

Pomiędzy wiarą a nauką: zniewolenie duszy czy zaburzenia dysocjacyjne? Prezentacja przypadku

Faith vs. science: soul's possession or dissociative disorder? A case study

Aleksandra Barabasz³, Joanna Hyrnik¹, Małgorzata Janas-Kozik^{1,2},
Ireneusz Jelonek¹

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
Kierownik: dr hab. n. med. M. Janas-Kozik

² Katedra Psychiatrii SUM Katowice

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Krupka-Matuszczyk

³ Klinika Psychiatrii i Psychoterapii GCM Katowice

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Krupka-Matuszczyk

Summary

The aim of this paper is to discuss the impact and significance of religious beliefs on the dissociation and somatization symptoms presented by a hospitalised female patient. A 16-year-old girl was hospitalised at the Developmental Age Psychiatry and Psychotherapy Clinical Ward (The Clinical PiPWR Ward) for observation; she had been referred from the Regional Acute Poisoning Centre where she had been admitted upon taking some medications. For two years she had been subjected to exorcisms due to “possession by the Evil”. Religious convictions had been sustained and enhanced by the patient’s parents as well as a local Catholic community. The observation and diagnosis at the PiPWR Clinical Ward revealed mixed dissociation and somatization disorders as well as an abnormally shaping personality. The presented case, on the basis of the clinical observation and the analysis of literature on the subject, led to the following conclusions: the emotional issues and the system of religious beliefs influenced the shape of symptomatology, enforced the functioning of immature defensive mechanisms and intensified the dissociation and somatization disorders in the patient. The diagnosed mental disorders require that the girl should undergo individual and family psychotherapy.

Słowa kluczowe: zaburzenia dysocjacyjne, wierzenia religijne, zniewolenie, nieprawidłowo kształtująca się osobowość

Key words: dissociation disorders, religious beliefs, possession, abnormally shaping personality

Wstęp

To, co w ujęciu teologicznym określane jest jako opętanie, zniewolenie przez Szatana, inaczej Złego, jest z perspektywy psychopatologicznej zespołem z kategorii

zaburzeń dysocjacyjnych [1]. Zaliczenie w ICD-10 opętania i transu do zaburzeń dysocjacyjnych, z równoczesnym ujęciem ich w kontekście kulturowym, zamiast ułatwić, spowodowało pojawienie się dodatkowych wątpliwości, które każdy psychiatra rozważa przy spotkaniu z pacjentem przekonanym o zniewoleniu czy opętaniu [2]. Współcześnie psychiatria nastawiona jest na dialog z wartościami religijnymi, doceniając ich pozytywny wpływ na stan psychiczny pacjentów [1, 3]. Równocześnie wiadomo jednak, że fundamentalne, dewocyjne traktowanie religii wywiera silny wpływ na jednostkę, zwłaszcza dzieci, i może przyczynić się do ukształtowania osobowości nieprawidłowej [4]. Podkreśla się wartość współpracy między psychiatrami a teologami [5]. Przeprowadzone badania wykazują jednak, że psychiatrzy rzadko kierują swoich pacjentów do księży, chociaż ok. 3/4 chorych zgłasza problemy duchowe. Księża także niechętnie współpracują z lekarzami, mimo że około 1/3 osób zgłaszających się do nich po pomoc przejawia poważne zaburzenia psychiczne i zaledwie 1/10 jest kierowana do poradni zdrowia psychicznego [2]. Osoba zniewolona przez Złego poddawana jest w Kościele katolickim egzorcyzmom, których „efektywność [...] związana jest z faktem zachowania jakości komunikacji pomiędzy egzorcystą a opętanym na poziomie przeżywanego przez obie te osoby transu” [2, s. 4].

