

Borys Jacek SOIŃSKI*

*Wydział Teologiczny UAM

Kryteria diagnozy i rozeznania opętania. Spójnienie wielowymiarowe

Streszczenie

Wiele objawów opętania opisanych przez egzorcyistów odpowiada objawom zaburzeń psychicznych. Zanim udzielimy pomocy osobie, która czuje, że została opętana przez złego ducha, trzeba odpowiedzieć na pytanie: kiedy konieczne jest leczenie, a kiedy egzorcyzm? W artykule ukazano, że psychiatrzy mają różne podejście do teologicznych wyjaśnień opętania i egzorcyzmów. Według autora najlepsze jest podejście komplementarne, dopuszczające istnienie dwóch przyczyn objawów opętania: naturalnych i nadprzyrodzonych. Takie stanowisko sprzyja znalezieniu płaszczyzny porozumienia dla medycyny, psychologii i religii. W artykule przedstawiono teologiczne kryteria opętania przez złego ducha oraz psychologiczne kryteria rozpoznania patologicznego opętania podane przez Światową Organizację Zdrowia (ICD-10) i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM 5). Autor omawia podobieństwa i różnice między teologicznymi kryteriami demonicznego opętania a kryteriami diagnostyki medycznej. Na podstawie psychologicznych i teologicznych kryteriów możliwe jest rozpoznawanie stanów psychopatologicznych i opętania w wielowymiarowej perspektywie. To pozwoliło autorowi

wyróżnić cztery sytuacje: (1) zdrowie, (2) psychopatologiczne opętanie, (3) demoniczne opętanie osoby psychicznie zdrowej, (4) współistnienie opętania i zaburzeń psychicznych. Praktyka pokazuje, że największa liczba chorych szukających pomocy w ośrodkach zdrowia, należy do czwartej grupy. W związku z tym istnieje potrzeba ścisłej współpracy między egzorcystami a psychologami i psychiatrami.

Słowa kluczowe: opętanie i trans – opętanie demoniczne – kryteria diagnozowania opętania – demonologia – redukcjonizm

Wprowadzenie

Od pewnego czasu zauważa się w Polsce gwałtowny wzrost zainteresowania działalnością egzorcystów, co wyraża się coraz większą liczbą kierowanych do nich próśb o pomoc duchową. W efekcie zwiększa się liczba księży egzorcystów. Prawie każda diecezja ma jednego, czasem kilku. Informacje na ten temat pojawiają się w mediach i czasopiśmie, księgarnie oferują cały wachlarz książek, istnieją strony internetowe poświęcone egzorcyzmowi i powszechnie dostępne są filmy oraz programy o tematyce demonicznej. Sympozja na ten temat, wykłady i spotkania z egzorcystami sprowadzają tłumy słuchaczy. Większość przytaczanych przez egzorcystów objawów odpowiada symptomom typowym dla zaburzeń psychicznych.

Na gruncie polskiej psychiatrii opisano niedawno taką historię przypadku: 16-letnia pacjentka znalazła się w szpitalu po nadużyciu leków. Utrzymywała przekonanie o zniewoleniu, którym tłumaczyła zażycie leków i odczuwane bóle. Rodzice nadużycie przez nią leków również tłumaczyli wynikiem „zniewolenia przez Złego”, z powodu którego od ponad dwu lat była poddawana egzorcyzmowi. W sytuacjach wzniosłych religijnie występowały u niej epizody pobudzenia ruchowego połączonego z poczuciem zmiany tożsamości, czasem z napadami drgawkopodobnymi. Incydenty te pokryte były całkowitą niepamięcią. Pojawiały się także takie objawy somatyzacyjne, jak nietypowe wrażenia drętwienia języka, niemożność połykania, trudności z oddychaniem, hiperwentylacja, uczucie ciężaru na klatce piersiowej. „Problemy duchowe” pojawiły się u dziewczyny, gdy jej ko-

leżanka zasugerowała, że widzi u niej objawy „zniewolenia”, do których zaliczyła niespokojne zachowanie podczas przyjmowania komunii świętej, takie jak szybki oddech, problemy z połknięciem śliny. Początkowo dziewczyna zignorowała je, stopniowo jednak coraz intensywniej zaczęła odczuwać powyższe dolegliwości. Zaniepokojona podzieliła się wątpliwościami z rodzicami, którzy udali się po pomoc do księdza egzorcysty. Duchowny uznał dziewczynę za zniewoloną i bez uprzedniej konsultacji psychiatrycznej czy psychologicznej poddał egzorcyzmom. Poczła się lepiej, ale po pewnym czasie ponownie zaczęła odczuwać te same objawy podczas nabożeństw religijnych. Wraz z rodzicami udała się po radę do innego księdza, który po uzyskaniu zgody od biskupa objął dziewczynę duchowym wsparciem i poddawał egzorcyzmom. Również on nie przeprowadził konsultacji psychiatrycznej ani psychologicznej. Przez dwa lata, co najmniej raz dziennie, ktoś z grupy modlitewnej z parafii kontaktował się z dziewczyną, odmawiał z nią modlitwy, interesował się jej samopoczuciem. Zyskała przez to szczególny status. Jednak podczas egzorcyzmów oraz modlitw zbiorowych pojawiły się dodatkowe objawy złożonej aktywności ruchowej połączonej z pobudzeniem psychoruchowym, zmianą tembru głosu oraz następowymi napadami drgawkopodobnymi. Objawy te pokryte były całkowitą niepamięcią. Stan zniewolenia wpłynął na zacieśnienie się relacji rodzinnych, co rodzice określili jako „dar dla rodziny”. Całe ich życie skupiło się wokół spraw religijnych. Przystąpili do Ruchu Odnowy w Duchu Świętym. Zyskali szczególne miejsce w społeczności parafialnej, która udzielała im znaczącego wsparcia. Podczas pobytu na oddziale pacjentka została objęta psychoterapią indywidualną i grupową. Odbywały się spotkania rodzinne, poproszono o konsultację księdza, który był osobą egzorcyzmującą pacjentkę. Pacjentka nadal rozumiała naturę doświadczanych objawów jako wyraz zniewolenia i pozostawała bezkrytyczna wobec prób diagnozowania jej symptomów na podstawie wiedzy psychopatologicznej. Znaczącą dla niej postacią był ksiądz, którego poznała podczas rekolekcji, a który później odprawiał modlitwy nad nią. Miała w nim poczucie dużego oparcia, mogła codziennie do niego telefonować w razie „złego duchowego samopoczucia”. Za-

razem odczuwała wiele negatywnych objawów somatycznych, którym towarzyszyły fantazje o odwróceniu się od Boga, Kościoła i od samego księdza. Kiedy słyszała od niego, że „doświadczane objawy to przejawy oddziaływania złego”, obarczona poczuciem winy doznawała spokoju z powodu bliskości księdza, jego modlitw oraz wstawiennictwa wspólnoty modlitewnej. Pacjentka relacjonowała także inne sytuacje, w których reagowała rozterkami duchowymi z powodu doświadczania trudnych emocji, zwłaszcza złości, np. w relacjach z matką. W wyniku przeprowadzonej diagnostyki i obserwacji lekarze postawili rozpoznanie mieszanych zaburzeń dysocjacyjnych, zaburzeń somatyzacyjnych, a także nieprawidłowo kształtującej się osobowości o cechach narcystycznych¹. Leczący dziewczynę psychiatrzy konkludują:

W przedstawionym przypadku opisano niewłaściwe wykorzystanie praktyk religijnych skutkujące nasileniem się psychopatologii pacjentki. Podkreślono również znaczenie współpracy między psychiatrą a egzorcystą w czasach coraz częstszego stosowania egzorcyzmów, gdyż „bezzasadne rozpoczynanie egzorcyzmów byłoby faktem godnym pożałowania, ponieważ dyskredytowałoby Kościół”², nie wspominając już o wpływie na zaburzenia osoby im poddawanej³.

Przykładem uwzględniania przez egzorcystów naturalnych, psychopatologicznych przyczyn zaburzeń jest postawa ks. Czesława KUSTRY, który po rozeznaniu u przychodzących do niego osób naturalnych przyczyn ich zaburzeń, zamiast odprawiania egzorcyzmu zmierzał do udzielenia im wsparcia i pomagał odblokować świadomość prawdziwego podłoża problemów. Nie stosował egzorcyzmów bez potrzeby, gdyż uważał, że „liturgicznym egzorcyzmem można zaszkodzić, kiedy mamy do czynienia z osobą chorą psychicznie [...]. Odprawienie nad nią egzorcyzmu może wzmocnić jej doświadczenia psychotyczne”⁴.

¹ Por. BARABASZ et al. *Pomiędzy wiarą a nauką*, s. 306–310.

² Por. RYSZKA, *Spotkania z egzorcystami*, s. 205.

³ BARABASZ et al. *Pomiędzy wiarą a nauką*, s. 311.

⁴ KUSTRA, *Opełtanie jako kategoria psycho-pedagogiczna*, s. 177.

Zanim udzieli się pomocy takim osobom, należy zawsze odpowiedzieć na pytanie: kiedy potrzebna jest terapia, a kiedy egzorcyzm?

Psychiatrzy i psychoterapeuci wobec wyjaśnień teologicznych i praktyki egzorcyzmów przyjmują różne stanowiska⁵. Krystalizowały się one na przestrzeni całej historii wiedzy religijnej i medycznej, w której możemy wyróżnić cztery etapy rozwoju myślenia o opętaniu przez złego ducha i zaburzeniach psychicznych, mające i dzisiaj wpływ na kształtowanie się odmiennych typów postaw zarówno duszpasterzy, jak i lekarzy wobec opętania⁶:

1. **Etap redukcjonizmu religijnego.** Redukcjonizm religijny jest podejściem najwcześniejszym. Ponieważ wiedza medyczna rozwijała się powoli, to w pierw religie wszelkie zaburzenia psychiczne uznawały za opętanie i nie znając innej możliwości, wykształciły własne sposoby wypędzania złych duchów⁷. W większości znanych kultur na przestrzeni historii ludzkości wierzono w szkodliwy wpływ istot demonicznych na człowieka⁸ i dlatego leczenie chorób poddawano kompetencjom kapłanów⁹. Tę formę redukcjonizmu usprawiedliwia to, że wówczas nie było żadnych kryteriów określających poszczególne jednostki chorobowe¹⁰.

⁵ CARTER i NARRAMORE ukazują trzy możliwości relacji psychiatrii i teologii: relacja wykluczenia, relacja niezależności oraz relacja współzależności (por. CARTER & NARRAMORE, *Integration of Psychology and Theology*, s. 94 oraz: PERZYŃSKI, Demonopatia a psychiatrizy; BARBARO DE, Opętanie: kategoria teologiczna czy psychiatryczna?).

⁶ Por. WOJTAS & NOWICKA-SAUER, Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

⁷ Por. np. FLIS, *Jezus a demony*, s. 25–28; GRANET, *Religie Chin*, s. 15–105; KOŚCIELNIAK, *Złe duchy w Biblii i Koranie*, s. 273.

⁸ Wiara w możliwość jakiejś formy opętania występuje obecnie na wszystkich kontynentach i aż w 74% z przebadanych 488 społeczności z całego świata (por. BOURGUIGNON, *Spirit Possession*, s. 502).

⁹ Por. BYLICA, *Zaburzenia dysocjacyjne czy opętanie przez Szatana?*, s. 217.

¹⁰ Np. jako chorobę boską lub demoniczną traktowano epilepsję (gr. *ἐπιληψία* – „bycie pochwyconym”). Starożytni uważali, że tylko bóg może całkowicie opanować człowiekiem i z tej racji określali ją jako boską (por. T. BILIKIEWICZ, *Psychiatria kli-*

Współcześnie postawę redukcjonizmu religijnego prezentują osoby podważające skuteczność medycyny czy psychologii wobec problemu opętania. Twierdzą one — na przykład — że nauki empiryczne nie mają kompetencji, by bezpośrednio podchodzić do kwestii zła, a w przypadku konkretnego cierpiącego człowieka wypowiadać się, czy ma miejsce opętanie¹¹. Podejście takie znajdziemy u fundamentalistów ewangelicznych, ale zdarza się również przy błędnej postawie duchownych lub członków grup modlitewnych, którzy nie przyswoili sobie prawidłowego nauczania Kościoła i podejmują się egzorcyzmowania bez wcześniejszych konsultacji psychologicznych.

2. **Etap redukcjonizmu naturalistycznego.** Redukcjonizm naturalistyczny także przyjmuje postawę wykluczania, które tym razem odnosi się do twierdzeń teologicznych. Odrzuca się tutaj realną możliwość opętania przez złego ducha, a wszelkie objawy sprowadza do zaburzeń psychicznych. W efekcie osoby uważające się za opętane zawsze zostają zaklasyfikowane jako schizofrenicy, epileptycy czy histerycy¹². Skłonność współczesnych przedstawicieli nauk empirycznych do wykluczania możliwości zaistnienia opętania wynika z faktu, iż wielu z nich nie uznaje ani istnienia Boga, ani innych osobowych bytów duchowych¹³. Stąd odrzucają oni możliwość ataku demonów i wszystkie badane przypadki usiłują sprowadzić do chorób psychicznych

niczna, s. 171). Chrześcijanie epilepsję przypisywali nie Bogu, lecz diabłu. Chorobę tę zaprzestano traktować jako opętanie dopiero w XVII w.

¹¹ Por. np. NOWAK, *Identyfikacja postaw*, s. 198; GUARINELLI, *Rozdwojenie osobowości*, s. 103.

¹² Np. dla Jeana-Martina CHARCOTA opętanie demoniczne oznaczało szczególną formę hysterii (por. WULFF, *Psychologia religii*, s. 51).

¹³ Badania na temat religijności wskazują, że wśród amerykańskich psychiatrów znajduje się największy odsetek niewierzących (por. CURLIN et al. *The Relationship Between Psychiatry and Religion*). BERGIN zaznacza, że psychoterapeutę od pacjenta często dzieli „religijna przepaść”, gdyż wartości humanistycznego idealizmu współczesnej psychologii klinicznej są odległe od wartości teistycznych (por. BERGIN, *Values and religious issues*).

lub nerwic¹⁴. W ten sposób eliminują religię w leczeniu tych zaburzeń. Stanowi to formę psychologizmu, polegającego na wyjaśnianiu doświadczeń religijnych jedynie w granicach wymiaru psychicznego i odrzuceniu możliwości ich wyjaśnienia w obszarze duchowym¹⁵.

