



## Duchowość a zaburzenia psychiczne (psychosomatyczne)

### Spirituality and Mental Aberration (Psychosomatics)

Wojciech Gruszczyński<sup>1</sup>, Andrzej Dryja<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychologii Stosowanej, Katedra Psychologii Zdrowia i Klinicznej,  
Społeczna Akademia Nauk

<sup>1</sup> Institute of Applied Psychology, Department of Clinical and Health Psychology,  
University of Social Sciences

#### Streszczenie

Inspiracją do podjęcia tematyki duchowości było przesłanie 168. Zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA, 2015, Toronto), które brzmiało: „Integracja ciała i umysłu, serca i duszy”. Współczesna medycyna uniwersytecka (w tym psychiatria) ma charakter naprawczy (narządowo-aparaturowy) i osiąga w tej dziedzinie znaczące sukcesy, czego przykładem może być transplantologia. Czynniki psychiczne i duchowe pozostają nadal drugoplanowe, niedoceniane, a nawet pomijane. Dowodem tego jest stale rosnące zainteresowanie tzw. medycyną niekonwencjonalną (alternatywną). Medycyna psychosomatyczna w Polsce, inaczej niż w innych krajach rozwiniętych, nadal nie jest przedmiotem programów edukacyjnych ani w szkoleniu przeddyplomowym, ani po-dyplomowym. Artykuł składa się z dwóch zasadniczych części: pierwsza przedstawia przejawy duchowości pacjentów psychiatrycznych w doświadczeniach zawodowych autora, a część druga omawia duchowość jako dziedzinę nauki.

W części pierwszej autorzy sygnalizują niektóre tylko przypadki kazu-istyczne zaburzeń psychicznych, w tym psychosomatycznych, w których duchowość odgrywa znaczącą rolę w procesie diagnostyczno-terapeu-

tycznym. Są to zagadnienie związane z: uzależnieniami, zaburzeniami takimi jak schizofrenia, zespoły depresyjno-lękowe, zachowania suicydalne, a także z tzw. zespołem przewlekłego zmęczenia z postaciami somatoformicznymi. W części drugiej przedstawiono różne koncepcje rozumienia duchowości, która współcześnie jest pojęciem wieloznacznym i przez licznych naukowców traktowana bywa jako „najwyższy poziom psychiki” lub jako nie do końca rozumiane zjawisko nadnaturalne, transcendentne. Autorzy mają świadomość, że przedstawione w pracy własne doświadczenia, refleksje i przemyślenia na temat roli duchowości w zaburzeniach psychicznych są oparte na doktrynie epidemiologicznej, która uważa intuicję za najwartościowsze źródło poznawcze.

**Słowa kluczowe**

duchowość, zaburzenia psychiczne, psychosomatyka

**Abstract**

The inspiration for psychiatrist to write about spirituality was the message of 168th Meeting of American Psychiatric Association (APA, 2015, Toronto), which was: "The integration of body and mind, heart and soul". Modern academic medicine (including psychiatry) has remedial nature and has major successes in this discipline, for which example can be transplantology. Psychological and spiritual factors are still secondary, undervalued and even avoided. The proof of that is constantly rising popularity and interest in alternative medicine. In contrast to other developed countries, in Poland psychosomatic medicine still is not a part of educational programme both in undergraduate and postgraduate education. Lecture consists of two main parts which are: I – presenting symptoms of spirituality of Psychiatric patients in author's professional experiments, II – speaking about spirituality as a field of study.

In part I authors mention only certain casuistic cases of mental aberration including psychosomatic, in which spirituality is greatly important in diagnostic-therapeutic process. Those are examples linked to addictions, disability such as schizophrenia, anxiety and depression syndrome, suicidal behaviour and so-called chronic fatigue syndrome with somatic syndrome. In part II different conceptions of understanding spirituality are presented, which nowadays is polysemic concept, treated by any scientists as "the highest level of mentality" or as an not entirely understood phenomenon over innate, supernatural, transcendent. The author knows that presented in this work his own experiences, reflections and thoughts on the role of spirituality in mental aberrations are based on epidemiologic doctrine, which believes that intuition is the most valuable cognitive source.

**Key words**

spirituality, mental aberration, psychosomatics

## Wprowadzenie

Bezpośrednią inspiracją do podjęcia przez autorów (psychiatra i student psychologii) indywidualnych dociekań na temat duchowości był 168. Zjazd Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), który odbył się w dniach 16–20 maja 2015 r. w Toronto. Przewodni temat spotkania 14 tys. uczestników z całego świata brzmiał: „Integracja ciała i umysłu, serca i duszy”.

W trakcie obrad podkreślano istotną rolę psychiatrów w terapii chorób neuro-psychiatrycznych, jednak w taki sposób, żeby nie utracić jej „serca i duszy”. Należy w tym miejscu podkreślić, że coroczne zjazdy APA, odbywające się w stolicach poszczególnych stanów USA, mają charakter ogólnoświatowy i dla środowiska psychiatrycznego stanowią cenny drogowskaz zarówno pod względem naukowym, jak i postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Autor (psychiatra) niejednokrotnie miał przyjemność uczestniczyć we wspomnianych spotkaniach, jednak dopiero zjazd w roku 2015 tak mocno i dobitnie wyeksponował jako swoje motto problematykę „duszy” w terapii psychiatrycznej. Dotychczas psychiatria światowa, w tym również polska, za główny cel badań naukowych stawiała sobie wyjaśnienie biologicznych mechanizmów powstawania i przebiegu zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania. Z tego powodu w ostatnim dziesięcioleciu zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Unii Europejskiej przeznaczono wielkie nakłady finansowe na badania mózgu (odpowiednio 3,5 oraz 4,5 mld dol.). Jednak codzienna praktyka psychiatryczna w zakresie i nowoczesnej diagnostyki (na poziomie biochemicznym), i różnego rodzaju metod terapeutycznych (farmakologia, psychoterapia i inne) nie potwierdzały powszechnie uznawanej teorii naukowej o danej chorobie, a nawet jej przeczyły. Wówczas sądziliśmy, że dalszy postęp nauki i wiedzy o mózgu pozwoli na szybkie wyjaśnienie i poznanie patomechanizmu danej choroby psychicznej oraz zrozumienie zaburzeń psychopatologicznych i zachowań obecnie niewytłumaczalnych naukowo.

