujawniają, że pojęcie opętań jest rozumiane w szeroki sposób (pojęcie parasol). Wynika to głównie z tego, że przypadki opętań są bardzo rzadkie, a ich symptomy uwarunkowane są kulturowo. Trzeba podkreślić, że znajduje to odbicie również w obowiązujących klasyfikacjach (ICD-10, DSM-IV i DSM-V), w których kryteria diagnostyczne są – zdaniem niektórych badaczy – stosunkowo nieostre (proponowane przez nich korekty nie znalazły jednak uznania w 2013 roku w nowej edycji DSM-V).

Trzeba jednak powiedzieć, że mimo istnienia różnych problemów definicyjnych, przedstawione analizy pokazały, że zjawisko opętania jest powszechne zarówno w wymiarze czasowym, jak i kulturowym. Oznacza to, że postawa niektórych środo-

⁴⁸ T. Obeid *et al.*, *op.cit.*; K. Tajima-Pozo *et al.*, *op.cit.*

⁴⁹ B.H. Bornstein, S.L. Schwartz, *Injured Body, Injured Mind: Dealing with Damages for Psychological Harm*, „The Jury Expert” 2009, nr 21 (2), s. 33–39.

⁵⁰ *Ibidem*.

wisk naukowych wobec tematu opętania – zarówno postawa pewnego zakłopotania, jak i objawy epatowania okolicznościami towarzyszącymi opętaniom – występujące często w publicystyce, mediach i filmach – są niepotrzebne, nieuprawnione i niewskazane, wzmacniają bowiem tylko uprzedzenia wobec faktu opętań i niepotrzebnie generują chaos informacyjny. Trzeba po prostu mentalnie zaakceptować fakt, że fenomen opętania ma dobrze udokumentowane i wystarczające zaplecze teoretyczne oraz empiryczne (niezależnie od tego, czy ktoś przyjmuje założenia ontologiczne o istnieniu albo nieistnieniu bytów duchowych oraz rzeczywistości transcendentnej).

Przedstawione wyniki analiz dowodzą ponadto, że istnieje nie tylko groźne i niebezpieczne zjawisko opętania demonicznego (negatywne, szatańskie, woodoo, rzucanie uroków, czarna magia itd.), lecz także jego pozytywne odmiany (szamanizm, egzorcyzmy). Oznacza to, że w przypadku niektórych osób epizod opętania wcale nie świadczy o patologii osobowościowej, ale – przy poprawnym rozwoju – może być wykorzystany do dobrych celów (przewyciężenie własnego kryzysu rozwojowego, twórcze rozwiązanie problemów, pomoc innym itd.).

Wyniki analiz ujawniają też inny, dość nieoczekiwany i zaskakujący fakt, że o podatności na opętanie wcale nie świadczy „zła osobowość” (niska moralność, cechy psychopatologiczne, niska religijność, angażowanie się w praktyki magiczne, noszenie talizmanów itd.), ale „dobra osobowość” (wysoka wrażliwość, allocentrym, posiadanie wysokich standardów moralnych i religijnych, wysokie zdolności medytacyjne, podwyższone nasilenie doświadczeń mistycznych). Wyniki te są zgodne z licznymi faktami historycznymi, w których osoby wysoce religijne (na przykład liczne przypadki opętań w klasztorach żeńskich w XVII wieku) ulegały „opętaniom” a ich wizje były wykorzystywane do celów politycznych (likwidacja przeciwników).

Przedstawione analizy pozwalają także wnioskować o istnieniu poważnych problemów diagnostycznych, jakie pojawiają się w przypadku oceny fenomenu opętań. W związku z szerokim rozumieniem pojęcia opętania pojawia się wiele niedomówień, uprzedzeń, przekłamań. Zbyt łatwo wyciągane są też nieuprawnione wnioski. Błędy charakteryzują się zasadniczą ambiwalencją: od fascynacji do deprecjacji. Do tych podstawowych przyczyn istniejących nieporozumień należą: sensacyjne opętania vs. deprecjacja pojęcia opętania; przypisywanie opętaniu odpowiedzialności za pojawienie się zaburzenia psychicznego vs. traktowanie opętania jako skutku albo symptomu innych zaburzeń psychicznych; kierowanie się osobistymi uprzedzeniami w diagnozie opętania, na przykład „o opętaniu decyduje przewaga tematów religijnych w symptomatologii” vs. „opętanie to tylko wyraz problemów psychicznych”; stygmatyzacja osób opętanych (ludzie źli mają większą szansę być opętani) vs. delegowanie osób wrażliwych do „opętania”.