Oba powyższe podejścia są metodologicznie błędne i stanowią przykład redukcjonizmu albo przez fideizację, albo psychologizację doświadczeń religijnych¹⁶.

3. **Etap separacji.** Separacja, czyli relacja niezależności medycyny i teologii, jest obecnie opcją najczęściej preferowaną w piśmiennictwie psychiatrycznym¹⁷.

4. **Etap podejścia komplementarnego.** Akceptacja współzależności medycyny i teologii¹⁸ dopuszcza możliwość doszukania się dwu przyczyn objawów opętania – naturalnej i nadnaturalnej, co prowadzi do poszukiwania dróg współpracy pomiędzy medycyną i psychologią a religią. Takie podejście wydaje się najwłaściwsze z punktu widzenia całościowej koncepcji człowieka. Potrzebę takiego podejścia w psychiatrii wskazuje Bogdan DE BARBARO, stwierdzając, że zjawisko opętania „wymaga korekty modelu biopsychospołecznego. Model ten jest wystarczający, jeśli zawiera i respektuje wymiar duchowy”¹⁹.

¹⁴ Por. ZALEWSKI, *Walka z osobowym złem*, s. 315.

¹⁵ Por. POSACKI, *Okultyzm jako niewierność fundamentalna*, s. 62.

¹⁶ Por. MAKSELO, Posłowie, s. 125. Jeśli ktoś próbuje przyjąć, że jakaś dyscyplina naukowa jest kluczem do zrozumienia wszystkiego, wtedy porzuca pole nauki i przyjmuje postawę redukcjonistyczną i antynaukową. Celem nauk empirycznych jest odkrywanie praw natury, ale nigdy nie uda się im człowieka do końca poznać i wyjaśnić. Teologia natomiast ukazuje człowieka na poziomie nadnatury. Obie dyscypliny nie zaprzeczają sobie, bo posługując się własnymi regułami, ujmują różne wymiary jednej rzeczywistości (zob. JAN PAWEŁ II, *Fides et ratio*, nr 79).

¹⁷ Por. BARBARO DE, DĘBIEC & DROŹDZOWICZ, Dialog między terapeutami a duszpasterzami; KOSTECKA et al. O potrzebie pomocy duchowej; LEPIARCZYK, Szatan – mit czy rzeczywistość?, s. 105–112; PERZYŃSKI, Demonopatia a psychiatry.

¹⁸ Por. PAGE, *Exorcism Revisited*.

¹⁹ BARBARO DE, *Psychiatria a religia*, s. 559.

Spojrzenie teologiczne jest w takim podejściu równoprawne ze spojrzeniem psychiatrycznym.

1. Kryteria teologiczne opętania

Z praktyką egzorcyzmów²⁰ spotykamy się nie tylko w chrześcijaństwie różnych wyznań²¹, ale także w judaizmie²² i islamie²³. Egzorcyzmy stosowano w starożytnym Egipcie²⁴, w Sumerii, Asyrii, Babilonii²⁵ i Grecji²⁶. Praktykowanie egzorcyzmów znane było w koreańskim szamanizmie²⁷, w religii starożytnych Chin²⁸, w Wedach²⁹ i buddyzmie³⁰. W tych wszystkich kulturach wierzono w realny wpływ istot demonicznych i dlatego wyznaczano ludzi zajmujących się praktykami magiczno-egzorcyzystycznymi.

Należy jednak zaznaczyć, że demonologia judeochrześcijańska jest odmienna od wierzeń innych religii³¹. Chrześcijaństwo nie podziela koncepcji wschodnich, głoszących gnostyczny dualizm dobra i zła czy równowagę pierwotnych i przeciwnych sobie sił (np. Yin

²⁰ Etymologicznie słowo egzorcyzm (łac. *exorcisare*) pochodzi od greckiego *επιτίθειν* (przysięgać, kłaść się, zaklinać), co znaczy wzywać usilnie kogoś, aby coś uczynił. Egzorcyzmować oznacza „wypędzać złe duchy” (por. ZIĘBA, *Egzorcyci*, s. 18).

²¹ Por. PAPADEMETRIOU, *Exorcism and the Greek Orthodox Church*, s. 66–72; NISCHAN, *The Exorcism Controversy*; CUNEO, *American Exorcism*, s. 111–119.

²² Mistycyzm żydowski określa złośliwego ducha terminem „dybuk” (hebr. דיבוק – przyłgnięcie), którego wypędza się egzorcyzmami (por. UNTERMAN, *Encyklopedia tradycji i legend żydowskich*, s. 77; SZAŁANDA, *Zarys demonologii*, s. 231–235).

²³ Por. KIM, *Jinn Possession and Uganda*; KOŚCIELNIAK, *Złe duchy w Biblii i Koranie*, s. 259.

²⁴ Por. OESTERREICH, *Possession and Exorcism*, s. 147–148; FLIS, *Antydemoniczne praktyki starożytnego Egiptu*, s. 118.

²⁵ Por. FLIS, *Jezus a demony*, s. 25–28; SOŁTYSIAK, *Religie Mezopotamii*, s. 161–163.

²⁶ Por. FLIS & ŁUKASZYK, *Cud*, kol. 644.

²⁷ Por. OGAREK-CZOJ, *Mitologia Korei*.

²⁸ Por. GRANET, *Religie Chin*, s. 15–105; ZWOLIŃSKI, *Chiny*, s. 86–87.

²⁹ Por. KIELY & MCKENNA, *Czarny Sakrament*, s. 359; ELLINGER, *Hinduizm*, s. 44; KUDELSKA, *Hinduizm*, s. 33–52.

³⁰ Por. KAPFERER, *Proces rytualny*, s. 273–313.

³¹ Np. z chrześcijańskiego punktu widzenia mantra służąca do walki z demonami hinduizmu może wcale nie służyć uwalnianiu, lecz stać się okazją do wejścia złego ducha (por. ZIĘBA, *Egzorcyci*).

– Yang), ani nie akceptuje odprawiania różnego rodzaju obrzędów celem zapewnienia sobie przychylności wrogich człowiekowi demonów (np. szamanizm). Teologia refleksji na temat działania złego ducha zawsze dokonywała się w świetle nauczania i przykładu samego JEZUSA CHRYSYTA. Chociaż zagadnienia te nie należały do głównych tematów nauczania Kościoła, to były one na tyle istotne, że wykształciła się odrębna dyscyplina teologiczna, nazwana demonologią³². W historii istniały okresy, kiedy ta problematyka była szerzej obecna w nauczaniu dotyczącym życia duchowego, i okresy osłabnięcia lub nawet utraty zainteresowania tym tematem. Współcześnie można spotkać cały wachlarz poglądów kwestionujących tradycyjną demonologię: od zakwestionowania realnego istnienia diabła traktowanego jedynie jako symbol³³, poprzez postulat rezygnacji z teologicznego nauczania o szatanie, gdyż jest to nie do przyjęcia na gruncie aktualnego „obrazu świata”³⁴, aż po stwierdzenie szkodliwości nauki o demonach, która rzuca cień na chrześcijańskie nauczanie o Bogu³⁵. Pomimo liberalizacji poglądów teologów chrześcijańskich, a może nawet i wskutek gwałtownych procesów laicyzacji w kulturze Zachodu, daje się obecnie zauważyć oznaki powrotu wierzeń w działanie ciemnych sił, a także ożywienia różnych form kultu satanistycznego³⁶ przenikającego do masowej popkultury. Nie dziwi więc wzrost zapotrzebowania na teologię analizującą kwestię złego i rzeczywistość zła.

³² Celem demonologii było zwalczanie rozmaitych form zabobonów, kultu i przywiązania do złych duchów (por. POSACKI, *Demonologia*, s. 17–20).

³³ Katolicki teolog Herbert HAAG ogłosił nawet pożegnanie z diabłem (por. HAAG, *Abschied vom Teufel*; HAAG, *Teufelsglaube*). Natomiast dla protestanckiego teologia Paula TILLICHAniołowie i diabły były tylko poetyckimi symbolami określonych idei (por. TILLICH, *Systematische Theologie*, s. 300).

³⁴ Teolog protestancki Rudolf BULTMANN stwierdził, że demony należą do świata, z którym nauki przyrodnicze i współczesna technika kategorycznie się już rozprawiły (por. BULTMANN, *Neues Testament und Mythologie*, s. 15–53).

³⁵ Por. KRÓLIKOWSKI, *Podstawy teologii i praktyki egzorcyzmów*, s. 11–12.

³⁶ Por. RATZINGER, *Raport o stanie wiary*, s. 117–131; NOWAK, *Satanizm*, s. 12.

Chrześcijańska demonologia ma zakorzenie w Ewangeliach, w nauczaniu epoki patrystycznej³⁷ oraz w orzeczeniach synodów i soborów³⁸. Chrześcijańską demonologię przypomniał bł. PAWEŁ VI³⁹. Potwierdzeniem istnienia diabła był list Kongregacji Nauki Wiary z 1975 roku⁴⁰. Także św. JAN PAWEŁ II wielokrotnie wypowiadał się na temat istnienia i działania złych duchów⁴¹ i na jego polecenie opracowano odnowiony Rytuał egzorcyzmów⁴². Syntezę demonologii podaje Katechizm Kościoła Katolickiego⁴³.

W oparciu o *Rytuał rzymski* oraz duszpasterskie doświadczenie Kościoła⁴⁴ wyodrębnia się różne rodzaje i stopnie działania złego ducha: zwyczajne i nadzwyczajne. Działaniem zwyczajnym jest kuszenie do zła. Natomiast działanie nadzwyczajne przejawia się w takich formach, jak: zaburzenia fizyczne zewnętrzne lub napaści lokalne, obsesje personalne, dręczenie diabelskie oraz opętanie diabelskie (*possessio daemonica*), czyli całkowite zawładnięcie władzami człowieka⁴⁵. Najgroźniejsze z nich jest opętanie. *Encyklopedia Katolicka* podaje taką definicję opętania: „stan całkowitego lub częściowego zawładnięcia osobą ludzką przez osobową istotę działającą na jej szkodę”⁴⁶.

W odnowionym *Rytuale rzymskim* nie podano definicji opętania, ale na drodze negatywnej określono, czym opętanie nie jest: nie jest pokusą (nr 10), nie jest formą władzy złego, która wynika z grzechu

³⁷ Np. św. IGNACEGO ANTIOCHEŃSKIEGO (†107), św. POLIKARPA (†156), św. IRENEUSZA (†202), TERTULIANA (†220), św. AUGUSTYNA (†430).

³⁸ Sformułowania dogmatyczne nt. demonologii są owocami IV Soboru Laterańskiego w 1215 roku, a także Florenckiego, Trydenckiego i Watykańskiego II (por. GŁOWA & BIEDA, *Breviarium fidei*, s. 167, 177–178; NOWAK, *Satanizm*, s. 67; BARTNIK, *Dogmatyka katolicka*, s. 480–481).

³⁹ Por. np. PAWEŁ VI, *Tajemnica i dramat zła w świecie*, s. 259–267.

⁴⁰ Por. *Wiara chrześcijańska i demonologia*.

⁴¹ Np. w „Liście do młodych całego świata” z 1985 roku, a także w katechezach z 1986 roku na temat *Credo*.

⁴² Por. *Egzorcyzmy i inne modlitwy błagalne: Rytuał rzymski*.

⁴³ Por. KKK : 391–409; 517; 538; 550; 635; 1086; 1237; 1673; 2113, 2116–2117, 2482, 2538; 2850–2853.

⁴⁴ Por. POSACKI, *Nota Duszpasterska na temat magii i demonologii*, s. 130–131.

⁴⁵ Por. NOWAK, *Opętanie*, s. 612.

⁴⁶ NAPIWODZKI, *Opętanie*, kol. 644.

pierworodnego (nr 10), nie jest chorobą psychiczną ani wytworem wyobraźni (nr 14), nie jest chorobą uleczalną środkami medycznymi, a tylko egzorcyzmem (nr 14), nie jest wytworem ludowych wierzeń (nr 15) ani nie zależy od wyznania i religii (nr 18)⁴⁷.

*Rytuał rzymski*⁴⁸ wylicza trzy klasyczne wskazówki dla odróżnienia opętania przez diabła od choroby psychicznej:

- (a) Wypowiadanie słów w nieznanym języku bądź rozumienie osoby mówiącej w obcym języku. Nie chodzi tutaj o występujące w grupach modlitewnych zjawisko glosolalii, gdzie, jak wykazały badania, wypowiadane teksty na ogół nie mają sensu w żadnym znanym języku, a nawet nie tworzą wyodrębnionych zdań⁴⁹. W przypadku opętanego chodzi o prowadzenie lub rozumienie dłuższych rozmów w języku obcym, którego nigdy się nie uczył i nie słyszał (ksenolalia)⁵⁰.
- (b) Wyjawianie spraw dalekich i ukrytych, które mają wydarzyć się w przyszłości bądź są tajemnicami, których ta osoba nie miała sposobności znać w żaden sposób (np. znajomość grzechów czy chorób egzorcysty lub osób towarzyszących)⁵¹.

⁴⁷ Por. NANNI, *Palec Boży*, s. 274–275.

⁴⁸ *Egzorcyzmy i inne modlitwy błagalne: Rytuał rzymski*, s. 17.

⁴⁹ Zdaniem badaczy, którzy zastosowali kryteria lingwistyczne, słowotok glosolalii w czasie modlitwy na ogół stanowi zbitkę sylab i słów zapożyczonych ze znanych bądź zasłyszanych języków. Są zatem formą fasadowego pseudojęzyka analogicznego do mowy niemowlęcia (por. SAMARIN, *Tongues of Men and Angels*, s. 128).

⁵⁰ Niekiedy takie przypadki interpretuje się jako przykłady kryptomnezji. Do tychczas jednak nie zaobserwowano, aby osoba znajdująca się w naturalnym transie używała języka obcego do uporządkowanej mowy. Zawsze, gdy jakieś transowe „medium” używało języka obcego, to były to słowa lub zdania pochodzące z jakiejś książki lub znane z osobistego doświadczenia, o czym medium przypominało sobie w następstwie występującej w transie hypermnezji (por. RYBAKOWSKI, PUŻYŃSKI & WCIÓRKA, *Psychiatria*, s. 321).