168. Zjazd APA i jego przesłanie zwróciło naszą uwagę na zagadnienia duchowości. To ważny problem naukowy w dziedzinie psychiatrii.

W polskim piśmiennictwie psychiatrycznym problematyka duchowości była do tej pory, mówiąc delikatnie, niedoceniana i marginalizowana. Jak wspomniano, nasze studiowanie literatury naukowej – głównie z zakresu teologii duchowości – pozwoliło z jednej strony na zrozumienie

i wyjaśnienie niektórych zjawisk psychopatologicznych obserwowanych u pacjentów, a z drugiej strony uświadomiło nam, że w tej dziedzinie pozostajemy nadal na początku drogi poznania „duszy” człowieka chorego. Nasz obecny stan wiedzy omawianej problematyki odzwierciedla wiersz „Westchnienie” ks. Jana Twardowskiego [1].

*Duchu stale pobożny twardy i uparty  
jesteś – a przecież nigdy cię nie widać  
bo przez grzeczność udajesz że cię wcale nie ma  
choć chcemy oglądać ręce oczy uszy  
robić miny na pokaz żeby się podobać  
żeńić się by po kwiatkach kupować jarzyny  
bądź już taki jaki jesteś  
lecz nie odchodź od nas  
bo czas coraz prędszy  
znów wiara niestała  
od samego siebie najdalej do nieba  
a ciało wciąż nie może uspokoić ciała*

Mottem naszej publikacji jest powiedzenie angielskiego lekarza, sir Wiliama Oslera (z roku 1891): „Wiedza o tym, kim jest cierpiący na daną chorobę, jest cenniejsza niż wiedza o tym, jaka to choroba”.

Współczesna medycyna uniwersytecka ma charakter „naprawczy” („narządowo-aparaturowy”) i osiąga w tej dziedzinie znaczące sukcesy, czego przykładem może być transplantologia. Czynniki psychiczne i duchowe pozostają nadal drugoplanowe, niedoceniane, a niekiedy pomijane w codziennej działalności lekarskiej.

Z drugiej strony współczesna medycyna przynajmniej w teorii (oficjalnie) akceptuje i docenia zjawisko takie jak „cudowne ozdrowienia” (np. w procesach beatyfikacyjnych), „efekt placebo” czy też popularne powiedzenia: „wiara czyni cuda”, „w zdrowym ciele zdrowy duch” itp.

Najwybitniejszy myśliciel wszech czasów Arystoteles (384–322 r. p.n.e) twierdził, że dusza i ciało są dwoma aspektami rzeczy ożywionych. Tymczasem o czynnikach psychicznych i duchowych współczesna medycyna jakby zapomniała. Potwierdzeniem takiego stanowiska jest wzrost popularności tzw. medycyny niekonwencjonalnej (alternatywnej), która wbrew opinii środowiska lekarskiego „przebiła się” do mediów

i zyskała uznanie społeczne. Medycyna psychosomatyczna – szczególnie eksponowana w USA – to kierunek naukowo-badawczy zajmujący się chorobami psychosomatycznymi (o etiologii psychogennej). Jest przedmiotem wykładanym na uniwersytetach medycznych w krajach tzw. Europy Zachodniej. Choćby w Niemczech istnieją Wydziały Medycyny Psychosomatycznej i szpitale uniwersyteckie z oddziałami (klinikami) psychosomatycznymi. W Polsce medycyna psychosomatyczna pozostaje tematem nieznanym ani lekarzom, ani studentom i stażystom, a NFZ nie przewiduje kontraktów z nielicznymi oddziałami psychosomatycznymi w szpitalach prywatnych.

Prezentowana praca składa się z dwóch zasadniczych części:

1. Przejawy duchowości u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi,
2. Duchowość jako dziedzina nauki.

## **Cel pracy**

Zasadniczym celem pracy jest zwrócenie uwagi i zainteresowanie czytelnika tematyką szeroko rozumianej duchowości.

## **Część I**

### **Przejawy duchowości u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi**

Problematyka szeroko rozumianej duchowości w większości dostępnych publikacji jest związana z wielkimi religiami monoteistycznymi. Autorzy wywodzący się z kręgu kultury europejskiej w niniejszej pracy odnoszą się wyłącznie do duchowości chrześcijańskiej, zwłaszcza katolickiej.

#### **1. Problemy związane z alkoholem**

Truizmem jest stwierdzenie, że zagrożenia związane z alkoholem stanowią problem społeczny, a badania naukowe mają charakter interdyscyplinarny. Generalnie metody leczenia choroby alkoholowej (ZZA) nadal uznaje się za mało skuteczne. Coraz szersza oferta psychoterapeutyczna, wzrost liczby grup samopomocowych również nie rozwiązały problemu leczenia ZZA. Zakładany cel psychoterapii – utrzymanie dożywotniej abstynencji – jest osiągalny dla niewielkiego odsetka pacjentów [2, 3].