Kościół katolicki zwraca coraz większą uwagę na opętanie i egzorcyzmy. W 1997 roku ukazał się dokument „O egzorcyzmach większych i duszpasterstwie opętanych”. W roku 1999 wydana została „Liturgiczna księga egzorcyzmów” jako część „Rytuału Rzymskiego” i promulgowana przez papieża Jana Pawła II. Znajdują się w niej określone zasady kwalifikacji i przeprowadzania egzorcyzmów. Przed przystąpieniem do rytuału zalecana jest szczególna ostrożność oraz refleksja, czy przekonanie osoby o wpływie Złego nie wynika z choroby psychicznej, a w przypadku wątpliwości wskazuje się konieczność zasięgnięcia opinii lekarza psychiatry [6].

Opis przypadku

Kontekst przyjęcia na oddział

16-letnia pacjentka wcześniej nie była leczona psychiatrycznie. Została skierowana na oddział z regionalnego ośrodka ostrych zatruc, gdzie przebywała po nadużyciu leków (Paracetamol). W badaniu psychiatrycznym przy przyjęciu nie stwierdzono u niej zaburzeń świadomości. Chora była zorientowana wszechstronnie prawidłowo, jej tok myślenia był niezaburzony, afektywnie była żywa, dostosowana, w nieco obniżonym nastroju i niepokoju (adekwatnie do sytuacji). Nie występowały u niej objawy produktywne; myśli rezygnacyjne i samobójcze negowała. Utrzymywała przekonanie o zniewoleniu, którym tłumaczyła także zażycie leków i bóle okolicy lędźwiowej. Zażycie leków jej rodzice tłumaczyli wynikiem „zniewolenia”.

Z wywiadu wynikało, że pacjentka od około 2 lat była poddawana egzorcyzmom z powodu „zniewolenia przez Złego”. Przekonania religijne były podtrzymywane i wzmacniane przez jej rodziców oraz lokalną społeczność katolicką. Rodzice, a także ksiądz, który sprawował nad nią „duchową opiekę”, mówili o występowaniu u niej w sytuacjach wzniosłych religijnie epizodów pobudzenia ruchowego połączonego

z poczuciem zmiany tożsamości, czasem napadami drgawkopodobnymi. Incydenty te pokryte były u chorej całkowitą niepamięcią. W trakcie przeżywanych doświadczeń religijnych pojawiały się także liczne objawy somatyzacyjne, takie jak parestezje, niemożność połykania, trudności z oddychaniem, hiperwentylacja, uczucie ciężaru na klatce piersiowej.

W chwili przyjęcia na oddział chora była uczennicą II klasy gimnazjum. Pochodziła z rodziny pełnej, była starszym dzieckiem z dwojga rodzeństwa. Oboje rodzice, aktywni zawodowo, ukończyli szkoły zawodowe. Deklarowali, że są wierzący i praktykujący. Przyznawali, że przed pojawieniem się „problemów duchowych” u córki nie okazywali jej należytego zainteresowania i nie udzielali wsparcia, z powodu braku czasu i nadmiaru obowiązków. Wywiad rodzinny w kierunku chorób psychicznych niepewny – rodzice negowali choroby psychiczne, natomiast podali, że w rodzinie matki 3 osoby podjęły próbę samobójczą.

Rodzice opisywali córkę jako spokojną, sumienną i pracowitą. Z powodu problemów w nauce w pierwszej klasie szkoły podstawowej pozostawała ona pod opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdzie w wyniku przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono ogólny rozwój intelektualny poniżej przeciętnej. Mimo to osiągała dobre wyniki w nauce, nigdy nie powtarzała klasy. Nie miała licznej grupy znajomych, lepiej funkcjonowała w relacjach z młodszymi dziećmi. Wrażliwa na krytykę, w sytuacjach stresowych zgłaszała liczne dolegliwości fizyczne, czasem omdlewała. W sytuacjach konfliktowych wycofywała się, a jej buntownicze zachowanie, takie jak wybuchy złości, próby przeciwstawienia się rodzicom, tłumaczono jako objawy wpływu złych mocy czy próby zniewolenia jej przez Szatana.