⁵¹ Por. PIĄTKOWSKI, Współpraca egzorcysty z psychiatrami (wykład w Gnieźnie 13.10.2005), [w:] *Zarys katolickiej demonologii*, s. 36 (lub: [www: http://sfd.kuria.lublin.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=163](http://sfd.kuria.lublin.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=163):

wsppraca-egzorcysty-z-psychiatrami&catid=39:uzdrowienie-uwolnienie&Itemid=69

- (c) Siła fizyczna przekraczająca naturalne możliwości (np. okazywanie niezwykłej siły fizycznej, odporność na bodźce bólowe, wielokrotnie zwiększony ciężar ciała albo poczucie lekkości lub unoszenia się ciała – lewitacja).

W *Rytuale rzymskim* podkreślono, iż wszystkie trzy powyższe objawy rzadko występują razem, i przyznaje się, że niekoniecznie muszą one pochodzić od diabła⁵². Objawów tych nie należy więc przeceniać, bo ostatecznie są jedynie oznaką, symptomem, wskazówką (*signa, indicia*).

Dlatego w rozeznawaniu prawdziwości opętania należy brać pod uwagę zachowania awersyjne, zwłaszcza natury moralnej i duchowej, które również mogą wskazywać na działanie diabła⁵³. Do zachowań awersyjnych osób opętanych przez złego ducha zalicza się najczęściej obiektywny lęk wobec wszelkiego *sacrum*. U chorych psychicznie dominuje lęk subiektywny, polegający na tym, że pacjent obawia się czegoś lub kogoś w sposób nieadekwatny do rzeczywistego zagrożenia. U ludzi opętanych przez złego ducha dominuje lęk obiektywny, czyli adekwatny do zagrożenia. Np. ktoś opętany przez złego ducha reagować będzie lękiem na osoby duchowne, na modlitwę, na rzeczy święte czy też na podawaną wodę święconą, gdyż stanowią one realne i obiektywne zagrożenie dla demona działającego w tym człowieku⁵⁴. Będzie to reakcja adekwatna, o ile podawana woda jest faktycznie poświęcona. Natomiast osoba cierpiąca na fobię religijną będzie reagować lękiem na zwykłą wodę, o ile zasugeruje się jej, że chodzi o wodę święconą. Jej reakcja awersji będzie wówczas subiektywna. Wynik testu wody święconej będzie jednak tylko wtedy w pełni wiarygodny, o ile będzie to podwójnie ślepa próba, czyli gdy zarówno osoba poddawana próbie, jak i osoba, która będzie stosować test wody

⁵² Por. FONTELLE, *Egzorcyzm*, s. 98.

⁵³ Będą to np. gwałtowna nienawiść do Boga, CHRYSYUSA, Maryi, świętych i Kościoła, do słów Pisma św., obrzędów sakramentalnych, przedmiotów sakralnych i świętych obrazów albo też awersja religijna przejawiająca się upadkiem praktyk religijnych, rozdzwieniem między wiarą a życiem.

⁵⁴ Por. AMORTH, *Egzorcyci i psychiatrzy*, s. 113; POSACKI, *Niebezpieczeństwa okultyzmu*, s. 70–71.

święconej, nie będą wiedzieć, jaki środek został zastosowany (zwykła woda czy woda poświęcona). Jedynie koordynator próby, który sam nie uczestniczy w jej przeprowadzaniu, orientuje się, czego i kiedy użyto. Dopiero ta procedura prowadzi do ograniczenia wpływu sugestii egzorcysty na osobę poddawaną testowi. Jest to o tyle ważne, iż awersyjne reagowanie na *sacrum* pojawić się może także w nerwicy, np. jako skutek nadmiernego obciążenia psychicznego lub religijnego albo jako skutek tłumionej złości wobec rodzica (ktoś boi się wyrazić wprost złość wobec ojca czy matki, ale wobec niewidzialnego Boga może być mu łatwiej).

Określając kryteria opętania, Kościół przestrzega przed czysto racjonalistycznym podejściem do tych zjawisk, gdyż nie można takiej możliwości wykluczyć w świetle Nowego Testamentu i wielowiekowej tradycji chrześcijańskiej. Zarazem Kościół zawsze ganił nadmierną łatwowierność w tej materii, stanowczo potępiając zbyt pochopne doszukiwanie się obecności demonów⁵⁵. Już Rytuał z 1614 roku mówił o możliwości istnienia symptomów podobnych do opętania⁵⁶ i określił, że opętanie wywołuje objawy z czterech różnych obszarów: sfery religijnej, cielesnej, psychicznej oraz parapsychologii (metapsychologii). Stąd obligowano egzorcystę do odróżnienia opętania od melancholii lub innej choroby. W roku 1952 w tekście tegoż Rytuału termin „melancholia” zastąpiono określeniem „choroby psychiczne”⁵⁷.

Problem utrzymania zakresu kompetencji teologii i medycyny wskazał wyraźnie św. JAN PAWEŁ II w głoszonych katechezach:

Nie zawsze łatwo jest określić to, co w tego rodzaju wypadkach jest wynikiem działania sił nadprzyrodzonych. Kościół nie popiera i nie może popierać tendencji do zbyt pochopnego przypisywania wielu faktom bezpośredniego działania demona⁵⁸.

⁵⁵ Por. NOWAK, *Opętanie*, s. 612; SCOLA, *Kulty sataniczne*, s. 298.

⁵⁶ Już w XV wieku dominikanin Johannes NIDER podaje przykłady osób, które wydawały się opętane, lecz były to przypadki chorób psychicznych (por. ZALEWSKI, *Walka z osobowym złem*, s. 319).

⁵⁷ Por. MAGGIONI, *Chrystus i Szatan*, s. 37.

⁵⁸ JAN PAWEŁ II, *Aniołowie upadli*, s. 207.

Także *Katechizm Kościoła Katolickiego* formułuje w sposób jednoznaczny zalecenie o właściwym rozeznaniu przyczyn zauważanych symptomów:

Czymś zupełnie innym jest choroba, zwłaszcza psychiczna, której leczenie wymaga wiedzy medycznej. Przed podjęciem egzorcyzmów należy więc upewnić się, że istotnie chodzi o obecność Złego, a nie o chorobę⁵⁹.

We wstępie do odnowionego *Rytuału* z 1998 roku czytamy:

W przypadku jakiejś ingerencji uważanej za diabelską trzeba nade wszystko, aby egzorcysta zachował niezbędną oraz posuniętą do maksimum ostrożność i roztropność. Przede wszystkim niech zbyt łatwo nie wierzy, że została opętana przez diabła osoba, która cierpi na jakąś chorobę, zwłaszcza psychiczną. Niech również nie daje wiary, iż zachodzi opętanie, gdy ktoś uskarża się, że doznaje szczególnych pokus diabelskich, że jest opuszczony i udręczony. Może to bowiem być złudzenie wywołane własną wyobraźnią. Niech też egzorcysta nie daje się zwieść podstępnyimi sztuczkami, jakimi posługuje się diabeł, który pragnie oszukać człowieka i odciągnąć go od zamiaru poddania się egzorcyzmowi, gdyż rzekomo jego choroba jest czysto naturalna albo też podlega kompetencji lekarzy. Należy wszechstronnie zbadać sprawę, aby się przekonać, czy rzeczywiście jest dręczony przez diabła ktoś, kto się za takiego uważa⁶⁰.

Z powyższych wypowiedzi wynika jednoznacznie, że Kościół katolicki jest w pełni świadomy, że choroba może przypominać symptomy opętania i że istnieje konieczność ich rozróżniania w praktyce pastoralnej. Kościół odwołuje się zatem do psychiatrii, ale również uwzględnia realną działalność złego ducha. Dlatego przestrzega egzorcystów, aby nie mylili objawów pochodzących od złego ducha z chorobami i nie przekraczali granic swoich kompetencji, wchodząc na teren zarezerwowany dla lekarzy. Stąd duchowny pełniący

⁵⁹ KKK, 1673. Por. też KPK, kan. I 172.

⁶⁰ *Egzorcyzmy i inne modlitwy błagalne: Rytuał rzymski*, s. 16n.

posługę egzorcysty powinien — o ile to możliwe — zasięgnąć opinii biegłych medycznych, zwłaszcza psychiatrów⁶¹. Etap diagnostyczny musi poprzedzić decyzje o zastosowaniu właściwych środków leczniczych: czy będzie to duchowa terapia, czy też należy zastosować psychoterapię albo terapię farmakologiczną.

Ponieważ granice między zjawiskami psychopatologicznymi a rzeczywistym oddziaływaniem złych duchów nie są wyraźne i pozostają trudne do określenia, to — jak zauważył Henryk BLESS⁶² — nie jest czymś niezwykłym, że w posłudze egzorcystów chorobę psychiczną niejednokrotnie omyłkowo poczytywano za opętanie. Należy zawsze mieć świadomość, iż Kościół (egzorcysta, biskup, a nawet papież) na temat obecności złego ducha w konkretnej sytuacji nigdy nie wypowiada się w sposób nieomylny (poza wypadkami opisanymi na kartach Pisma św.). Pozwolenie Kościoła na egzorcyzmowanie przez egzorcystę jest uwarunkowane stwierdzeniem istnienia racji dostatecznych, które takie działanie uzasadniają. Badanie opiera się przecież wyłącznie na objawach opętania, które jednak bywają podobne do objawów chorobowych. Stąd zdarzało się, że wydano błędny osąd i zastosowano egzorcyzmy w wypadkach, które nie miały nic wspólnego z opętaniami⁶³.

Zdaniem włoskiego psychologa Eugenio FIZZOTTIEGO rozpowszechniane informacje na temat działania złego ducha często nie ukazują całej złożoności tego zjawiska, wskutek czego zbyt łatwo uznaje się za przejaw opętania przez diabła coś, co w rzeczywistości jest tylko symptomem zaburzeń psychicznych. Jego zdaniem tylko w dwóch czy trzech przypadkach na tysiąc będziemy mieli do czynienia z rzeczywistym opętaniami⁶⁴. Chociaż w tej materii nie prowadzono żadnych systematycznych badań statystycznych, to jego spostrzeżenia znajdują potwierdzenie w wypowiedziach polskich egzorcystów. Nieżyjący już nestor współczesnych polskich demonologów

⁶¹ Por. PIETRUCZUK, Posługa kapłana egzorcysty.

⁶² Por. BLESS, *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, s. 65.

⁶³ Np. słynny przypadek pseudodemonizmu, który miał miejsce w XVII wieku we Francji w klasztorze w Loudun. Wystarczyło wprowadzić w życie podstawowe zasady higieny psychicznej, aby nastąpiło uzdrowienie (por. *Ibid.* s. 65–66).

⁶⁴ Por. FIZZOTTI, *Satanizm*, s. 59.

ks. Marian PIĄTKOWSKI oszacował, że wśród ok. 2–3 tysięcy osób zgłaszających się do niego po pomoc egzorcysty prawdziwych opętań (*possessio daemonica*) było mniej niż 1%⁶⁵, podczas gdy w zachodniej i środkowej Europie liczba ta oscyluje od 1 do 3%. Znacznie więcej opętań spotyka się w krajach misyjnych. Podobne liczby podaje egzorcysta i psycholog ks. Andrzej JAGIEŁŁO⁶⁶. Natomiast znacznie częściej u osób zgłaszających się do egzorcystów diagnozuje się różne stopnie zniewolenia przez złego ducha (ok. 40%). Osoby te cierpiały na rozmaite formy zniewoleń narkotycznych, alkoholowych, seksualnych czy uzależnień od Internetu. Doświadczwały przy tym takich objawów, jak stany depresyjne czy lękowe. Ponieważ zniewolenia te nie poddawały się wcześniej terapii medycznej, a ustępowały dzięki egzorcyzmowi i modlitwie, więc egzorcysty uznają je także za skutek działania złego ducha.

2. Psychologiczne kryteria diagnozy opętania

Jak wspomniano wcześniej, poglądy medycyny i psychologii klinicznej na temat etiologii, typologii i sposobów leczenia opętania zmieniały się na przestrzeni historii. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD-10) objawy opętania przyporządkowała jednostce chorobowej zwanej zaburzeniem transowym i opętaniowym (ang. *Trance and Possession Disorder* – kod F44.3)⁶⁷. Obecna klasyfikacja zaburzeń psychicznych jest rezultatem prac prowadzonych od roku 1957⁶⁸. Powstał wówczas słownik opisujący poszczególne kategorie zaburzeń psychicznych, który ukazał się równoległe z ósmą rewizją

⁶⁵ Por. PIĄTKOWSKI, Kim jest nasz nieprzyjaciel i jak on działa? (wykład podczas konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia ds. Uwalniania, Jasna Góra 11.7.2005), [w:] *Zarys katolickiej demonologii*, s. 28–32 (lub: [www: http://sfd.kuria.lublin.pl/index.php?option=com_content&id=154](http://sfd.kuria.lublin.pl/index.php?option=com_content&id=154)). Zob. też: PIĄTKOWSKI & ROJEK, Szatan – mit czy groźny wróg? (Z ks. Marianem Piątkowskim z Poznania, koordynatorem posługi Księży Egzorcystów w Polsce, rozmawia Bożena Rojek), [w:] *Nowe Życie: Dolnośląskie Pismo Katolickie* 5 (2007).

⁶⁶ Por. JAGIEŁŁO, Opętanie i opętani, s. 184.

⁶⁷ Por. *International statistical classification of diseases*.

⁶⁸ Por. STENGEL, *Classification of mental disorders*.

ICD w 1965 roku, a krótkie opisy tych kategorii zostały włączone do kolejnych wersji ICD-9 oraz ICD-10. ICD-10 trans i opętanie opisuje jako dysocjacyjne zaburzenia nerwicowe, będące somatyczną reakcją na stres, wynikiem trudnych przeżyć czy problemów w kontaktach interpersonalnych⁶⁹. Klasyfikacja ICD obowiązuje w Polsce od roku 1996⁷⁰.