Na całym świecie znane są zapewne spotkania wspólnoty anonimowych alkoholików (AA). To forma pomocy, jakiej udzielają sobie wzajemnie osoby uzależnione. Sfera psychiczna, etyczna, a także duchowa to

nieodzowne składniki człowieczeństwa. Gdyby uznać, że duchowość w życiu człowieka to „centralny system sterowania” albo „umiejętność używana do zrozumienia samego siebie”, to moglibyśmy śmiało przypuszczać, iż w trakcie choroby alkoholowej lub innego uzależnienia dochodzi do zachwiania duchowości. Służąca do odnalezienia głębokiej prawdy o sobie duchowość nie jest istotną wartością dla osoby odczuwającej głód alkoholowy. Wydaje się wręcz, iż osoby, które borykają się z problemem uzależnienia, starają się od owej duchowości uciec. W takich okolicznościach poznanie prawdy na swój temat jest bolesne i trudne do przyjęcia, zarazem osoba, która wyparła z siebie duchowość, jest słaba. Uzależnieni bardzo często sięgają po środki psychoaktywne, by się „zagłuszyć” i uciec od prawdy czy wspomnień.

W Programie Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików widać wyraźnie, że kilka punktów dotyczy duchowości. Wielu alkoholików przyznaje, że program przypomina im duchowe przebudzenie i duchowy rozwój, który jest konieczny do przywrócenia władania nad swoim życiem. M. Dziewiecki uważa, że punktem wyjścia w rozwoju duchowym jest postawienie sobie pytań o sens życia, hierarchię wartości, normy moralne, ideały i aspiracje. Zdaniem autora rozwój duchowy można weryfikować wg kryteriów: „Pierwszym z nich jest sposób rozumienia własnej cielesności oraz postawa wobec ciała. Dojrzały duchowo człowiek nie redukuje siebie do sfery cielesnej ani nie ulega dyktaturze ciała. Przeciwnie, jest zdolny do świadomego kierowania tą sferą w taki sposób, by wyrażała ona odpowiedzialną miłość wobec siebie i innych ludzi. Po drugie, dojrzałość duchowa jest weryfikowana w oparciu o sposób rozumienia i odnoszenia się człowieka do własnych przeżyć emocjonalnych. Dojrzały człowiek nie ucieka od bolesnych emocji ani się im nie poddaje. Podejmuje decyzje w oparciu o miłość, prawdę i odpowiedzialność, a nie w oparciu o doraźne stany emocjonalne. Równie ważnym sprawdzianem dojrzałości duchowej jest postawa wobec myślenia. Dojrzałość duchowa to świadomość, że istnieje ścisły związek między jakością myślenia a jakością postępowania. Dojrzały człowiek ma odwagę szukania całej prawdy o sobie – także wtedy, gdy jest ona dla niego bolesna albo gdy wymaga dokonania zasadniczej zmiany w dotychczasowej filozofii życia. Taki człowiek chce mieć rację w postępowaniu, a nie tylko w myśleniu. Zdaje sobie też sprawę z tego, że na tej ziemi nie jest możliwe osiągnięcie łatwego szczęścia” [4].

### Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu i że przestaliśmy kierować własnym życiem.
2. Uwierziliśmy, że **Siła Większa** od nas samych może przywrócić nam zdrowie.
3. Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece **Boga**, jakkolwiek Go pojmujemy.
4. Zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny.
5. Wyznaliśmy **Bogu**, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.
6. Staliśmy się całkowicie gotowi, aby **Bóg** uwolnił nas od wszystkich wad charakteru.
7. Zwróciliśmy się do **Niego** w pokorze, aby usunął nasze braki.
8. Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy, i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim.
9. Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych.
10. Prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów.
11. Dążyliśmy poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z **Bogiem**, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.
12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

Znany lekarz psychiatra A. Kępiński podkreśla: „Choroba jest złem; żeby się od niego uwolnić, trzeba się wewnątrznie oczyścić nie tylko fizycznie, ale i psychicznie” [5].

Piśmiennictwo poświęcone uzależnieniom wiele uwagi poświęca poczuciu winy. Teoria grupowej terapii leczenia uzależnień zakłada, że osoby, które w grupie mają poczucie winy: np. związane z procesem trzeźwienia, z lenistwem, nieprzykładaniem się do terapii, często uwiadcniają to w sposób czytelny dla terapeutów oraz grupy. Może się to przejawiać w obniżonym nastroju, braku motywacji, przygnębieniu itp. W takich okolicznościach procedury terapii grupowej zakładają, że oso-



ba będąca w takim stanie niekoniecznie ma być utożsamiana z depresją. W odróżnieniu od podejścia psychiatrycznego tych objawów nie należy pokonywać i racjonalizować.

Osoby uzależnione będące w procesie grupowym terapii uświadamia się, że nie powinno się niczego ukrywać, gdyż to może prowadzić do poczucia winy, a także przerwania terapii i zaniechania życia w abstynencji. Właściwym rozwiązaniem jest uczenie uzależnionych osób, by przekazywali swoje myśli i uczucia na zewnątrz. Dopiero wtedy stają się wolni. Historia tego zjawiska ma bardzo stare korzenie, wczesnochrześcijańskie, kiedy to członkowie wspólnot chrześcijańskich mieli w zwyczaju, by swe winy wyznawać publicznie przy pobratymcach. Doświadczenie to miało charakter oczyszczenia. Osoba biorąca udział w tego rodzaju wyznaniu win z reguły nie pogrążała się w poczuciu winy, ale uzyskiwała wolność i siłę wynikającą z oczyszczenia [6].



Rycina 1. Cykl winy [6].

Figure 1. The cycle of guilt.

Po zachowaniu negatywnym występują mechanizmy obronne, czyli siły działające w osobowości, mające na celu prowokowanie specyficznych zachowań. Ich zadaniem jest, jak sama nazwa wskazuje, „obrona”. Dotyczy to głównie obrony przed lękiem, poczuciem wstydu, niskim poczuciem własnej wartości wobec siebie i w oczach innych. W cyklu winy pierwszym mechanizmem jest racjonalizacja, czyli udowadnianie sobie, że czyny są rozumne, logiczne. Następnym jest mechanizm kompensacji, czyli wynagradzanie siebie za deficyty albo defekty. Prowadzi to do kolejnego mechanizmu, którym jest zaprzeczenie: czyli fałszowanie obrazu terażniejszości poprzez nieprzyjmowanie do wiadomości realnych faktów w celu odsunięcia negatywnych myśli i uczuć, które mogłyby się z tym wiązać. Spostrzeganie rzeczywistości zachodzi z unikaniem uświadomienia sobie jej przykrych aspektów. Następujące po mechanizmach strach i nieufność prowadzą do przygnębienia spowodowanego oznakami poczucia winy.