W związku z tym należy postulować daleko idącą ostrożność przy wydawaniu ocen co do zjawisk i przypadków opętania. Ostrożność ta wynika z możliwości kierowania się osobistymi pobudkami i uprzedzeniami – jak wykazały zaprezentowane analizy – wobec nieostrego i zaskakującego w swojej fenomenologii zjawiska opętania. Na ryzyko popełnienia błędów narażone jest nie tylko „aktywne otoczenie osoby opętanej” (rodzice, koledzy, wychowawcy, ksiądz, katecheta, egzorcysta itd.), lecz także sam klinicysta.

W pierwszym przypadku ryzyko błędów i przekłamań zakotwiczone jest w strukturze społeczno-kulturowej otoczenia osoby opętanej⁵¹. Ryzyko to nasila się szczególnie w sytuacjach kryzysu ogólnego, na przykład narodowego, lub szczególnego – na przykład rodzinnego. Właśnie w takich przypadkach „aktywne otoczenie” może delegować niektóre – zwykle najsłabsze, bo wrażliwe – osoby do „ratowania społeczeństwa lub rodziny” (motyw kozła ofiarnego i świętego króla w pierwotnych kulturach oraz ofiary, mesjasza i zbawiciela w nowszych)⁵². Okazuje się więc, że nie tylko osoba wrażliwa jest szczególnie podatna na opętanie, ale wręcz „nieczułe” otoczenie deleguje „słabe” osoby do opętania.

W przypadku klinicysty możliwość popełnienia błędu jest może mniejsza, ale jej konsekwencje są zdecydowanie poważniejsze (jest on profesjonalistą). W przypadku klinicysty ryzyko błędu wiąże się z trudnościami interpretacyjnymi tej stosunkowo nowej i nieostrej jednostki nozologicznej, jaką jest trans i opętanie⁵³. To ryzyko wynika zwykle z milcząco (a czasem nieświadomie) przyjmowanych przez klinicystę założeń ideologicznych (ontologicznych, epistemologicznych i metodologicznych) albo osobistych preferencji (założenia teoretyczne). Rzetelny i krytyczny klinicysta powinien być przynajmniej świadomy przyjmowanych przez siebie założeń teoretycznych i metodologicznych (tak jak badacz uprawiający aktywność naukową zobowiązany jest do podania własnych założeń). Praktyka wskazuje jednak na to, że nie zawsze tak jest. I tu pojawia się miejsce na dwa rodzaje błędów wynikających z nieświadomego (albo świadomego) przyjmowania określonych założeń, u których podłoża stoją najczęściej uprzedzenia ideologiczne: 1) preferencja kryteriów „religijnych” przed klinicznymi (tylko podczas epizodu egzorcyzmu możemy się przekonać, czy mamy do czynienia z opętaniem) oraz kierowanie się niezbyt ostrymi kryteriami weryfikacyjnymi (symptomy występujące w różnych zaburzeniach podobnych do opętania stanowią przesłankę potwierdzającą diagnozę opętania), 2) preferencja kryteriów niereligijnych przed klinicznymi oraz kierowanie się zbyt ostrymi kryteriami falsyfikacyjnymi („Nie ma Boga, a tym bardziej szatana, nie ma więc opętania” albo w sposób bardziej wyrafinowany: „Klinicysta empiryk nie może wypowiadać się o rzeczywistości duchowej, a skoro opętanie zakłada istnienie bytów duchowych, to klinicysta odrzuca hipotezę opętania”).