Podążając za klasyfikacją WHO, David M. WULFF, określa opętanie jako:

sprokowany niekiedy z własnej woli stan transu, zwykle odznaczający się intensywną aktywnością motoryczną i podnieceniem emocjonalnym, w którym zwykła osobowość zostaje zastąpiona przez inną, często obcej osoby, co jest interpretowane jako posiadanie w sobie ducha. U obserwatorów opętania wywołuje wszelkie emocje, łącznie z poczuciem niesamowitości i przerażenia, co Otto ujmuje w wyrażeniu „mysterium tremendum”⁷¹.

Natomiast s. Beata ZARZYCKA podaje w *Encyklopedii Katolickiej*, że psychologia rozumie opętanie jako:

stan indywidualnego lub zbiorowego transu przebiegający ze zwężeniem świadomości, połączony z czynnościami rytualnymi, zależnymi od rodzaju religii, wierzeń i obyczajów, oraz z epizodyczną lub długotrwałą utratą poczucia własnej tożsamości osobowej i pojawieniem się nowej tożsamości, przypisywanej wpływowi ducha (bóstwa, demona, diabła lub innej siły)⁷².

W zbliżony sposób do WHO definiuje opętanie Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA), chociaż w kolejnych wersjach wydawanego podręcznika zaburzeń psychicznych rozmaicie je przyporządkowuje. W wersji DSM-III-R z 1987 roku opętanie rozpoznawano jako jeden z możliwych przejawów zaburzenia osobowości

⁶⁹ Por. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*, s. 98–99.

⁷⁰ Por. CIERPIAŁKOWSKA, *Psychopatologia*, s. 18.

⁷¹ WULFF, *Psychologia religii*, s. 549.

⁷² ZARZYCKA, *Opętanie*, kol. 644–645.

mnogiej albo urojenie w zaburzeniu psychotycznym⁷³. W kolejnej wersji DSM-IV z 1994 roku wyodrębniono osobną kategorię opętania i transu⁷⁴. Po wprowadzeniu takiej odrębnej kategorii opętania i transu w publikacjach naukowych opisano szczegółowo przynajmniej 402 przypadki z całego świata spełniające kryteria diagnostyczne. Zebrane dane wykazały jednakową liczbę kobiet i mężczyzn cierpiących na takie zaburzenia oraz przewagę przypadków patologicznego opętania (69%) nad transem (31%). Zdaniem Emmanuela H. DURINGA i współpracowników jest to zatem zaburzenie powszechne⁷⁵. Natomiast w naszym kręgu socjokulturowym zdaniem Jerzego W. ALEKSANDROWICZA zjawisko to ma występować stosunkowo rzadko⁷⁶.

Jednakże w najnowszym podręczniku DSM-5 z 2013 roku nie wyodrębniono już opętania jako odrębnej kategorii, lecz podciągnięto je pod dysocjacyjne zaburzenie transu (*dissociative trance disorder*) opatrzone kodem 300.14, oraz zaburzenie dysocjacyjne, gdzie indziej niesklasyfikowane (*dissociative disorder not other specified*) opatrzone kodem 300.15⁷⁷.

DSM-5 podaje pięć kryteriów diagnostycznych, które wszystkie muszą zostać spełnione dla zdiagnozowania dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości:

- A. Odrębny stan osobowości – zakłócenie tożsamości charakteryzuje się dwoma lub większą liczbą odrębnych stanów osobowości, które mogą być opisywane jako doświadczenie opętania. Zakłócenie zaznacza się nieciągłością poczucia siebie i poczucia sprawstwa wraz z powiązanymi zmianami afektu, zachowania, świadomości, pamięci, percepcji, poznania lub funkcjonowania sensomotorycznego.

⁷³ Por. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1987), s. 271–272.

⁷⁴ Por. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994).

⁷⁵ Por. DURING et al. A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders.

⁷⁶ Por. ALEKSANDROWICZ, *Psychopatologia*, s. 89; 91.

⁷⁷ Por. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013).

- B. Amnezja – powtarzające się przerwy w przypominaniu zdarzeń codziennych, ważnych informacji osobistych lub wydarzeń traumatycznych, które wykraczają poza zwykłe zapomnienie. Amnezja w tym zaburzeniu występuje wtedy, gdy nowy stan zajmuje miejsce poprzedniego stanu. Poszczególne stany nie są zdolne dzielić się pamięcią.
- C. Objawy są na tyle poważne, że powodują znaczne cierpienie lub zakłócają życie społeczne, zawodowe lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.
- D. Zaburzenie nie stanowi normalnej części szeroko akceptowanej praktyki kulturowej lub religijnej.
- E. Symptomy nie są spowodowane fizjologicznym działaniem jakichś substancji (np. ataki wskutek zatrucia alkoholowego) lub innymi uwarunkowaniami medycznymi.

Z podręcznika DSM-5 wynika, iż etiologia opętania może być wieloczynnikowa, gdyż mogą je wywołać czynniki społeczne, psychiczne oraz fizyczne. Przyjmuje się, że zaburzenia takie mają swoją etiologię we wczesnej historii życia, pełnej powtarzających się urazów psychicznych. Dotąd jednak nie znaleziono zadowalającego wyjaśnienia ich genezy.

Z uwagi na różnorodność symptomów towarzyszących opętaniu trzeba zawsze odnieść się do innych zaburzeń, które mogą wykazywać podobne objawy. Wśród zaburzeń psychicznych, które należy uwzględniać w diagnostyce opętania, wymienia się: epilepsję, psychozę i zaburzenia schizofreniczne, chorobę afektywną, zaburzenia dysocjacyjne (osobowość mnogą), trans bez przybrania nowej tożsamości, zespół GILLES DE LA TOURETTE'A, delirium, zespół stresu pourazowego, demencję, uraz mózgu, alkoholizm, zespół zachowań po użyciu substancji psychoaktywnych, amnezję funkcjonalną oraz inne urazy psychiczne⁷⁸.

⁷⁸ Por. DĘBIEC, *Opętanie*, s. 84–86; A. BILIKIEWICZ, LANDOWSKI & RADZIWIŁŁOWICZ, *Psychiatria*, s. 154–155.

Analiza orzeczeń WHO i APA pozwala dostrzec, że medyczna diagnoza opętania jako zaburzenia patologicznego jest bardzo silnie uwarunkowana kulturowo i zawsze powinna być odnoszona do kontekstu, w którym wystąpiły objawy⁷⁹. Zatem to kryterium kulturowe ma decydować o kwalifikowaniu zachowań i przeżyć pacjenta jako normalnych i zdrowych, czyli niewymagających interwencji ani psychologa, ani egzorcysty⁸⁰.

Klasyfikacje ICD-10 oraz DSM-5, odnosząc się do kategorii kulturowych, nie podają kryteriów uzasadnionych względami kulturo-

⁷⁹ Dlatego, zdaniem Bogdana DE BARBARO, uzależnianie rozpoznania od tego, czy dane zjawisko jest sytuacją religijną „akceptowaną w danej kulturze”, pozostawia ostatnie słowo w kontrowersji między psychiatrą a teologiem antropologowi kultury lub socjologowi (por. BARBARO DE, *Psychiatria a religia*, s. 558). W metodologii psychiatrycznej opętanie zyskuje przez to wyjątkowy status, który sprawia, że do jego diagnozowania nie wystarczy język psychologii. Od psychopatologii należy bowiem odróżnić normalne doświadczenia kulturowe. Piotr BYLICA zauważa, że taka relatywizacja diagnostyki jest oznaką metodologicznej słabości psychiatrii jako nauki (por. BYLICA, *Zaburzenia dysocjacyjne czy opętanie przez Szatana?*, s. 222).

⁸⁰ Prymat kryterium kulturowego nad medycznym nie dotyczy jednak wszystkich kultur. Kryterium normalności stanu opętania stosować można jedynie w kulturach „zacofanych”, ale w przypadku uprzemysłowionych kultur Zachodu doświadczenia opętania nie powinny być uznane za normalne. BERGER i LUCKMANN stwierdzają, że nie można uzasadnić opętania demonicznego problemami tożsamościowymi „żydowskich intelektualistów z klasy średniej w Nowym Jorku”. Jednak w krajach, gdzie oddziałują inne czynniki kulturowe, sytuacja może być odmienna. Stąd przejawiający problemy tożsamościowe mieszkańcy Haiti są opętani, bo wieśniak haitański, który internalizuje psychologię voodoo, zostanie opętany tak szybko, jak tylko odkryje dobrze zdefiniowane sygnały. Natomiast nowojorski intelektualista, który internalizuje psychoanalizę, jak tylko rozpozna pewne dobrze znane objawy, staje się neurotyczny (por. BERGER & LUCKMANN, *The Social Construction of Reality*, s. 178–179). Przyjmując taki tok myślenia, należałoby w niektórych krajach zawiesić możliwość stosowania psychologii, a w niektórych dopuszczać jedynie formę terapii zaburzeń psychicznych. Podążając tym tropem, Adam BILIKIEWICZ sugeruje, że rozpoznanie opętania nie powinno mieć miejsca w diagnostyce psychiatrycznej w naszych warunkach kulturowych (por. A. BILIKIEWICZ, LANDOWSKI & RADZIWIŁŁOWICZ, *Psychiatria*, s. 155). Natomiast zdaniem Jacka DĘBCA decyzje diagnostyczne opętania trzeba odnosić nie tylko do norm kulturowych aktualnych w danym czasie, ale także do wpływu na kształt dzisiejszych przekonań kultury minionych dziejów (por. DĘBIEC, *Opętanie*, s. 45). Jednak rodzi się pytanie: czy normy psychiatrów amerykańskich (APA), osadzone w tamtej kulturze, można wprost przenosić na polski grunt?

wymi, które pozwalałyby jednoznacznie oddzielić przypadki patologicznego opętania od opętań niepatologicznych. Dzięki temu psychiatrzy teoretycznie mają otwartą możliwość stwierdzenia braku skuteczności terapii i na tej podstawie mają prawo doradzać pacjentowi skontaktowanie się z egzorcystą⁸¹.

Jednakże klasyfikacje ICD-10 oraz DSM-5 nie dopuszczają do interpretacji opętania jako realnego zniewolenia człowieka przez demona. Zjawisko opętania zostaje rozpoznane jako stan z pogranicza transu, padaczki, psychozy czy poczucia owładnięcia przez jakiegoś ducha bądź demona. Jednak mowa tu tylko o „poczuciu” pacjenta. A jeśli u niektórych pacjentów cierpiących na takie zaburzenie zdarzają się jakieś objawy, których współczesna psychiatria nie jest w stanie wytłumaczyć, to nie jest wykluczone, iż w przyszłości będzie można to w pełni wyjaśnić. Takie stanowisko podważa zasadność egzorcyzmowania osób doświadczających opętania, gdyż albo uznaje je za rodzaj zaburzeń o genezie naturalnej, albo za formy ekspresji duchowej, które w pewnych kulturach należą do normy (zdrowia)⁸².

W definicjach WHO i APA nie ma miejsca na rozeznanie duchowe opętania przez egzorcystę. W ten sposób definicje te okazują się silnie uwarunkowane kontekstem światopoglądowym racjonalizmu, naturalizmu i redukcjonizmu ontologicznego⁸³.

Zgodnie z naturalistycznym, tj. czysto patologicznym, rozumieniem opętania, o ile egzorcyzmy przynoszą ulgę komuś cierpiącemu na taką formę zaburzenia nerwicowego, to tylko w zakresie usunięcia bądź złagodzenia objawów, ale nie leczą jego przyczyn. DE BARBARO uzasadnia taki efekt tym, że w psychoterapii między terapeutą a pacjentem dochodzi do spotkania „we wspólnej przestrzeni językowej

⁸¹ Por. BYLICA, Zaburzenia dysocjacyjne czy opętanie przez Szatana?, s. 225.

⁸² Opinie, że wszystkie przypadki opętania można wytłumaczyć bez konieczności odwoływania się do przyczyn pozanaturalnych, usłyszeć można także od duchownych katolickich (por. NIEMANN, Szalony czy obłąkany?, s. 166; MÜLLER, *Verwünscht, Verhext, Verrückt oder Was?*, s. 123–124). Przykładem sprowadzania opętania do zaburzeń psychicznych jest stanowisko Isidore FROCA, który uważa, że opętania opisywane przez egzorcystów i choroby diagnozowane przez lekarzy to jedno i to samo zjawisko, choć rozpatrywane z różnych perspektyw (por. FROC, *Egzorcyciści*).

⁸³ Por. POSACKI, *Encyklopedia zagrożeń duchowych*, s. 179.

i znaczeniowej”. Działania egzorcyisty mogą okazać się skuteczne, dlatego że pozostają „kompatybilne” ze stanem świadomości i językiem osoby chorej oraz dlatego że istnieje podobieństwo technik psychoterapii stanów dysocjacyjnych do procesu egzorcyzmowania⁸⁴. Metoda egzorcyzmowania przypomina bowiem takie metody leczenia stanów dysocjacyjnych jak hipnoza czy sugestia⁸⁵. W takim rozumieniu egzorcyzm jest rodzajem medycyny alternatywnej, czyli staroświecką, ale w miarę skuteczną formą psychoterapii. Przy takim naturalistycznym podejściu skuteczność działania egzorcyzmów tłumaczyć można również efektem placebo⁸⁶.

Klasyfikacje WHO i APA koncentrują się na symptomach opętania. Brak w nich pytań o przyczynę opętania⁸⁷. A dopiero określenie przyczyny umożliwia przyjęcie wyjaśnień alternatywnych. W przypadku genezy psychologicznej słuszną będzie diagnoza opętania patologicznego, a w przypadku przyczyny ponadnaturalnej słuszną będzie diagnoza prawdziwego opętania. Tę drugą przyczynę można jednak przyjąć jedynie z perspektywy określonej antropologii, pozwalającej uznać nieśmiertelność duszy ludzkiej oraz istnienie istot duchowych, które mogą oddziaływać na człowieka. W takim przypadku nie można przesuwać granic diagnozy opętania w kierunku obszaru psychicznego. Redukcjonistyczne sprowadzenie przyczyn opętania do sfery natury i psychiki szkodzi tym osobom, które są prawdziwie opętane, a które zostają poddawane zbędnej w ich przypadku farmakoterapii⁸⁸. Oznacza to również szkodę dla samych terapeutów, którzy stykając się z przypadkami rzeczywistych opętań, pozostają bezradni w obliczu braku poprawy zaaplikowanymi formami leczenia.