Przejawy duchowości w terapii uzależnień nie dotyczą tylko alkoholu, ale również tzw. uzależnień drugiej generacji. Autorzy pragną przedstawić w tym miejscu autentyczny przypadek kazuistyczny. Kilka spotkanych na ulicy kobiet w wieku 20–35 lat na białych, dużych płóciennych torbach miało wydrukowany bardzo widoczny czarny napis: „SPRAW BOŻE, ŻEBYM KUPIŁA TYKO TO, PO CO PRZYSZŁAM”.

Można się domyślać, że dotyczył on właścielek, które przejawiały cechy zakupoholizmu. Chyba bardziej wierzyły Bogu niż terapeutom uzależnień.

## **2. Zaburzenia typu schizofrenii**

Od końca lat 90. ubiegłego wieku wspólnie z dr. hab. Konstantinosem Tsirigotsem – psychologiem klinicznym – prowadzimy badania naukowe nad strukturą potrzeb i hierarchią wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną. Zaowocowały one wydaniem monografii [7, 8].

Recenzent – prof. dr hab. med. Adam Bilikiewicz – napisał m.in.: „Praca stanowi obszerne studium psychologii potrzeb ludzkich i wartości, z przeglądem najważniejszych koncepcji autorów polskich i zagranicznych. Książka wypełnia lukę w piśmiennictwie światowym na temat struktury, potrzeb i hierarchii wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną”.

Nie wdając się w szczegółowe omówienie wyników, można stwierdzić, że grupa badana (GB) z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej różniła się istotnie statystycznie od populacji osób zdrowych (grupa kontrolna GK) zarówno w zakresie struktury potrzeb, jak i hierarchii wartości. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii silniej odczuwały potrzeby: bezpieczeństwa, porządku, pomocy i oparcia, uległości i poniżania się, mniej intensywnie odczuwane były potrzeby: hedonistyczne, agresji, dominacji i osiągnięć.

Rozpatrując hierarchię wartości, można stwierdzić, że preferują one bardziej wartości o orientacji społecznej niż osobistej, moralne niż indywidualne. Niżej cenią gratyfikację bezpośrednią, hedonizm życiowy i ekspresję siebie niż gratyfikację odroczoną i samoograniczenie. Preferują również wartości allocentryczne. Wyżej cenią wartości ogólnoludzkie, odwieczne, transcendentalne.

W strukturze czynnikowej hierarchii wartości u osób ze schizofrenią paranoidalną wyróżnia się: życzliwość wobec innych, wartości związane z bezpieczeństwem, afirmację i miłość.

Analiza uzyskanych wyników była dla autorów zaskakująca i nieoczekiwana [7]. Wbrew wynikom innych autorów nie potwierdzono tendencji agresywnych i ekshibicjonistycznych, egocentrycznych, zależnościowości-biernościowych ani wielu innych [9]. Należy podkreślić, że zastosowane metody zdaniem wszystkich recenzentów były trafne i rzetelne, a badania przeprowadzono w okresie pełnej remisji objawów psychotycznych.

W monografii, w części poświęconej na omówienie i dyskusję, zwrócono uwagę na różne koncepcje dotyczące natury i przebiegu schizofrenii z uwzględnieniem teorii biochemicznych i metod neuroobrazowania. Obecnie wydaje się, że nie zauważyliśmy wówczas bardzo ważnego czynnika duchowości, a mianowicie: afektywnego wymiaru doświadczenia duchowego chorych (pojęcie afektywności duchowej). Wśród uczuć duchowych najważniejsze jest uczucie miłości, będące ruchem ku wyższym wartościom i jako takie podbudowujące wszystkie przeżycia emocjonalne. Wspomniana wcześniej wieloletnia praca naukowo-badawcza stanowiła dla nas nie tylko przeżycie intelektualno-poznawcze, lecz także duchowe, które zmieniło nasze postrzeganie i stosunek do osoby chorej psychicznie. Nasuwa się retoryczne pytanie, czy chorych z rozpoznaną schizofrenią można generalnie określać jako osoby niepełnosprawne.

Z przedstawionych badań wynika, że pod względem etyczno-moralnym, humanitarnym oraz biorąc pod uwagę inne cechy i wartości zasygnalizowane w niniejszej pracy, osoby z rozpoznaną schizofrenią w okresie remisji prezentują wyższy poziom szeroko rozumianej duchowości niż osoby uznawane za tzw. zdrowe psychicznie. To my – lekarze, psychologowie, orzecznicy, a także opinia społeczna – skazujemy ich na izolację, wykluczenie, wyobcowanie, marginalizację poprzez nadanie etykiety osoby chorej psychicznie i rentowanie tych osób.

Wyniki badań przekładają się bezpośrednio na codzienną praktykę psychiatryczną, o ile lekarz psychiatra sam prezentuje podobne cechy osobowości (duchowości) jak jego pacjent.

### 3. Zaburzenia depresyjne

Powszechnie uważa się, że zaburzenia depresyjne, niezależnie od klasyfikacji nozologicznej, zalicza się do chorób ogólnoustrojowych z różnie nasilonymi komponentami: somatycznym (psychosomatycznym), psychopatologicznym i wegetatywnym. Diagnostyka i leczenie depresji jest domeną psychiatrów i psychologów klinicznych. Zaburzenia najczęściej dotyczą sfery emocjonalno-wolitionalnej osobowości człowieka.