W związku z szerokim rozumieniem pojęcia opętania obecnego w metodologii większości referowanych badań rodzą się pewne wątpliwości co do trafności niektórych wniosków odnośnie do wąskiego rozumienia jednostki nozologicznej, jaką jest opętanie. Można więc mieć słuszne zastrzeżenia co do nieuprawnionej ekstrapolacji na całą populację zaprezentowanych przypadków opętania, ponieważ oparte są na niereprezentatywnej próbie. Można mieć wątpliwości, czy wyciąganie wniosków z badań neurologicznych, które bezpośrednio nie dotyczą osób opętanych (wąskie rozumienie opętania), ale osób, które doświadczają podobnych do opętania objawów (szerokie rozumienie opętania), jest uprawnione i relewantne. Można postawić zarzuty, że dokonywane analizy są osadzone w ewolucyjnej perspektywie badawczej

⁵¹ S. Bouhleb *et al.*, *op.cit.*

⁵² P. McNamara, *Spirit Possession...*

⁵³ J. Dębiec, *op.cit.*, s. 84–86.

albo prowadzone w paradygmacie kognitywistycznym, ponieważ wnoszą dodatkową jakość do uzyskanych rezultatów analiz. W związku z tym można się też nie zgadzać z tezą, że to kobiety są bardziej podatne na opętanie negatywne albo że to głównie mężczyźni są zdolni do zachowania dystansu podczas stanów opętania. Zaskakująca spójność wyników badań antropologicznych z neurologicznymi, jaką ujawniono podczas niniejszych analiz, pozwala jednak na ostrożne przyjęcie wypływających z nich wniosków. Nie sposób odrzucić zasadniczy wniosek, że podatność na opętania wiąże się z niezdolnością do blokowania hemisferycznej synchroniczności (a jako taka jest typowa dla kobiet, mężczyzn homoseksualnych, epileptyków, osób z zaburzeniami dysocjacyjnymi, osób charakteryzujących się wysoką religijnością, nasileniem doświadczeń mistycznych oraz o podwyższonych wskaźnikach medytacyjnych).

Kończąc, należy stwierdzić, że uzyskane rezultaty badawcze wskazują przede wszystkim na potrzebę ostrożności w wydawaniu opinii na temat opętań (dyskredytacja fenomenu opętań albo niezdrowa fascynacja). Powierzchnowe stawianie diagnozy (na skutek nieostrych i zmieniających kryteriów oraz istotnej roli kontekstu kulturowego) oraz wyciągania wniosków (niezrównoważenie emocjonalne wiąże się z opętaniami, a stabilność z brakiem opętania) może się przyczynić do stygmatyzacji zwłaszcza osób dojrzałych i twórczych (delegowanie osoby najbardziej wrażliwej do odegrania roli katalizatora kryzysu w danej grupie społecznej). Ponadto pośpieszne planowanie strategii pomagania osobom opętany (egzorcyzm vs. terapia behawioralna) może prowadzić do tragicznych skutków oraz być zagrożone sankcjami karnymi.

Bibliografia

- Basu S., Gupta S.C., Akhtar S., *Trance and Possession like Symptoms in a Case of CNS Lesions: A Case Report*, „Indian Journal of Psychiatry” 2002, nr 44 (1), s. 65–67.
- Betty S., *The Growing Evidence for „Demonic Possession”: What should Psychiatry’s Response be?*, „Journal of Religion and Health” 2005, nr 44 (1), s. 13–30.
- Bornstein B.H., Schwartz S.L., *Injured Body, Injured Mind: Dealing with Damages for Psychological Harm*, „The Jury Expert” 2009, nr 21 (2), s. 33–39.
- Bourguignon E., *Possession*, Long Grove 1991.
- Bouhlef S. et al., *Assessing Beliefs and Attitudes of Relatives of Patients with Schizophrenia: A Study in a Tunisian Sample*, „L’Encéphale” 2013, nr 39 (3), s. 165–173.
- Cohen E., *The Mind Possessed: the Cognition of Spirit Possession in an Afro-Brazilian Religious Tradition*, Oxford 2007.
- Collaer M.L., Reimers S., Manning J.T., *Visuospatial Performance on an Internet Line Judgment Task and Potential Hormonal Markers: Sex, Sexual Orientation, and 2D:4D*, „Archives of Sexual Behavior” 2007, nr 36 (2), s. 177–192.
- Cosgrove K.P., Mazure C.M., Staley J.K., *Evolving Knowledge of Sex Differences in Brain Structure, Function, and Chemistry*, „Biological Psychiatry” 2007, nr 62 (8), s. 847–855.
- Devinsky O., Lai G., *Spirituality and Religion in Epilepsy*, „Epilepsy and Behavior” 2008, nr 12 (4), s. 636–643.
- Dębiec J., *Opętanie. Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków 2000; P. McNamara, *The Neuroscience of Religious Experience — A Response to the Ruyan-Kreitzer Review*, „Christian Scholar’s Review” 2009, nr 39 (4), s. 479–481.
- Diamond S.A., *Anger, Madness, and the Daimonic: The Psychological Genesis of Violence, Evil and Creativity (Sunny Series in the Philosophy of Psychology)*, New York 1996.