⁸⁴ Por. BYLICA, Zaburzenia dysocjacyjne czy opętanie przez Szatana?, s. 224.

⁸⁵ Por. BARBARO DE, Psychiatria a religia, s. 559.

⁸⁶ Por. ALEKSANDROWICZ, *Psychopatologia*, s. 267.

⁸⁷ Por. BUDZYŃSKI, Szatan w aspekcie biblijno-teologicznym, s. 15; ZALEWSKI, *Walka z osobowym złem*, s. 313.

⁸⁸ Według Felicitas D. GOODMAN czysto kliniczne podejście do opętania, które nie uwzględniło danych antropologii kulturowej, doprowadziło do skazania przez sąd rodziców i księży za egzorcyzmowanie Anneliese MICHEL. Jeśli jednak Anneliese nie była chora, to do jej śmierci doprowadziły zbędne zastosowane leki psychotropowe (por. GOODMAN, *Egzorcyzmy Anneliese Michel*).

3. Stanowisko otwartości na ponadnaturalistyczne wyjaśnienia opętania

Tylko pozytywne ustosunkowanie się medycyny i psychologii do wymiaru duchowego stwarza szansę owocnej współpracy między teologami oraz psychiatrami i psychologami. Bo jeżeli ktoś na podstawie założeń światopoglądowych nie przyjmie istnienia wymiaru transcendentnego i neguje realne istnienie złych duchów, to rozważanie z nim możliwości rzeczywistego opętania nie ma większego sensu. Fenomen taki wyjaśnić może jedynie podejście integrujące wymiar psychologiczny i duchowy⁸⁹.

Aby przyjąć istnienie ponadnaturalnych przyczyn opętania, należy człowieka postrzegać w perspektywie wielu wymiarów jego egzystencji. Poza wymiarem biologicznym i psychicznym należy zatem dostrzegać istniejącą obiektywnie rzeczywistość duchową⁹⁰. Pomińnięcie tego wymiaru prowadzi zwykle do redukcjonizmu w spojrzeniu na człowieka⁹¹. Perspektywa spojrzenia tylko od strony jednego wymiaru prowadzi bowiem w konsekwencji do sprzecznych interpretacji. W perspektywie antropologii przestrzennej Viktora FRANKLA to samo zjawisko postrzegane w innych płaszczyznach daje odmienny obraz⁹². W ten sposób to samo zjawisko opętania widziane jedynie w płaszczyźnie medycznej uzyska zupełnie inny obraz niż w teologicznej. Z kolei za pomocą drugiego prawa antropologii przestrzennej FRANKL dowodzi niewystarczalności wewnątrz naukowych kryteriów do analizy wszystkich zjawisk⁹³. W efekcie poprzez zastosowanie kryteriów z jednej tylko dyscypliny uzyskamy taki sam obraz objawów tak różnych zjawisk jak opętanie patologiczne i prawdziwe opętanie

⁸⁹ Por. STEFFON, *Satanizm jako ucieczka w absurd*.

⁹⁰ Por. BARBARO DE, *Udręka i opętanie*.

⁹¹ Dwuwymiarowe spojrzenie na człowieczeństwo prezentują np. psychoanaliza FREUDA czy behawioryzm.

⁹² Np. rzutem na dwie prostopadłe płaszczyzny cylindra będzie prostokąt albo koło. Oba obrazy są zarazem sprzeczne i prawdziwe (por. FRANKL, *Wola sensu*, s. 36).

⁹³ FRANKL posługuje się tu przykładem rzutowania różnych zjawisk w jednym wymiarze. Np. różne bryły: stożek, walec i kula mogą dać takie same obrazy koła, co nie oddaje pełni prawdy o przedmiotach, których są cieniem (por. FRANKL, *Redukcjonizm*).

przez złego ducha. W rezultacie fenomen natury duchowej rzutowany na płaszczyznę psychologiczną zostaje zredukowany do zjawiska naturalnego.

Konieczność współpracy psychiatrów i psychologów z teologami dostrzegają jednak obecnie obie strony. I tak psychiatria wielokrotnie docenia pozytywny wpływ wartości religijnych na stan psychiczny pacjentów. Np. FRANKL zauważył, że religia potrafi niewiarygodnie dużo zdziałać dla utrzymania psychicznej równowagi, zapewniając człowiekowi poczucie duchowego zakotwiczenia i bezpieczeństwa, którego nie mógłby znaleźć nigdzie indziej. Jednak głównym celem religii nie jest rozwiązywanie psychologicznych konfliktów, lecz zbawienie duszy⁹⁴. Poprawy stanu zdrowia dokonuje ona „nie z zamysłu, *per intentionem*, lecz w sensie skutku, *per effectum*”. Natomiast celem psychoterapii jest „leczenie psychiki, przywracanie psychicznej równowagi”, czyli zdrowie. Jednak psychoterapia może sprawić, że pacjent odnajduje zakryte źródło pierwotnej wiary, ale nie jest to jej celem (*per intentionem*), lecz jedynie drugoplanowym efektem⁹⁵. Natomiast inny psychiatra — Samuel PFEIFER stwierdza, że bardzo częste stosowanie przez psychiatrów ponadnaturalistycznych wyjaśnień psychopatologii przekłada się na uwzględnianie tych czynników w psychoterapii osób religijnych⁹⁶.

Ponadto wiadomo, że niedojrzałe formy religijności spotykane w najbliższym otoczeniu mogą wywierać negatywny wpływ na plastyczną psychikę rozwijającego się dziecka, a to może przyczynić się do ukształtowania osobowości nieprawidłowej lub do rozwoju nerwicy religio-gennej⁹⁷. Stąd aby nie dopuścić do szkody pacjenta, niezwykle ważna jest współpraca psychiatrów i psychologów z teologami.

⁹⁴ Por. FRANKL, *Bóg ukryty*, s. 98–99.

⁹⁵ Por. FRANKL, *Psychoterapia dla każdego*, s. 135.

⁹⁶ Spośród 342 dorosłych pacjentów psychiatrycznych przebadanych przez PFEIFERA 37,6% wierzyło, że przyczyną ich dolegliwości jest działanie złego ducha, a 30,3% szukało pomocy w rytuałach i egzorcyzmach (por. PFEIFER, *Belief in Demon and Exorcism*, s. 256).

⁹⁷ Por. MOLENDĄ, *Rola obrazu Boga*, s. 15–22; NOWAK, *Kirche und Neurose*; NOWAK, *Nerwica a religia*; WULFF, *Psychologia religii*, s. 218–221.

Dialog taki jest szczególnie pożądanym w Polsce, gdzie tak znacząca jest rola chrześcijaństwa⁹⁸.

Także teologia postuluje prowadzenie dialogu interdyscyplinarnego. Zgodnie ze stanowiskiem Kościoła przyjmuje się, że możemy mieć do czynienia z dwoma zjawiskami, które należy od siebie odróżnić: opętania prawdziwego (demonicznego) oraz opętania patologicznego. I takiego rozróżnienia należy zawsze dokonać zarówno z perspektywy naturalnej nauk empirycznych, jak i z perspektywy nauk teologicznych. Celem jest dobro cierpiącego człowieka, który nieraz bardzo boleśnie doświadcza rozmaitych symptomów opętania. Naturalne środki terapeutyczne mogą leczyć tylko naturalne zaburzenia psychopatologiczne, a egzorcyzmy nie nadają się do leczenia opętań patologicznych, tj. zaburzeń wywołanych przez przyczyny psychologiczne⁹⁹.

Choroba pochodzenia diabelskiego, jeśli nawet jest lekka, nie ustępuje nawet po zastosowaniu wszelkich znanych leków, natomiast choroby bardzo poważne, uważane za śmiertelne, w tajemniczy sposób znikają aż do całkowitego wyleczenia dzięki zastosowaniu czysto religijnych środków¹⁰⁰.

Stanowisko otwarcia na ponadnaturalne przyczyny opętania nie wyklucza oczywiście uznania także naturalnej etiologii symptomów. W takim przypadku należy udzielać przede wszystkim pomocy *stricte* psychologicznej. Udzielana równolegle pomoc duchowa (modlitwa, sakrament chorych) może jedynie wspomagać terapię naturalną. Taką właśnie posługę świadczą egzorcyci w zdecydowanej więk-

⁹⁸ Por. KOENIG, *Research on Religion*; KOENIG, *Religia, duchowość i zdrowie psychiczne*.

⁹⁹ Dennis L. BULL wyróżnia zarówno pozytywne, jak i negatywne rezultaty terapeutycznego stosowania egzorcyzmów u osób cierpiących na zaburzenia dysocjacyjne (por. BULL, *A Phenomenological Model of Therapeutic Exorcism*; ELLASON, ROSS & BULL, *Exorcism revisited*). Zdaniem ks. Antoniego J. NOWAKA, na prośbę lekarzy, traktujących egzorcyzmy jako dodatkową formę terapii, jest możliwe ich zastosowanie także w przypadkach chorób psychicznych. Jednakże terapeutyczne stosowanie egzorcyzmów jest nadużyciem, na które egzorcysta winien uzyskać zgodę swego ordynariusza (por. NOWAK, *Satanizm*, s. 74).

¹⁰⁰ BYLICA, *Zaburzenia dysocjacyjne czy opętanie przez Szatana?*, s. 223–224.

szości przypadków. Np. egzorcysta ks. Czesław KUSTRA po rozeznaniu naturalnych przyczyn zaburzeń zamiast egzorcyzmu niejednokrotnie przychodzącym do niego osobom udzielał wsparcia psychologicznego i w ten sposób próbował dotrzeć do prawdziwego podłoża problemów¹⁰¹.

4. Rozbieżności i komplementarność kryteriów rozeznania i diagnozy opętania

W psychiatrii można znaleźć próby ujmowania relacji stanów psychopatologicznych do prawdziwego opętania demonicznego na jednym kontinuum w wymiarze ciągłości. Psycholog i psychoterapeuta Damian JANUS wskazuje, iż początkowym biegunem tegoż kontinuum byłyby zwyczajne przeżycia człowieka, środkiem kontinuum dość dobrze rozpoznane przez klinicystów objawy psychopatologiczne, a krańcowy biegun stanowić miałyby opętanie¹⁰². Model taki pozwala ująć opętanie od strony ilościowej jako wielkie natężenie zjawisk i mechanizmów znanych z praktyki klinicznej. Uzasadnieniem takiego modelu jest istnienie bardzo wielu punktów stycznych zjawisk związanych z opętaniem i psychopatologią. Model ciągłości pozwala klinicystom wyprowadzać obraz opętania przez ekstrapolację dobrze im znanych symptomów zaburzeń psychicznych, a egzorcystom uznawać pewne stany pośrednie między normalnością a opętaniem za chorobowe, w których jeszcze się nie stwierdza działania diabelskiego (np. nie występuje specyficzna reakcja na egzorcyzm). Przyjęcie modelu ciągłości oznaczałoby jednak, że opętanie może zaczynać się od dobrze znanych psychopatologii zjawisk, których nasilenie z czasem narasta. Z drugiej strony symptomy natury ewidentnie psychologicznej, ze względu na znaczne nasilenie, mogą być kojarzone z wpływem diabła¹⁰³. Ponadto oprócz wspólnych symptomów model ciągłości sugeruje istnienie wspólnych elementów etiologicz-

¹⁰¹ Por. KUSTRA, *Opętanie jako kategoria psycho-pedagogiczna*, s. 177.

¹⁰² Por. JANUS, *Psychopatologia a religia*, s. 235–236.

¹⁰³ Por. SCANLAN & CIRNER, *Uwalnianie ze złych mocy*, s. 23; 56.

nych zaburzeń psychicznych i opętań¹⁰⁴, a także działanie wspólnych czynników terapeutycznych. Zatem model kontinuum, chociaż ukazuje, że obszary psychopatologii oraz demonologii zachodzą na siebie, to ma ostatecznie charakter redukcjonistyczny. Zarówno wpływ demoniczny może być zredukowany do psychopatologii, jak i stany psychiatryczne można tłumaczyć ingerencją demona¹⁰⁵.

Uwzględniając stan współczesnej wiedzy klinicznej, wielowymiarowość cielesno-psychiczno-duchowej struktury bytu ludzkiego, nauczanie Kościoła oraz relacje egzorcystów¹⁰⁶, należy uznać, że opętanie nie mieści się w tym jednym wymiarze, który zna psychopatologia. Potrzeba tutaj przyjęcia perspektywy wielowymiarowej, o jakiej mówił FRANKL w dyskusji o relacji medycyny do religii i spotykanym na tym obszarze redukcjonizmie¹⁰⁷. Dopiero w takiej perspektywie staje się możliwe wyróżnienie dwóch jakościowo odmiennych kategorii: opętania demonicznego i opętania psychopatologicznego.

W przypadku opętań patologicznych, które są przejawem zaburzeń psychicznych, kompetentnymi do diagnozy oraz pomocy będą klinicyści, a wobec opętań prawdziwych — egzorcyci. W celu rzetelnego zdiagnozowania fenomenu opętania należy zatem uwzględnić kwestię ścisłego rozróżnienia płaszczyzn metodologicznych i przestrzegania kompetencji, które wynikają z ograniczeń metod stosowanych w obrębie każdej dyscypliny. Trafnie ujął ten problem ks. Marian PIĄTKOWSKI:

¹⁰⁴ Psychoterapeuci wskazują na destrukcyjny wpływ „kłąt rodzinnych” na późniejsze zaburzenia psychiczne pacjentów. Marcel MAUSS kłątę rytualną narzucaną na kogoś, kto przekroczył tabu, nazywa „ideą śmierci sugerowanej przez zbiorowość”. Osoba taka „wie”, że musi umrzeć, i rzeczywiście umiera (por. MAUSS, *Socjologia i antropologia*, s. 337). Mimo że w rzucaniu kłąt można odnaleźć punkty wspólne, prowadzące do zaburzeń psychicznych oraz do opętania, to w przypadku opętania jego przyczyna jest jednak pozanaturalna — działanie złego ducha (por. AMORTH, *Wyznania egzorcysty*, s. 139).