S. Pużyński uważa, że w psychiatrii terminem tym określa się szczególnego rodzaju zaburzenia nastroju i emocji, mianowicie te, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej. Roczną chorobowość z powodu depresji ocenia się na 4% [10].

W połowie XX w. w piśmiennictwie psychiatryczno-psychologicznym pojawiło się i utrwaliło pojęcie inteligencji emocjonalnej (EQ). W życiu człowieka pełni ona funkcję dominującą i w 80% decyduje o jakości życia.

W tym miejscu pragniemy przypomnieć motto 168. Zjazdu APA, w którym do „integracji ciała i umysłu” włączono jeszcze „serce i duszę”. Pojęcie „serca” nie należy utożsamiać w tym wypadku z narządem anatomicznym. Wywodzi się ono z teologii duchowości. Cały biblijny i patrystyczny (nazwa pierwszego okresu filozofii chrześcijańskiej do XII w.) przekaz wiąże przejawy życia wewnętrznego człowieka z „sercem” rozumianym jako centrum osobowe, to znaczy jako właściwy podmiot doświadczenia duchowego. W tym rozumieniu „serce” jest siedliskiem i źródłem uczuć cielesnych, psychicznych oraz duchowych zarówno periferycznych, jak i centralnych. Uczucia cielesne i psychiczne stanowią

zatem obszar serca w szerszym znaczeniu, uczucia zaś duchowe stanowią właściwe centrum sfery afektywnej, gdyż w nich ujawnia się osobowe „ja”.

Jest rzeczą oczywistą, że współczesna nauka lokalizuje sternictwo naszego życia uczuciowego (afektywności) w mózgu. Jednak w potocznym przekazie nadal funkcjonują powiedzenia: „miej serce i patrz w serce”; „miękkie serce”, a nawet rozpoznania takie jak „nerwica serca”, „zespół serca”, „zespół serca żołnierskiego” itp.

W religii katolickiej dla określenia najwyższego rozwoju emocjonalnego osobowości, modelu i wzorca, do którego człowiek ma dążyć w życiu doczesnym, jest pojęcie „Serce Jezusowego”.

Nasze doświadczenia w diagnostyce i terapii pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, zwłaszcza zaś z jej ciężkimi epizodami i objawami psychotycznymi, wskazują na znaczący czynnik duchowości w ich obrazie psychopatologicznym. W moim gabinecie psychiatrycznym każdy pacjent z podejrzeniem depresji wypełnia samodzielnie „Skalę Depresji Becka” [11].

W punkcie F „Skali...” badany ma wskazać stopień nasilenia „poczucia karania” przez wybór jednej z czterech opcji, a mianowicie:

- 0) Sądzę, że nie zasługuję na karę.
- 1) Sądzę, że zasługuję na karę.
- 2) Spodziewam się ukarania.
- 3) Wiem, że jestem karany(a) lub ukarany(a).

Pacjentki z ciężkim epizodem przeważnie wskazują na wariant trzeci, mimo że nigdy nie miały konfliktów z prawem, kłopotów rodzinnych lub zawodowych itp. Na pytanie o to, dlaczego i przez kogo są karane, zamykają się w sobie, unikają wzroku, milczą, niekiedy płaczą. Po pewnym czasie odpowiadają, że nikt nie może im pomóc, nawet lekarz, gdyż przekracza to jego kompetencje i możliwości. Zapytane wprost, „czy czują się karane chorobą przez Boga za popełnione grzechy”, potwierdzają i najczęściej jako przyczynę podają dokonanie w przeszłości aborcji. Wówczas rozmowa lekarza psychiatry o życiu duchowym badanej, przypomnienie, że Bóg jest miłosierny, a samobójstwo jest ciężkim naruszeniem piątego przykazania, powoduje poprawę kontaktu interpersonalnego zarówno intelektualnego, jak i emocjonalnego.

W okresie zdrowienia pacjentki często przypominają lekarzowi tę rozmowę, twierdząc, że poczuły się wówczas „rozgrzeszone”, a tenden-

cje samobójcze ustąpiły. Wydaje się, że terapia zaburzeń depresyjnych obok konieczności leczenia farmakologicznego wymaga również diagnostyki i terapii zaburzonego życia wewnętrznego i duchowego.

Ciężkie zaburzenia depresyjne często są główną przyczyną zamachów samobójczych (32–64%).

S. Pawłowski i W. Gruszczyński twierdzą, że doktryna Kościoła katolickiego w sprawie oceny moralnej problematyki samobójstwa od roku 1980, co ma związek z pontyfikatem Jana Pawła II, zmieniła się diametralnie. Współcześnie nie ocenia się negatywnie podmiotu (osoby), nie podważając dogmatu potępienia samego czynu samobójczego. Brak miejsca nie pozwala na rozwinięcie tematu duchowości u niedoszłych samobójców [12].

#### 4. Zaburzenia psychosomatyczne

Z punktu widzenia psychiatrycznego w Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10 (1997 r.) zaburzenie psychosomatyczne są opisane i zakwalifikowane pod numerami:

- F 40–48 – zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatomorficzną),
- F 50–59 – zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

Zdecydowana większość pacjentów prezentuje objawy i zespoły z grupy F 40–48. Zaburzenia te wiążą się z przyczynami psychologicznymi (psychospołecznymi) i stanowią odzwierciedlenie przeżywanych emocji, głównie lęku. Lęk jest podstawowym składnikiem charakteru, czyli strefy emocjonalno-wolicjonalnej. Z punktu widzenia teologii duchowości stanowią one tzw. „afektywny wymiar doświadczenia duchowego” [13].