- Fries P., Reynolds J.H., Rorie A.E., Desimone R., *Modulation of Oscillatory Neuronal Synchronization by Selective Visual Attention*, „Science” 2001, nr 291, s. 1560–1563.
- Lalumière M.L., Blanchard R., Zucker K.J., *Sexual Orientation and Handedness in Men and Women: A Meta-Analysis*, „Psychological Bulletin” 2000, nr 126, s. 575–592.
- Le C., Smith J., Cohen L., *Mirror Writing and a Dissociative Identity Disorder*, „Case Reports in Medicine”, Article ID 814292, 2009 [dostęp: 2.02.2014].
- Loizzo J., *Meditation and Psychotherapy: Stress, Allostasis and Enriched Learning*, [w:] *Review of Psychiatry: Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, t. 19, P.R. Muskin (red.), Washington 2000, s. 147–197.
- Lutz A., Greischer L.L., Rawlings N.B., Ricard M., Davidson R.J., *Long-Term Meditators Self-Induce High Amplitude Gamma Synchrony during Mental Practice*, „Proceedings of the National Academy of Science” 2004, nr 101, s. 16369–16373.
- Marinos J., *Laterality and Dissociative Identity Disorder: Perceptual Asymmetries in Host and Later Identities on Tests of Dichotic Listening and Global-Local Processing*, „Dissertation Abstract International” 1997, 58 (08), s. 4506B (UMI No. 9806868) [dostęp: 4.04.2013].
- McNamara P., *Spirit Possession and Exorcism: History, Psychology, and Neurobiology*, Santa Barbara, Denver, Oxford 2011.
- Obeid T., Abulaban A., Al-Ghatani F., Al-Malki A.R., Al-Ghamdi A., *Possession by ‘Jinn’ as a Cause of Epilepsy (Saraa): A Study from Saudi Arabia*, „Seizure” 2012, nr 21, s. 245–248.
- Oesterreich T.K., *Possession and Exorcism among Primitive Races, in Antiquity, the Middle Ages and Modern Times*, New York 1974.
- Religion, Altered States of Consciousness and Social Change*, E. Bourguignon (ed.), Columbia 1973
- Ross C.A., Schroeder E., Ness L., *Dissociation and Symptoms of Culture-Bound Syndromes in North America: A Preliminary Study*, „Journal of Trauma and Dissociation” 2013, nr 14 (2), s. 224–235.
- Schore A., *Affect Regulation and Disorders of Self*, New York 2003; D. Siegel, *The Developing Mind*, New York 1999.
- Smith M., *Psychological Correlates of Mystical Experience: Personality, Absorption, and Dissociativity*, „Dissertation Abstracts International” 2008, nr 68 (9), s. 6281B.
- Spiegel D. et al., *Dissociative Disorders in DSM-V*, „Depression and Anxiety” 2011, nr 28, s. 824–852.
- Tajima-Pozo K. et al., *Practicing Exorcism in Schizophrenia*, „BMJ Case Reports” 2011, doi:10.1136/bcr.10.2009.2350 [dostęp: 23.03.2014].
- Trimble M., Freeman A., *An Investigation of Religiosity and the Gastaut-Geschwind Syndrome in Patients with Temporal Lobe Epilepsy*, „Epilepsy and Behavior” 2006, nr 9 (3), s. 407–414.
- Tsai G.E., Condie D., Wu M.T., Chang I.W., *Functional Magnetic Resonance Imaging of Personality Switches in a Woman with Dissociative Identity Disorder*, „Harvard Review of Psychiatry” 1999, nr 7, s. 119–122.
- Weis S., Hausmann M., *Sex Hormones: Modulators of Interhemispheric Inhibition in the Human Brain*, „Neuroscientist” 2010, nr 16 (2), s. 132–138.
- Vermetten E. et al., *Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder*, „American Journal of Psychiatry” 2006, nr 163, s. 630–636.