¹⁰⁵ JANUS uświadamia sobie istnienie redukcjonizmu w modelu ciągłości i poszukuje rozwiązania tego problemu przez wyróżnienie wymiaru nieciągłości opętania, który wyłamuje się z modelu kontinuum (por. JANUS, *Psychopatologia a religia*, s. 236).

¹⁰⁶ Por. RODEWYK, *Demoniczne opętanie dzisiaj*, s. 2 i 66.

¹⁰⁷ Por. FRANKL, *Redukcjonizm*.

Jeżeli zachodzi działanie złego ducha powodujące chorobę, lekarz nic nie zdziała, zabiegi medyczne nie pomogą, mogłyby nawet zaszkodzić. Egzorcysta powinien uznawać granice swej kompetencji i tam, gdzie jest przekonany o zwykłej chorobie, odsyłać do właściwego lekarza. Psychiatra, widząc nieskuteczność swoich zabiegów, zwłaszcza gdy zauważy podejrzaną objawy, a podczas wywiadu dowie się o poważnych wykroczeniach moralnych pacjenta, o zaangażowaniu w praktyki okultystyczne czy wręcz satanistyczne, postąpi właściwie, jeśli zasugeruje mu udanie się do egzorcysty. Współpraca psychiatry i każdego zresztą terapeuty z egzorcystą jest możliwa pod warunkiem, że żaden z nich nie wykracza poza pole swojej kompetencji. Psychiatra nie może powiedzieć z pewnością: „Ta osoba jest opętana”. Egzorcysta nie może powiedzieć: „Ten człowiek choruje na schizofrenię”¹⁰⁸.

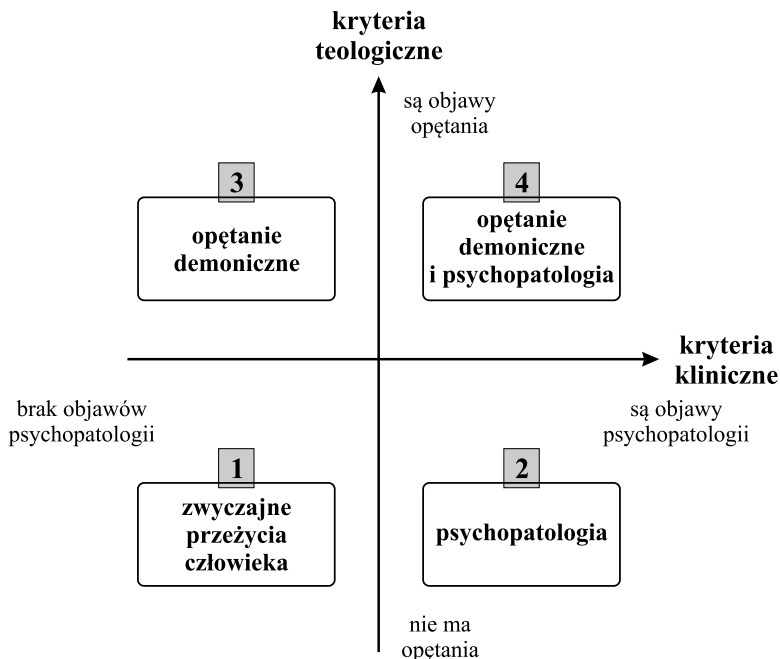
Na rysunku 1. przedstawiono relację stanów psychopatologicznych oraz prawdziwego opętania w perspektywie wielowymiarowej. Zastosowanie kryteriów klinicznych pozwala na zdiagnozowanie (1) zdrowia i (2) psychopatologii w zakresie występowania specyficznych dla danego zaburzenia symptomów. W omawianym temacie kryteria opętania psychopatologicznego podały WHO i APA.

Natomiast kryteriów pozwalających na odróżnienie zwyczajnych stanów duchowych człowieka od stanów związanych z działaniem „innej, obcej natury” dostarcza jedynie teologia. W sytuacji, gdy stwierdza się prawdziwe opętanie, mogą zaistnieć dwie relacje do zaburzeń psychicznych¹⁰⁹.

¹⁰⁸ PIĄTKOWSKI, Współpraca egzorcysty z psychiatrami (wykład w Gnieźnie 13.10.2005), [w:] *Zarys katolickiej demonologii*, s. 36 (lub: http://sfd.kuria.lublin.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=163:wspraca-egzorcysty-z-psychiatrami&catid=39:uzdrowienie-uwolnienie&Itemid=69).

Lubelski psychiatra Janusz PERZYŃSKI, analizujący kwestie diagnozy opętania, dochodzi do wniosku, że osoba duchowna ma łatwiejsze zadanie w ustalaniu etiologii poszczególnych symptomów niż lekarz, gdyż posiada ściśle określone przez Kościół kryteria opętania (por. PERZYŃSKI, *Demonopatia a psychiatry*, s. 516).

¹⁰⁹ Por. JAGIEŁŁO, *Opętanie i opętani*, s. 185.



Rys. 1. Stany psychopatologiczne oraz opętania w perspektywie wielowymiarowej

Bardziej klarowna sytuacja jest wtedy, gdy (3) opętanie przez złego ducha występuje niezależnie od zaburzeń psychicznych, czyli u osób zdrowych. Chociaż w zachowaniu osób prawdziwie opętanych jest wiele punktów styczności z psychopatią i symptomów podobnych do tych, jakie występują w typowych zaburzeniach nerwowych czy psychotycznych, to sprowadzanie tych przypadków na płaszczyznę natury i kwalifikowanie ich jako choroby psychicznej byłoby przejawem redukcjonizmu.

Jednak trafne rozeznanie komplikuje fakt, że część opętanych, którzy zgłaszają się po pomoc do kapłana, jak wskazują egzorcyci, ma już za sobą wcześniejszy epizod choroby psychicznej¹¹⁰. Pytaniem

¹¹⁰ Por. JAGIEŁŁO, Kryteria opętania, s. 40.

jest wtedy, czy mamy do czynienia tylko z chorobą (2), a osoby te prośbę o egzorcyzm uważają za środek, który ma im pomóc w przezwyciężeniu psychicznych trudności. W ten sposób stwierdzenie stanu opętania może ich łatwo dyspensować od wymogu pracy osobistej¹¹¹. Albo też u tych osób choroba i opętanie przez złego ducha współwystępują jednocześnie (4) i wówczas pozostaje do rozeznania, czy to opętanie demoniczne wtórnie wywołało konkretne zaburzenia psychiczne¹¹², czy też do prawdziwego opętania doszło u osoby, która już wcześniej cierpiała na jakies problemy psychiczne¹¹³.

Zły duch może wykorzystywać słabe strony osobowości człowieka, co może przejawiać się np. potęgowaniem stanów emocjonalnych (paniczny lęk, skrajna rozpacz, poczucie euforii, wszechmocny itp.). Ilustracją łącznego występowania obu rodzaju przyczyn jest opis opętania, do którego doszło u osoby doświadczającej problemów psychicznych:

Kobieta w depresji, związanej z historią jej życia (przyczyny psychologiczne), szukając dla siebie ratunku, przez kilka lat angażowała się w grupową medytację wschodnią. Potem się nawróciła, ale pojawiło się pragnienie samobójstwa. Myśli samobójcze ustąpiły po jednej modlitwie egzorcysty. Kobieta poszła też na psychoterapię¹¹⁴.

Osobom z problemami psychicznymi, które jednocześnie ulegają wpływowi złego ducha, oprócz modlitwy należy dopomóc psychoterapią. Jej celem jest opanowanie zjawisk psychicznych, ale nie uwolnienie od wpływu złego ducha. Terapia może mieć znaczenie także dla efektywności egzorcyzmu, który nie jest działaniem magicznym, lecz modlitwą w kontekście relacji danej osoby z Bogiem. Czasem egzorcysta po serii egzorcyzmów dodatkowo jeszcze może skierować kogoś na psychoterapię. Osoby z diagnozą „opętanie” przeżywają bowiem stany utraty świadomości nietypowe dla problemów psychicznych,

¹¹¹ Por. SUENENS, *Odnowa w Duchu Świętym*, s. 383–384.

¹¹² Por. JAGIELŁO, *Opętanie i opętani*, s. 185.

¹¹³ Por. OSTASZEWSKA, *Model współpracy egzorcysty*, s. 128.

¹¹⁴ *Ibid.* s. 128.

podczas egzorcyzmu mogą przejawiać niezwykłą siłę, a leki bywają nieskuteczne. Jednocześnie mogą pojawić się określone zaburzenia psychiczne. Psychoterapia tych osób polega zwykle na wzmacnianiu osoby i przepracowaniu czynników emocjonalnych.

Najczęściej bowiem należy dążyć do współpracy, gdzie równoległa pomoc udzielana zarówno przez egzorcystę, jak i psychoterapeutę dotyczy tylko obszaru jego własnych kompetencji¹¹⁵.

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia, czy owocna współpraca z egzorcystą wymaga od psychoterapeuty, aby był osobą wierzącą. Zdaniem wypowiedziujących się na ten temat egzorcystów nie ma takiej konieczności. Wystarczy, aby terapeuta potrafił w konkretnym przypadku uznać ograniczenia wiedzy medycznej. Ks. Gabriele AMORTH stwierdza, że psychiatra nie musi nawet wierzyć w istnienie złego ducha i oddziaływanie jego mocy¹¹⁶. Wydaje się, że takie stanowisko można uzasadnić także w świetle orzeczeń WHO i APA, które zalecają uwzględnianie w diagnozie opętania kryteriów kulturowych. Np. akceptacja psychoterapeuty dla wierzeń pacjenta z Haiti nie wymaga od niego, aby był wyznawcą voodoo. Wystarczy, że będzie szanował przekonania religijne pacjenta i nie podejmie działań ingerujących w jego wiarę. Zatem wobec osoby opętanej wystarczy, aby kwestie związane z jej zdrowiem psychicznym i dojrzałością osobowości rozpatrywać w ramach paradygmatu wielokulturowego, który powszechnie stosuje się w pracy z mniejszościami etnicznymi¹¹⁷. Jednak najbardziej owocna będzie współpraca egzorcysty z psychiatrą wierzącym, który z własnego doświadczenia wiary będzie rozumiał problemy duchowe swoich pacjentów. Stąd postawę bardziej korzystną dla pacjenta przyjmują psychoterapeuci z wyznaniowych (katolickich) stowarzyszeń lekarzy i psychoterapeutów. Otwarcie deklarując swoją wiarę, nie ukrywają, że ma ona wpływ nie tylko na ich osobiste życie, ale także na sposób udzielania pomocy psychologicznej¹¹⁸.

¹¹⁵ Por. BARBARO DE, *Księża i psychiatrzy*, s. 13.

¹¹⁶ Por. AMORTH, *Egzorcyci i psychiatrzy*, s. 106; JAGIEŁŁO, *Opętanie i opętani*, s. 185; NANNI, *Palec Boży*, s. 107; PERZYŃSKI, *Demonopatia a psychiatrzy*.

¹¹⁷ Por. CIARROCCI & WICKS, *Psychoterapia duchownych*, s. 13.

¹¹⁸ Por. JACKOWSKA & JAWORSKI, *Psychologia i psychoterapia chrześcijańska*.

Współpracę egzorcystów i klinicystów proponują już w Polsce niektóre ośrodki psychologiczne np. Ośrodek Pomocy Psychologicznej w Warszawie¹¹⁹ czy Psychodynamiczne Centrum Terapeutyczno-Szkoleniowe w Rzeszowie¹²⁰. Jednak w praktyce bywa z tym różnicami. Ks. Sławomir ZALEWSKI na podstawie własnych doświadczeń jako egzorcysta oraz analizy wielu publikacji dochodzi do wniosku, że ogromna troska Kościoła o właściwe rozeznanie stanów opętania oraz o uznanie kompetencji nauk medycznych wydaje się nie znajdować właściwego zrozumienia u przedstawicieli tych nauk¹²¹.

Podsumowanie

W świetle przeprowadzonych wyżej analiz należy wyraźnie odróżnić odmienną naturę oddziaływań psychoterapeutycznych klinicystów od oddziaływań religijnych egzorcysty. Egzorcyzm w rozumieniu Kościoła katolickiego nie jest jakąś formą terapii, lecz działaniem *stricte* religijnym, zastrzeżonym egzorcystom posiadającym święcenia kapłańskie. Celem pierwszorzędym egzorcysty (*per intentionem*) jest zbawienie człowieka i uzyskanie błogosławieństwa Bożego. Mimo to egzorcysta może swym działaniem przyczynić się także do umocnienia zdrowia psychicznego (*per effectum*). Natomiast klinicysta przez właściwe tylko mu oddziaływanie psychoterapeutyczne *per intentionem* troszczy się nade wszystko o zdrowie człowieka. W pożądanym modelu współpracy klinicysty z egzorcystą jest miejsce na połączenie obu tych niesprowadzalnych do siebie, ale bardzo często komplementarnych form oddziaływania. Pomoc o charakterze psychologicznym polegać będzie na wstępnej diagnozie i rozeznaniu specyficznych symptomów oraz czynników psychologicznych u osoby cierpiącej na objawy opętania. Ponadto w razie genezy psychologicznej diagnozowanych zaburzeń pomoc ta przyjmie charakter terapii. Samą diagnozę prawdziwości opętania przez złego ducha – a w razie realnego

¹¹⁹ Por. OSTASZEWSKA, Model współpracy egzorcysty, s. 123–124.

¹²⁰ Por. WĘDRYCHOWICZ, *Opętanie, trans – od psychiatrii do egzorcysty lub terapeutki: epizod psychotyczny, histeria, mania, osobowość mnoga, padaczka*.

¹²¹ Por. ZALEWSKI, *Walka z osobowym złem*, s. 320.

opętania uwolnienie cierpiącego człowieka od niego – pozostawia się jednak niezbywalnym kompetencjom kapłana egzorcysty.