Ograniczone ramy naszej publikacji nie pozwalają autorom na szersze przedstawienie tego problemu. Pragniemy jednak zwrócić uwagę na liczne doniesienia prasowe („Gazeta Wyborcza” z 28 października 2015 r., ss. 4-8; „Newsweek” z 12-18 października 2015 r., ss. 51-53) dotyczące tzw. „zespołu przewlekłego zmęczenia (CFS – *chronic fatigue syndrome*)”. Autorzy obu doniesień prasowych alarmują, że aż 15% badanych, głównie młodych Polaków, deklaruje w badaniach objawy omawianego zespołu. Problem dotyczy znacznej części populacji europejskiej i amerykańskiej. Powoduje on poważne zaburzenia funkcyjno-

wania społecznego, w tym głównie zawodowego, z powodu nasilonych zaburzeń psychomotorycznych, przede wszystkim permanentnego zmęczenia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Cytowane są poglądy lekarzy i terapeutów z tytułami naukowymi, którzy przedstawiają różne hipotezy etiopatogenetyczne, jednocześnie przyznając, że problem jest zagadką.

Z punktu widzenia psychiatrycznego jest on uwarunkowany przewlekłymi czynnikami stresogennymi i na tym początkowym etapie przejawia się zaburzeniami psychosomatycznymi o obrazie różnych zaburzeń psychopatologicznych (nerwicowych) pod postacią somatyczną, takich jak: nerwica serca, nerwica żołądka, zespół jelita drażliwego, pęcherz neurogeny, przewlekłe zespoły bólowe mięśni itp. [14, 15].

Przewlekłe i nasilone objawy psychiczne i somatyczne są charakterystyczne dla „Zespołu przewlekłego zmęczenia”. Na tym etapie nie wykazują żadnych zmian „organicznych” dostępnymi metodami diagnostycznymi. Dopiero po wielu latach funkcjonowania w warunkach przewlekłego stresu ujawniają się tzw. choroby psychosomatyczne (cywilizacyjne) – np. nadciśnienie tętnicze (z udarami mózgu), choroba wieńcowa (z zawałami mięśnia sercowego), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy (z perforacjami wrzodu), cukrzyca typu 2, łuszczyca i wiele innych (teoria stresu).

Dopiero obecnie, po wstępnym poznaniu podstawowego piśmiennictwa o duchowości, nasz pogląd jest szerszy, pełniejszy, bo uzupełniony o ważny element życia duchowego.

V.E. Frankl pisał w swoim dziele o trzech potencjalnych źródłach sensu życia [16], a mianowicie:

1. twórczości (w tym także pracy),
2. relacjach z innymi osobami,
3. transcendencji – rozumianej jako wiara w rzeczy nieprzemijające.

Obecnie ludzie, mówiąc bardzo ogólnie, nie znajdują czasu na: refleksję, kontemplację, racjonalny wypoczynek, „wyciszenie” emocjonalne i duchowe. Być może dlatego coraz więcej ludzi sukcesu (zawodowego i finansowego) wybiera na miejsce wypoczynku urlopowego celę zakonną, całkowicie izolując się od informacji, np. w klasztorze benedyktynów w Tyńcu pod Krakowem. Niekwestionowany postęp medycyny (uniwersyteckiej) w dziedzinie przedłużania życia biologicznego nie koreluje z jego szeroko rozumianą jakością.



## Część II

### Duchowość jako dziedzina nauki

Pojęcie duchowości człowieka jest terminem ogólnoludzkim (światowym), w wielkich religiach monoteistycznych bardzo zróżnicowanym i podlegającym zmianom historycznym. Z uwagi na uwarunkowania kulturowe naszego kraju autorzy ograniczyli się do prezentacji zarysu teologii duchowości w świetle religii katolickiej.

Eulogio de la Virgen del Carmel w swoim odczycie wygłoszonym podczas III Kongresu Duchowości w Salamance, pt. „Proceso historico de la formacion de la teologia espiritual como ciencia” (1960 r.) historię teologii duchowości jako nauki podzielił na następujące okresy [13]:

a) prehistoria: jest to okres pierwszych wieków chrześcijaństwa i wczesnego średniowiecza, kiedy tworzyły się pojęcia, nazwy i wyrażenia teologiczne typowe dla duchowości;

b) dzieciństwo: to okres (od XII do XIV w.), kiedy rodziła się właściwa teologia duchowości w wyniku systematyzacji i naukowej organizacji całości wiedzy teologicznej. Wówczas teologia duchowości wcielona w całość wiedzy teologicznej nie miała jeszcze swojej fizjonomii oraz „osobowości” naukowej i wchodziła w skład ówczesnej teologii;

c) młodość: okres trwający od XIV do końca XVI w., kiedy podejmowane były pierwsze próby wyodrębnienia się teologii duchowości jako samodzielnej dyscypliny naukowej;

d) dojrzałość: przypadająca na XVII w., kiedy nastąpiło całkowite wyodrębnienie się nowej niezależnej dyscypliny i stworzenie jej struktur;

e) odrodzenie: w wyniku formalnego usankcjonowania przez Kościół dyscypliny jako przedmiotu studiów uniwersyteckich, co nastąpiło pod koniec XIX w., po długim okresie zastoju.

Jako źródła i instytucje wiedzy naukowej M. Chmielewski wymienia między innymi [17]: dokumenty Kościoła przed II soborem watykańskim; posoborowe dokumenty Kościoła; uczelnie rzymskie; uczelnie poza Rzymem – wchodzące w skład struktur uczelni katolickich lub państwowych.

W Polsce najbardziej znane są: Prymasowski Instytut Życia Wewnętrznego, Instytut Teologii Duchowości Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (KUL) i Sekcja Teologii Duchowości Akademii Teologii Katolickiej (ATK).