„Problemy duchowe” pojawiły się u pacjenki przed ponad dwoma laty. Podczas mszy świętej starsza koleżanka, która w przeszłości także poddawana była egzorcyzmom, 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 dziewczynka zignorowała je, nie traktując ich poważnie. Stopniowo jednak coraz intensywniej zaczęła odczuwać powyższe dolegliwości, które narastały przy kolejnych „ekspozycjach”. Zaniepokojona podzieliła się wątpliwościami z rodzicami, którzy po pomoc udali się do księdza egzorcysty. Duchowny, po przeanalizowaniu sprawy, uznał dziewczynkę za zniewoloną i poddał egzorcyzmom, bez uprzedniej konsultacji psychiatrycznej czy psychologicznej. Przez kilka tygodni dziewczynka czuła się dobrze. Zaczęła wzbogacać swoją wiedzę religijną, uczestniczyła w rekolekcjach podejmujących problematykę magii i okultyzmu, zgłębiała przypadek opętania Anneliese Michel (oglądała filmy dokumentalne, czytała dostępną literaturę m.in. „Egzorcyzmy Anneliese Michel” Felicitas Goodman). Po jakimś czasie ponownie zaczęła podczas mszy świętej odczuwać drętwienie języka, miała problemy z oddychaniem, duszności, zawroty głowy. Tym razem wraz z rodzicami udała się po radę do księdza, który prowadził rekolekcje. Ksiądz, po uzyskaniu zgody od biskupa, objął dziewczynkę duchowym wsparciem, poddawał egzorcyzmom i odmawiał za nią modlitwy. Wówczas również nie przeprowadzono konsultacji psychiatrycznej ani psychologicznej. Powyższe praktyki trwały przez mniej więcej 2 lata. Uczestniczyły w nich także osoby świeckie, należące do

lokalnych organizacji religijnych. Co najmniej raz dziennie ktoś z powyższej grupy kontaktował się z dziewczynką, odmawiał wspólnie modlitwy, wspierał ją, interesował się jej samopoczuciem i problemami. Zyskała szczególny status. W kolejnych miesiącach pojawiły się dodatkowe objawy. Podczas egzorcyzmów oraz modlitw zbiorowych wystąpiły złożone aktywności ruchowe połączone z pobudzeniem psychoruchowym, zmianą tembru głosu, czasem następowymi napadami drgawkopodobnymi. Objawy te pokryte były całkowitą niepamięcią, a dziewczynka dowiadywała się o nich z relacji osób biorących udział w powyższych zgromadzeniach.

Stopniowo wycofała się z relacji rówieśniczych, ograniczając swoje funkcjonowanie do społeczności religijnej. Równocześnie poprawiły się jej wyniki w nauce. Objawy zniewolenia nigdy nie występowały w szkole, lecz ograniczały się do środowiska domowego i kościelnego.

Zniewolenie miało także wpływ na zacieśnienie się relacji rodzinnych. Rodzice określali ten stan jako „dar dla rodziny”, który wyróżniał ich spośród innych. Całe ich życie i funkcjonowanie skupiło się wokół spraw religijnych. Przystąpili do Ruchu Odnowy w Duchu Świętym, gdzie brali udział w „rozeznaniach”, dzięki którym zgłębiali swoją wiedzę o problemach duchowych i istocie zniewolenia. Zyskali szczególne miejsce w lokalnej społeczności katolickiej, która udzielała im znaczącego wsparcia i zainteresowania.

Podczas pobytu na oddziale pacjentka została objęta psychoterapią indywidualną, brała również udział w grupowych zajęciach terapeutycznych. Odbywały się także spotkania rodzinne. Ponadto poproszono o konsultację księdza najbliższej związanej z rodziną, który był jednocześnie osobą egzorcyzmującą pacjentkę.