Mimo wszystko rola klinicysty tutaj się nie kończy. Oprócz opętania przez złego ducha nieraz konieczna jest także pomoc psychologiczna. Zatem przy zachowaniu różnicy w spojrzeniu na człowieka przez medycynę i teologię można to ująć tak, że diagnoza i pomoc klinicysty powinny poprzedzać egzorcyzm, a w razie potrzeby mogą być przedłużeniem egzorcyzmu. Tak rozumiane oddziaływanie psychoterapeutyczne, nie wyzbywając się celu lekarskiego, *per effectum* pomagać będzie człowiekowi cierpiącemu na opętanie w dążeniu do zbawienia duszy. Współpracujący ze sobą egzorcysta i klinicysta, bez naruszania właściwych sobie metod działania, przyczynią się do zdrowia pacjenta.

Patrząc z różnych perspektyw nakreślonych przez medycynę i teologię, można jeszcze wiele dodać do tematyki różnicowania między opętaniami a chorobami psychicznymi. Jednak zjawisko cierpienia człowieka opanowanego przez demoniczny byt, widziane przez pryzmat praktyki klinicznej i pastoralnej, jest faktem. Człowiek to jedność cielesno-psychiczno-duchowa, otwarta na Transcendentne Ty i stąd nie powinno się udzielanej mu pomocy redukować wyłącznie do jednej sfery. Dlatego pomimo autonomii obu dyscyplin, konieczne jest takie zbliżenie, aby w ramach współpracy nauk empirycznych z naukami teologicznymi dochodziło do regularnej wymiany doświadczeń, by zburzyć „mur, który dzieli egzorcystów i psychiatrów”¹²², aby jedni i drudzy w procesie swojej specjalizacji otwierali się na argumenty drugiej strony. Idealnym rozwiązaniem – jak się wydaje – jest praktykowana w niektórych diecezjach obligatoryjność korzystania z pomocy psychologicznej przed spotkaniem z egzorcystą. Nie musi to przyjmować postaci instytucjonalnej tworzenia specjalnego ośrodka, w którym razem dyżurowaliby klinicyści i egzorcycyści. Wystarczy praktyka stałego kontaktu pomiędzy przedstawicielami obu dyscyplin.

¹²² Por. SALVUCCI, *Podręcznik egzorcysty*, s. 114.

Summary

Many symptoms of possession described by exorcists correspond to the symptoms of psychiatric disorders. Before helping a person who feels that they are possessed by an evil spirit, one should answer this question: when is therapy necessary, and when is an exorcism required? The article points out that psychiatrists have different attitudes to theological explanations of possession and exorcism. According to the author, it is best to adopt a complementary attitude, such as leaves room for the thought that there exist two causes for the symptoms of possession – the natural and the supernatural one. This may then furnish a common approach for medicine, psychology and religion. The article presents the theological criteria for determining possession by an evil spirit, and the psychological criteria for diagnosing pathological possession, as given by the World Health Organisation (ICD-10) and the American Psychiatric Association (DSM 5). The author discusses similarities and differences between the theological criteria for diagnosing demonic possession and the criteria involved in a medical diagnosis. On the basis of both psychological and theological criteria, it is possible to recognize psychopathological states and demonic possession in multidimensional terms. This allows the author to distinguish four situations: (1) health, (2) psychopathological possession, (3) demonic possession of a mentally healthy person, and (4) coexistence of demonic possession with psychiatric disorders. Practical experience shows that the largest number of patients seeking help in health centres belongs to the fourth group, which is why there is a need for close cooperation between exorcists and psychologists or psychiatrists.

Key words: possession and trance – demonic possession – criteria of the diagnosis of possession – demonology – reductionism

Literatura

ALEKSANDROWICZ, J.W., *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2002.

- AMORTH, G., *Egzorcyci i psychiatrzy*, [przeł.] W. WIŚNIEWSKI, Częstochowa : Edycja Świętego Pawła, 1999.
- AMORTH, G., *Wyznania egzorcysty*, [przeł.] F. GOŁĘBIEWSKI, Częstochowa : Edycja Świętego Pawła, 1997.
- BARABASZ, A., J. HYRNIK, M. JANAS-KOZIK & I. JELONEK, *Pomiędzy wiarą a nauką: zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne? Prezentacja przypadku*, *Psychiatria Polska* 46(2) (2012), s. 305–312.
- BARBARO DE, B., *Księża i psychiatrzy: rywale czy współpracownicy? (Referat wygłoszony na XL Zjeździe Naukowym Psychiatrów Polskich, Kraków, czerwiec 2001)*, Streszczenie w: *Psychiatria Polska* 35(3) (2001), s. 13.
- BARBARO DE, B., *Opętanie: kategoria teologiczna czy psychiatryczna? W poszukiwaniu adekwatnego języka*, *Nomos* 39/40 (2002), s. 67–78.
- BARBARO DE, B., *Psychiatria a religia*, [w:] *Psychiatria*, t. 3: *Terapia: Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*, [red.] A. BILIKIEWICZ, S. PUŻYŃSKI & J. RYBAKOWSKI, Wrocław : Wydawnictwo Urban & Partner, 2003, s. 551–561.
- BARBARO DE, B., *Udręka i opętanie*, *Charaktery* 9 (2002), s. 10–15.
- BARBARO DE, B., J. DĘBIEC & L. DROŻDŻOWICZ, *Dialog między terapeutami a duszpasterzami – doświadczenia własne*, *Psychiatria Polska*, „*Współczesna cywilizacja a zdrowie psychiczne człowieka*”, XXXIX Zjazd Psychiatrów Polskich, Bydgoszcz-Toruń 3–6.06.1998, (streszczenia) (wydanie specjalne) (1998), s. 7.
- BARTNIK, C., *Dogmatyka katolicka*, t. 1, Lublin : Redakcja Wydawnictw KUL, 2000.
- BERGER, P.L. & T. LUCKMANN, *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Garden City, NY : Anchor Books, 1966.
- BERGIN, A.E., *Values and religious issues in psychotherapy and mental health*, *American Psychologist* 46(4) (1991), s. 394–403.
- BILIKIEWICZ, A., J. LANDOWSKI & P. RADZIWIŁOWICZ, *Psychiatria: Repetytorium*, Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.

- BILIKIEWICZ, T., *Psychiatria kliniczna*, t. 1, Warszawa : Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988.
- BLESS, H., *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, [przeł.] L. KACZMAREK, Warszawa : Akademia Teologii Katolickiej, 1980.
- BOURGUIGNON, E., Spirit Possession and Altered States of Consciousness: The Evolution of an Inquiry, [w:] *The Making of Psychological Anthropology*, [red.] G.D. SPINDLER, Berkeley : University of California Press, 1978, s. 479–515.
- BUDZYŃSKI, S., Szatan w aspekcie biblijno-teologicznym, [w:] *Egzorcyzmy dawniej i dziś: W blasku Chrystusa i cieniu szatana*, [red.] B. BARKOWSKI & A. POSACKI, Warszawa : Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”, 2004, s. 11–22.
- BULL, D.L., A Phenomenological Model of Therapeutic Exorcism for Dissociative Identity Disorder, *Journal of Psychology and Theology* 29(2) (2001), s. 131–139.
- BULTMANN, R., Neues Testament und Mythologie, [w:] *Kerygma und Mythos*, Bd. 1: *Ein theologisches Gespräch*, [red.] H.W. BARTSCH, Hamburg : Reich & Heidrich, 1948, s. 15–53.
- BYLICA, P., Zaburzenia dysocjacyjne czy opętanie przez Szatana? Historyczno-metodologiczna analiza stosunku psychiatrii do problemu opętań, [w:] *Pogranicza nauki: Protonauka – paranauka – pseudonauka*, [red.] J. ZON, Lublin : Wydawnictwo KUL, 2009, s. 209–225, URL : http://www.researchgate.net/publication/235953689_Zaburzenia_dysocjacyjne_czy_optanie_przez_Szatana_Historyczno-metodologiczna_analiza_stosunku_psychiatrii_do_problemu_opta.
- CARTER, J.D. & S.B. NARRAMORE, [red.] *Integration of Psychology and Theology: An Introduction*, Grand Rapids, MI : Zondervan, 1979.
- CIARROCCHI, J.W. & R.J. WICKS, *Psychoterapia duchownych i osób zakonnych*, [przeł.] A. ROZWADOWSKA, Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2008.
- CIERPIAŁKOWSKA, L., *Psychopatologia*, (Wykłady z Psychologii, 15), Warszawa : Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2007.

- CUNEO, M.W., *American Exorcism: Expelling Demons in the Land of Plenty*, New York : Doubleday, 2001.
- CURLIN, F.A., S.V. ODELL, R.E. LAWRENCE, M.H. CHIN, J.D. LANTOS, K.G. MEADOR & H.G. KOENIG, The Relationship Between Psychiatry and Religion Among U.S. Physicians, *Psychiatric Services* 58(9) (2007), s. 1193–1198.
- DĘBIEC, J., *Opętanie: Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013, American Psychiatric Association.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*, Washington, DC : American Psychiatric Press, 1987, American Psychiatric Association.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington, DC : American Psychiatric Press, 1994, American Psychiatric Association.
- DURING, E.H., F.M. ELAHI, O. TAIEB, M.R. MORO & T. BAUBET, A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders: Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues, *Canadian Journal of Psychiatry* 56(4) (2011), s. 235–242.
- Egzorcyzmy i inne modlitwy błagalne: Rytuał rzymski odnowiony zgodnie z postanowieniem świętego Soboru Powszechnego Watykańskiego II wydany z upoważnienia papieża Jana Pawła II*, Katowice : Księgarnia św. Jacka, 2002, Kongregacja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów.
- ELLASON, J.W., C.A. ROSS & D.L. BULL, Exorcism revisited: Positive outcomes with dissociative identity disorder, *Journal of Psychology and Theology* 26(2) (1998), s. 188–196.
- ELLINGER, H., *Hinduizm*, [przeł.] G. SOWIŃSKI, Kraków : Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, 1997.
- FIZZOTTI, E., Satanizm z punktu widzenia psychologii, *L'Osservatore Romano* 18, 6/193 (1997), s. 59–61.
- FLIS, J., Antydemoniczne praktyki starożytnego Egiptu, *Roczniki Teologiczno-Kanoniczne* 33(1) (1986), s. 117–129.

- FLIS, J., *Jezus a demony na tle antydemonicznych praktyk starożytnego Wschodu*, Lublin : Redakcja Wydawnictw KUL, 1990.
- FLIS, J. & R. ŁUKASZYK, Cud, I. W religiach pozachrześcijańskich, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, [red.] F. GRYGLEWICZ, R. ŁUKASZYK & Z. SUŁOWSKI, t. 3, Lublin : Towarzystwo Naukowe KUL, 1985, kol. 643–645.
- FONTELLE, M.A., *Egzorcyzm w nauczaniu i postudze Kościoła katolickiego*, [przeł.] J. JĘDRASZEK, Ząbki, Katowice : Apostolicum, Księgarnia św. Jacka, 2004.
- FRANKL, V.E., *Bóg ukryty: W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, [przeł.] A. WOLNICKA, Warszawa : Wydawnictwo Czarna Owca, 2012.
- FRANKL, V.E., *Psychoterapia dla każdego*, [przeł.] E. MISIOŁEK, Warszawa : Instytut Wydawniczy PAX, 1978.
- FRANKL, V.E., Redukcjonizm, *Więź* 9(149) (1970), s. 3–14.
- FRANKL, V.E., *Wola sensu: Założenia i zastosowanie logoterapii*, [przeł.] A. WOLNICKA, Warszawa : Wydawnictwo Czarna Owca, 2010.
- FROC, I., *Egzorcyci: Podstawy chrześcijańskiej walki duchowej*, [przeł.] T. JANIA, Niepokalanów, Kraków : Wydawnictwo OO. Franciszkanów, Wydawnictwo M, 1995.
- GŁOWA, S. & I. BIEDA, [red.] *Breviarium fidei: Wybór doktrynalnych wypowiedzi Kościoła*, Poznań : Księgarnia św. Wojciecha, 1989.
- GOODMAN, F.D., *Egzorcyzmy Anneliese Michel: Opętanie w Klingenberg w świetle nauki*, [przeł.] B. SIUDA, Gdańsk, Radom : Wydawnictwo Arka Noego, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, 2005.
- GRANET, M., *Religie Chin*, [przeł.] J. ROZKRUT, Kraków : Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, 1997.
- GUARINELLI, S., Rozdwojenie osobowości, [w:] *Kościół wobec opętań i demonów*, [red.] P. CASPANI, [przeł.] A. RYNDAK-LACIUGA, Kraków : Bratni Zew, 2009, s. 103–124.
- HAAG, H., *Abschied vom Teufel: Vom christlichen Umgang mit dem Bösen*, Einsiedeln : Benzinger, 1969.
- HAAG, H., *Teufelsglaube*, Tübingen : Katzmann, 1974.

- International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision and updated version for 2007)*, Geneva : WHO, 1992, URL : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/>, World Health Organization.
- JACKOWSKA, E. & R. JAWORSKI, [red.] *Psychologia i psychoterapia chrześcijańska w teorii i praktyce*, Płock : Płocki Instytut Wydawniczy, 2006.
- JAGIEŁŁO, A., Kryteria opętania, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne: Teoria i praktyka*, [red.] J. MAKSEŁON, Kraków : Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, 2001, s. 39–48.
- JAGIEŁŁO, A., Opętanie i opętani: duszpasterski punkt widzenia, *Wiadomości psychiatryczne* 7(3) (2004), s. 179–186.
- JANUS, D., *Psychopatologia a religia. Strukturalne zbieżności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a religią*, Warszawa : Eneteia, 2004.
- JAN PAWEŁ II, Aniołowie upadli, czyli szatani (katecheza 13 sierpnia 1986 r.), [w:] *Katechezy Ojca Świętego, Jana Pawła II: Bóg Ojciec*, [red.] W. ZEGA, Kraków, Ząbki : Wydawnictwo M, Apostolicum, 1999, s. 204–208.
- JAN PAWEŁ II, *Encyklika „Fides et ratio” Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów Kościoła Katolickiego o relacjach między wiarą a rozumem*, Wrocław : Wydawnictwo TUM Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, 1998.
- KAPFERER, B., Proces rytualny i problem refleksywności w egzorcyzmach syngaleskich, [w:] *Rytuał, dramat, święto, spektakl: Wstęp do teorii widowiska kulturowego*, [red.] J. MACALON, [przeł.] K. PRZYŁUSKA-URBANOWICZ, Warszawa : Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2009, s. 273–313.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań : Wydawnictwo Pallottinum, 1994.
- KIELY, D.M. & C. MCKENNA, *Czarny Sakrament: Prawdziwe historie opętań i egzorcyzmów*, [przeł.] P. KOPYCKI, Warszawa : Fronda, 2010.