## Definicje

W rysie historycznym duchowość była ściśle powiązana z teologią moralną. W latach 20. ubiegłego wieku badacze zainteresowani duchowością postawili sobie za cel wyodrębnienie duchowości jako samodzielnej dyscypliny naukowej. Nie udało się jednak dokonać tego w pełni z racji ścisłego związku z teologią moralną. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci można zaobserwować stale rosnącą liczbę publikacji, badań naukowych, powstawanie nowych placówek związanych z badaniem duchowości. Taką tendencję zawdzięczamy głównie wyodrębnieniu się duchowości jako samodzielnej dziedziny naukowej. Duchowość może nam się kojarzyć wieloznacznie, przez wielu naukowców jest traktowana jako „najwyższy poziom psychiki” lub jako nie do końca rozumiane zjawisko ponadwrodzone, nadnaturalne. Są nawet przypuszczenia, że duchowość może być złożona do wzoru, którego rozwiązaniem jest oświecenie i przejście na wyższe poziomy rozwoju. Obecnie, rozpatrując pojęcie duchowości, możemy wskazać podział na definicje powiązane z Bogiem lub Siłą Wyższą, lub też te, które tę rolę pomijają.

## Definicje uznające Boga lub Siłę Wyższą

Teologia tłumaczy to zjawisko, opierając się między innymi na Instrumentum Laboris VIII Zwyczajnego Synodu Biskupów, które głosi, że „słowo duchowość oznacza pewien styl życia albo życie według Ducha, postępowanie według Ducha, zespół serc pobudzonych przez Ducha, a mianowicie przekonań, motywacji, decyzji”.

W. Słomka zwraca uwagę, że duchowość jest zbiorem postaw, przez które rozumiemy „względnie stałe ustosunkowanie, które wyraża się w gotowości podmiotu do pozytywnych lub negatywnych relacji intelektualno-orientujących, emocjonalno-motywacyjnych oraz behawioralnych wobec jej przedmiotu” [18].

M. Dziewiecki definiuje duchowość jako: „zdolność człowieka do zrozumienia samego siebie, czyli do znalezienia odpowiedzi na pytania: kim jestem, skąd się wzięłam, dokąd zmierzam, w oparciu o jakie więzi i wartości mogę osiągnąć cel mojego życia?” [19].

Zdaniem tego autora dzięki sferze duchowej człowiek potrafi postawić sobie podstawowe pytania dotyczące jego własnej tajemnicy i szukać na nie pogłębionych zasadnych odpowiedzi. Duchowość to zatem rodzaj superinteligencji.

## Definicje pomijające Boga lub Siłę Wyższą

Definicja Doyle'a dotyczy głównie aspektów poszukiwania egzystencjalnego sensu [20].

Dla Shafranske i Gorsucha to „transcendentny wymiar ludzkiego doświadczenia, odkrywany w chwilach, w których jednostka podważa sens swojej egzystencji i próbuje odnaleźć się w szerszym kontekście ontologicznym” [21].

Naukowcy badający zjawisko duchowości wychwycili problem związany z terminologią w tej dziedzinie. M. Chmielecki uważa, że we współczesnej literaturze pojawia się wiele synonimów pojęcia „duchowości” i wymienia między innymi: „doskonałość”, „pobożność”, „życie wewnętrzne”, „życie duchowe” etc. Ma rację, twierdząc, że to „pojęciowe zamieszanie” należy poddać krytycznej ocenie [22].

Ten sam autor 8 lat później precyzuje zakres wspomnianych pojęć, pisząc [13]: „Należałoby natomiast w teologii konsekwentnie rozróżnić pomiędzy życiem wewnętrznym, duchowością a życiem duchowym. Chodziłoby nie tyle o same pojęcia, co przede wszystkim wskazywane przez nie rzeczywistości, które choć wzajemnie się przenikają – to jednak nie są tożsame. Przez życie wewnętrzne bowiem należy rozumieć całokształt wrażliwości i aktywności człowieka w płaszczyźnie poznawczo-emocjonalnej, którą za przedmiot niekoniecznie musi mieć Absolut czy jakkolwiek pojętą transcendencję. Jeżeli własne życie wewnętrzne skoncentrowane jest na Transcendencji z wyraźnym nastawieniem soterologicznym, to wówczas można mówić o duchowości. Z kolei Życie duchowe stanowi szczególną postać duchowości ukierunkowanej ku Bogu osobowemu objawionemu przez Jezusa Chrystusa w Duchu Świętym. Ograniczone ramy naszej publikacji nie pozwalają na przedstawienie wielu koncepcji duchowości prezentowanych współcześnie przez tzw. szkoły, np. ignacjańską, pallotyńską itp. Przedmiotem zainteresowania współczesnych badaczy są trzy główne nurty: mistyczno-kontemplacyjny, biblijno-liturgiczny, chryścocentryczno-eklezyjalny”.

Na zakończenie pragniemy zwrócić uwagę na badania duchowości w psychologii zdrowia. J. Heszen-Niejodek i E. Gruszczyńska uważają, że w psychologii duchowość ma status konstruktu teoretycznego i nie jest bezpośrednio mierzalna. Może być natomiast mierzona za pośrednictwem wskaźników empirycznych [23].

Dotyczy to zwłaszcza metod neuroobrazowania mózgu (FRM, SPECT, PET, HMRS).

Metody te wyprzedzają nie tylko zmiany morfologiczne, ale również czynnościowe. Nie spotkaliśmy prac wykorzystujących te badania do oceny duchowości człowieka.