- KIM, C.C., Jinn Possession and Uganga (Healing) among the Swahili: A Phenomenological Exploration of Swahili Experiences of Jinn, *Christian Muslim Encounter* 3(2) (2010), s. 67–88.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Badawcze kryteria diagnostyczne*, [przeł.] S. PUŻYŃSKI & J. WCIÓRKA, Kraków, Warszawa : Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998, Światowa Organizacja Zdrowia.
- Kodeks Prawa Kanonicznego*, Poznań : Wydawnictwo Pallottinum, 1984.
- KOENIG, H.G., Religia, duchowość i zdrowie psychiczne – przegląd badań, *Medycyna Praktyczna – Psychiatria* 6(17) (2010), s. 68–80.
- KOENIG, H.G., Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: a Review, *The Canadian Journal of Psychiatry* 54 (2009), s. 283–291.
- KOSTECKA, M., M. WOJNAR, M. MARZAŃSKI & E. BERNSTEIN, O potrzebie pomocy duchowej chorym psychicznie, *Psychiatria Polska* 29(5) (1995), s. 655–664.
- KOŚCIELNIAK, K., *Złe duchy w Biblii i Koranie: wpływ demonologii biblijnej na koraniczne koncepcje szatana w kontekście oddziaływań religii starożytnych*, Kraków : Wydawnictwo UNUM, 1999.
- KRÓLIKOWSKI, J., *Podstawy teologii i praktyki egzorcyzmów: Wyklinam Cię i wypędzam*, Kraków : Wydawnictwo Karmelitów Bosych, 2012.
- KUDELSKA, M., *Hinduizm*, Kraków : Wydawnictwo WAM, 2006.
- KUSTRA, C., Opętanie jako kategoria psycho-pedagogiczna i teologiczna w odniesieniu do młodzieży, *Paedagogia Christiana* 1(13) (2004), s. 165–179.
- LEPIARCZYK, C., Szatan – mit czy rzeczywistość?, [w:] *Psychiatria ekologiczna na rozdrożu*, [red.] J. MATYSIAKIEWICZ & R. PUDŁO, Katowice : Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2001, s. 105–112.
- MAGGIONI, B., Chrystus i Szatan w Ewangelii Markowej, [w:] „Kolekcja Communio” 7: *Zło w świecie*, [red.] L. BALTER,

- S. DUSZA, F. MICKIEWICZ & S. STANCEL, Poznań : Wydawnictwo Pallottinum, 1992, s. 34–49.
- MAKSELON, J., Posłowie, [w:] DĘBIEC, J., *Opętanie: Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 123–126.
- MAUSS, M., *Socjologia i antropologia*, [przeł.] M. KRÓL, K. POMIAN & J. SZACKI, Warszawa : Wydawnictwo KR, 2001.
- MOLEND A., *Rola obrazu Boga w nerwicy eklezjogennej*, Kraków : Zakład Wydawniczy Nomos, 2005.
- MÜLLER, J., *Verwünscht, Verhext, Verrückt oder Was?*, Stuttgart : Betulius Verlag, 1998.
- NANNI, G., *Palec Boży i władza szatana: Egzorcyzm*, [przeł.] J. KACZMAREK & B. WIDŁA, Warszawa : Wydawnictwo Księży Marianów MIC, 2007.
- NAPIWODZKI, P., Opętanie, II. W duchowości katolickiej, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, [red.] E. GIGILEWICZ, t. 14, Lublin : Towarzystwo Naukowe KUL, 2010, kol. 644.
- NIEMANN, U., Szalony czy obłąkany? Ludzkie, duszpasterskie i terapeutyczne możliwości postępowania z „opętanymi”, [w:] *Egzorcyzmy czy terapia*, [red.] U. NIEMANN & M. WAGNER, [przeł.] D. SALAMON, Kraków : Wydawnictwo WAM, 2008, s. 156–184.
- NISCHAN, B., The Exorcism Controversy and Baptism in the Late Reformation, *The Sixteenth Century Journal* 18 (1987), s. 31–51.
- NOWAK, A.J., *Identyfikacja postaw*, Lublin : Redakcja Wydawnictw KUL, 2000.
- NOWAK, A.J., Kirche und Neurose, *Roczniki Teologiczne* 38–39(5) (1991–1992), s. 105–120.
- NOWAK, A.J., Nerwica a religia w aspekcie psychologii głębi, *Colloquium Salutis* 4 (1972), s. 205–227.
- NOWAK, A.J., Opętanie, [w:] *Leksykon duchowości katolickiej*, [red.] M. CHMIELEWSKI, Lublin, Kraków : Wydawnictwo M, 2002, s. 612–613.
- NOWAK, A.J., *Satanizm*, Wrocław : Wydawnictwo św. Antoniego, 1995.

- NOWAK, A.J., Satanizm, [w:] *Satanizm, rock, narkomania, seks*, [red.] A.J. NOWAK, Lublin : Redakcja Wydawnictw KUL, 1999, s. 16–80.
- OESTERREICH, T.K., *Possession and Exorcism: Among Primitive Races, in Antiquity, the Middle Ages, and Modern Times*, New York : Causeway Books, 1974.
- OGAREK-CZOJ, H., *Mitologia Korei*, Warszawa : Wydawnictwa Artystyczne i Filmowe, 1988.
- OSTASZEWSKA, A., Model współpracy egzorcysty z psychologiem i psychiatrą, [w:] *Milosierdzie w duszpasterstwie i praktyce poradnianej*, [red.] G. JANIKULA, (Edukacja. Teologia i Dialog, t. 6), Poznań : Wydział Teologiczny Uniwersytetu Adama Mickiewicza, 2010, s. 121–130.
- PAGE, S.H.T., Exorcism Revisited: A Response to Beck and Lewis and to Wilson, *Journal of Psychology and Theology* 17(2) (1989), s. 140–143.
- PAPADEMETRIOU, G.C., Exorcism and the Greek Orthodox Church, [w:] *Exorcism Through the Ages*, [red.] S.E. NAUMAN, New York : Christopher Newport College, 1974, s. 66–72.
- PAWEŁ VI, Tajemnica i dramat zła w świecie (Katecheza 15 listopada 1972 r.), [w:] *Jan Paweł II naucza. O aniołach i szatanie*, [red.] A. SUJKA, Kraków : Wydawnictwo M, 2009, s. 259–267.
- PERZYŃSKI, J., Demonopatia a psychiatria, *Badania nad schizofrenią* 5 (2004), s. 511–519.
- PFEIFER, S., Belief in Demon and Exorcism in Psychiatric Patients in Switzerland, *British Journal of Medical Psychology* 67 (1994), s. 247–258, URL : http://www.seminare-ps.net/Rel-Psy/Belief_in_demons_and_exorcism.pdf.
- PIĄTKOWSKI, M., Kim jest nasz nieprzyjaciel i jak on działa? (wykład podczas konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia ds. Uwalniania, Jasna Góra 11.7.2005), [w:] *Zarys katolickiej demonologii*, 2014, s. 4–35, URL : http://chomikuj.pl/TRADITION/Pieklo+i+czy*c5*9b*c4*87cec/KS.+DR+MARIAN+PI*c4*84TKOWSKI+-+ZARYS+KATOLICKIEJ+DEMONOLOGII,414365939.pdf.

- PIĄTKOWSKI, M., Współpraca egzorcysty z psychiatrami (wykład w Gnieźnie 13.10.2005), [w:] *Zarys katolickiej demonologii*, 2014, s. 35–51, URL : http://chomikuj.pl/TRADITION/Pieklo+i+czy*c5*9b*c4*87cec/KS.+DR+MARIAN+PI*c4*84TKOWSKI+-+ZARYS+KATOLICKIEJ+DEMONOLOGII,414365939.pdf.
- PIĄTKOWSKI, M. & B. ROJEK, Szatan – mit czy groźny wróg? (Z ks. Marianem Piątkowskim z Poznania, koordynatorem posługi Księży Egzorcystów w Polsce, rozmawia Bożena Rojek), [w:] *Nowe Życie: Dolnośląskie Pismo Katolickie* 5 (2007), 2015, URL : http://www.nowezycie.archidiecezja.wroc.pl/stara_strona/numery/052007/02.html.
- PIETRUCZUK, R., Posługa kapłana egzorcysty, *Teologiczne Studia Siedleckie* 6 (2009), s. 95–109.
- POSACKI, A., Demonologia, [w:] *Encyklopedia „Białych Plam”*, [red.] H. KIEREŚ & A. WINIARCZYK, t. 5, Radom : Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, 2001, s. 17–20.
- POSACKI, A., *Encyklopedia zagrożeń duchowych: Mistyka, ezoteryzm, okultyzm*, t. 2, Radom : Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, 2009.
- POSACKI, A., *Niebezpieczeństwa okultyzmu*, Kraków : Wydawnictwo M, 1997.
- Nota Duszpasterska na temat magii i demonologii, [w:] *Okultyzm, magia, demonologia*, [red.] A. POSACKI, Kraków : Wydawnictwo M, 2009, s. 130–131, Konferencja Biskupów Toskanii.
- POSACKI, A., *Okultyzm jako niewierność fundamentalna*, Kraków : Wydawnictwo M, 1998.
- RATZINGER, J., *Raport o stanie wiary*, [przeł.] Z. ORYSZYN & J. CHRAPEK, Struga : Wydawnictwo Michalineum, 1986.
- RODEWYK, A., *Demoniczne opętanie dzisiaj: Fakty i interpretacje*, [przeł.] M. GRZESIK, Racibórz : Wydawnictwo R.A.F. Scriba, 1995.
- RYBAKOWSKI, J., S. PUŻYŃSKI & J. WCIÓRKA, [red.] *Psychiatria: Podstawy psychiatrii*, t. 1, Wrocław : Elsevier-Urban & Partner, 2010.
- RYSZKA, C., *Spotkania z egzorcystami*, Kraków : Wydawnictwo Salvator, 2010.

- SALVUCCI, R., *Podręcznik egzorcysty: Jasne słowa na temat ciemnej rzeczywistości*, [przeł.] W. DZIEŻA & A. POSACKI, Kraków : Wydawnictwo M, 2012.
- SAMARIN, W.J., *Tongues of Men and Angels: The Religious Language of Pentecostalism*, New York : Macmillan, 1972.
- SCANLAN, M. & R.J. CIRNER, *Uwalnianie ze złych mocy: podstawy chrześcijańskiej walki duchowej*, [przeł.] K. MACIUSZAK, Kraków : Wydawnictwo M, 1999.
- SCOLA, A., *Kulty sataniczne w ocenie Kościoła*, [w:] *Satanizm: Historia, kontrowersje, pytania*, [red.] M. GAJEWSKI, Kraków : Wydawnictwo Petrus, 2011, s. 292–306.
- SOŁTYSIAK, A., *Religie Mezopotamii*, [w:] *Religie starożytnego Bliskiego Wschodu*, [red.] K. PILARCZYK & J. DRABINA, Kraków : Wydawnictwo WAM, 2008, s. 111–176.
- STEFFON, J.J., *Satanizm jako ucieczka w absurd*, [przeł.] S. DEMSKA & J. DEMSKI, Kraków : Wydawnictwo WAM, 1993.
- STENGEL, E., *Classification of mental disorders*, *Bulletin of the World Health Organization* 21 (1959), s. 601–663.
- SUENENS, L.J., *Odnowa w Duchu Świętym i moce ciemności*, [w:] *Przyjdź Duchu Święty: Podstawowe dokumenty dotyczące Odnowy w Duchu Świętym w Kościele Katolickim: Dokumenty z Malines*, [red.] L.J. SUENENS, [przeł.] T. MICEWICZ, Kraków : Wydawnictwo M, 1998, s. 299–443.
- SZAŁANDA, T., *Zarys demonologii międzytestamentowej, rabinackiej i qumrańskiej*, *Studia Redemptorystowskie* 9(1) (2011), s. 223–239.
- TILLICH, P., *Systematische Theologie*, Bd. 1, Stuttgart : Evangelisches Verlagsverk, 1956.
- UNTERMAN, A., *Encyklopedia tradycji i legend żydowskich*, [przeł.] O. ZIENKIEWICZ, Warszawa : Książka i Wiedza, 2000.
- WĘDRYCHOWICZ, K., *Opętanie, trans – od psychiatrii do egzorcysty lub terapeuty: epizod psychotyczny, histeria, mania, osobowość mnoga, padaczka*, 2014, URL : <http://rzeszow.pcts.pl/arts/OPETANIE-TRANS-8211-od-psychiatrii-do-egzorcysty-lub-terapeuty-epizod-psychotyczny-histeria-mania-osobowosc-mnoga-padaczka-a1-48.html>.

- Wiara chrześcijańska i demonologia*, [przeł.] M. STEBART, Kraków : Wydawnictwo AA, 2011, Kongregacja Nauki Wiary.
- WOJTAS, A. & K. NOWICKA-SAUER, Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń snu w Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów Zdrowotnych, *Sen* 9(1-2) (2009), s. 37-43.
- WULFF, D.M., *Psychologia religii klasyczna i współczesna*, [przeł.] P. JABŁOŃSKI, M. SACHA-PIEKŁO & P. SOCHA, Warszawa : Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1999.
- ZALEWSKI, S., *Walka z osobowym złem: Studium o postudze egzorcyzmowania w Kościele Katolickim*, Płock : Płocki Instytut Wydawniczy, 2013.
- ZARZYCKA, B., Opętanie, III. W psychologii, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, t. 14, Lublin : Towarzystwo Naukowe KUL, 2010, kol. 644-645.
- ZIĘBA, J., *Egzorcyci: Historia – Teologia – Prawo – Duszpasterstwo*, Kraków : Wydawnictwo WAM, 2012.
- ZWOLIŃSKI, A., *Chiny: Historia. Teraźniejszość*, Kraków : Wydawnictwo WAM, 2007.