## Wnioski

Jako autorzy mamy pełną świadomość, że nasza znajomość problematyki duchowości jest jeszcze niepełna, niekompletna i opiera się na zbyt małej liczbie publikacji. Jak wspomniano, nasze zainteresowanie duchowością w praktyce psychiatryczno-psychologicznej datuje się od niedawna, tj. od 168. Zjazdu APA w lipcu 2015 r. W tak krótkim okresie indywidualnego studiowania zagadnień duchowości nasze holistyczne podejście do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi uległo znacznemu wzbogaceniu, a jednocześnie lepiej rozumiemy jego zaburzenia psychopatologiczne. To, co przedtem traktowaliśmy jako naszą intuicję, znalazło potwierdzenie w badaniach naukowych z dziedziny duchowości. Ponadto w zrozumieniu problemu barierą trudną do pokonania był utrwalony przez lata sposób biologicznego spostrzegania i diagnozowania ludzkiej psychiki, coraz częściej w skali mikro (biochemicznych). Obecnie nasza hipoteza dotycząca duchowości ma swoje korzenie w rozumieniu etiopatogenezy chorób psychosomatycznych. Wydaje się, że skoro coś nieuchwytnego materialnie, takiego jak stres psychologiczny (a mówiąc precyzyjnie stresory psychologiczne), zwłaszcza tzw. bodźce psychospołeczne (BP), mogą wywoływać ciężkie, często śmiertelne choroby somatyczne (cywilizacyjne), to czy duchowość jako ważny element wiary (religii) nie może zmieniać biologii mózgu i całego organizmu? Dotychczas w polskim piśmiennictwie psychiatrycznym oraz tym z zakresu psychologii klinicznej problematyka duchowości osób chorych albo nie była zauważana w ogóle, albo traktowano ją marginalnie i jej nie doceniano. Znane nam były metody terapeutyczne, zwłaszcza uzależnienia alkoholowego, w których duchowość pozostaje elementem leczenia. Jest to wspomniany program 12 Kroków realizowany na spotkaniach Anonimowych Alkoholików, a także metody stosowane przez organizacje i ośrodki kościelne, np. jezuitów, polegające na złożeniu ślubów abstynencyjnych przez osobę z problemem alkoholowym. Nasze wątpliwości co do skuteczności tych działań wynikały stąd, że

osoby deklarujące terapię nie zawsze były do końca zdiagnozowane oraz zgłaszały się często z tzw. przymusu zewnętrznego. Procedura diagnostyczna choroby alkoholowej, zwłaszcza początkowego jej stadium, nie jest postępowaniem prostym ani łatwym. Dotyczy to zwłaszcza tzw. „pijaków”, których jest w Polsce od 800 tys. do miliona. Różnicę między pijaństwem a alkoholizmem (chorobą alkoholową) w sposób lakoniczny, ale bardzo precyzyjny określa stare francuskie powiedzenie: „Pijak mógłby przestać pić, gdyby chciał, alkoholik chciałby przestać pić, gdyby mógł”. Jak wspomniano, zasadniczym celem publikacji jest zainteresowanie czytelników problemami szeroko rozumianej duchowości w diagnostyce i terapii osób z zaburzeniami psychicznymi. W kręgach Europy Zachodniej, a zwłaszcza w USA, stają się one codzienną praktyką lekarską i tematem badań naukowych. W Polsce w sposób nie zawsze akceptowany przez środowisko lekarzy i psychologów zajmuje się tym tzw. medycyna niekonwencjonalna (alternatywna). W środowisku medycyny uniwersyteckiej działania różnego rodzaju bioenergoterapeutów odrzucających metody leczenia biologicznego są traktowane jako działania przestępcze.

### **Piśmiennictwo**

1. Twardowski J. *Jakby Go nie było*. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa, 2001, 94.
2. Gruszczyński W. (Samo-)diagnostyka problemów związanych z alkoholem. *Biuletyn WIL „Skalpel”*. 2009; 1: 20-22.
3. Gruszczyński W. Biologiczne metody leczenia choroby alkoholowej – fakty i mity, *Biuletyn WIL „Skalpel”*, 2008.
4. Dziewiecki M. Choroba alkoholowa a zniewolenie sfery duchowej. *Świat Problemów*, 2006; 5: 4-6.
5. Kępiński A. *Łęk*. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1992.
6. Kooyman M. Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa, 2002, 35-50.

7. Tsirigotis K, Gruszczyński W. The values hierarchy of paranoid schizophrenic out patients, *Arch Psychiatr Psychother* 2005; 3(2): 15-26.
8. Tsirigotis K, Gruszczyński W. The needs structure of paranoid schizophrenic out patients. *Arch Psychiatr Psychother* 2001; 3(1): 53-56.
9. Suchańska A. Regulacyjne funkcje potrzeb a aktywizowanie schizofreników paranoidalnych w sytuacji terapeutycznej W: *Psychologia i Pedagogika*, UAM, Poznań, 1984, 58.
10. Pużyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. PZWL, Warszawa, 2004.
11. Pużyński S, Boręsewicz M. *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa , 1993, 250-252.
12. Pawłowski S, Gruszczyński W. Zachowania samobójcze w świetle religii katolickiej. *Psychiatra, Wyd. Specj.*, 2015, 46-47.
13. Chmielewski M. *Metodologiczne problemy posoborowej teologii duchowości Katolickiej /red. wyd/ Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego*, Lublin, 2001.
14. Gruszczyński W. Stres – rosnący problem społeczny XXI wieku. *Prewencja i Rehabilitacja* 2012; 4(30): 1- 4.
15. Gruszczyński W. Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 4: 1121-1129.
16. Frankl, V. E. *Homo patiens*. Tłum. Z. J. Jaroszewski, R. Czernecki. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax. 1946.
17. Chmielewski M. *Metodologiczne problemy posoborowej teologii duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin, 2000, 299-300.

18. Słomka W. Teologia duchowości katolickiej, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin, 2001.
19. Dziewiecki M. Czym jest duchowość. Przewodnik katolicki, Poznań, 2013, 23.
20. Doyle, D. Have we looked beyond the physical and psychosocial? *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 302-311.
21. Shafranske E, Gorsuch R. Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1984;16: 231-241.
22. Chmielewski M. Teologia duchowości katolickiej, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin, 1993, 50.
23. Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i pomiar. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 47(1): 15-31.

### **Adres do korespondencji**

prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński

wojciechgruszczyński@poczta.onet.pl

Instytut Psychologii Stosowanej, Katedra Psychologii Zdrowia i Klinicznej

Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

ul. gen Michała Tokarzewskiego 291 - 842, Łódź

tel. 42 66-46-688