Pacjentka początkowo wycofana, z objawami lękowymi, przyjmująca postawę obronną w relacji z terapeutą, niechętnie poruszała tematy dotyczące przeżywanych przez nią problemów, które określała jako duchowe. W sytuacjach stresowych płaceliwa, regresująca się, zgłaszała liczne objawy, takie jak trudności w oddychaniu, uczucie „guli” w gardle, drętwienie kończyn. Chętniej przebywała w towarzystwie dużo młodszych koleżanek i kolegów, wobec których przyjmowała postawę wspierającą i opiekuńczą, wycofując się z relacji z rówieśnikami. Mówiła wówczas o potrzebie darzenia ich opieką i wsparciem, przeżywała poczucie gratyfikacji, stając się obiektem uwagi dzieci i wyjątkową dla nich osobą.

W kontakcie indywidualnym nawiązanie dialogu w zakresie doświadczanych objawów było niezmiernie trudne, gdyż pacjentka rozumiała ich naturę oraz swoje problemy jako wyraz zniewolenia. Z dużym napięciem mówiła o lęku przed niezrozumieniem i wielokrotnie podkreślała, że jedynie rodzice oraz jej zaufany kapłan wiedzą, czego doświadcza oraz że tylko od nich może uzyskać pomoc. Pozostawała bezkrytyczna wobec prób diagnozowania jej symptomów na podstawie wiedzy psychopatologicznej. Po jakimś czasie zaczęła poruszać tematy dotyczące relacji z osobami znaczącymi, obrazu siebie, relacji rówieśniczych oraz religii, jednakże trudno było wykroczyć poza religijny kontekst omawianego obszaru, który odnosiła praktycznie do każdego z wątków podejmowanych w rozmowie. Relacjonowała wiele trudności w kontaktach z rówieśnikami i adaptacyjnych. Omawiała relacje głównie poprzez porównywanie dobre – złe. W klasie czuła się źle, mówiła, że jest wyśmiewana przez kolegów i ko-

leżanki, nie nawiązywała bliższych kontaktów. Poza obszarem jej zainteresowania pozostawały relacje z chłopcami. Dobrze czuła się ze znajomymi z kościoła – wśród starszej od niej o kilka lat młodzieży. W tej grupie czuła się akceptowana, wyjątkowa, ze względu na spodziewane uzyskanie charyzmatu po zakończeniu procesu egzorcyzmowania. Miała poczucie, że dzięki temu przysłemu darowi będzie mogła pomagać innym, również dotkniętym zniewoleniem. Relacja z matką miała dla niej szczególnie znaczenie, uważała ją za najbliższą osobę. Wypowiedzi wskazywały na silną tendencję do idealizacji jej postaci. W odczuciu pacjentki nastąpiła znacząca zmiana w ich kontakcie, polegająca na wzajemnym zbliżeniu, niedługo przed pojawieniem się oznak zniewolenia. W tamtym czasie, mniej więcej 2 lata wcześniej, opowiedziała matce długo skrywaną tajemnicę, dotyczącą dziecięcych zabaw z chłopcami, którzy „dotykali jej okolic intymnych”. Epizod ten miał miejsce, kiedy pacjentka miała około 7–8 lat. Pamiętała wyraźnie to wydarzenie, doświadczając poczucia winy, wstydu oraz lęku przed złością matki. Po ujawnieniu tego faktu matce doświadczyła ulgi i od tamtej pory miała wrażenie większej bliskości w relacji z nią. W wypowiedziach pacjentki ojciec pojawiał się bardzo rzadko. Opisywała go jako nieobecnego, oddalonego, wyrażając jednocześnie zadowolenie z tego powodu, gdyż miała poczucie, że może być bliżej z matką. Znaczącą postacią dla niej był ksiądz, którego poznała podczas rekolekcji, a który później odprawiał modlitwy nad nią i egzorcyzmował ją. Miała poczucie dużego oparcia w tej relacji, zwracała się do niego „z każdą sprawą”, czy to w bezpośredniej rozmowie, czy poprzez codzienny kontakt telefoniczny, na który miała przyzwolenie w razie „złego duchowego samopoczucia” – odczuwała wtedy wiele objawów somatycznych, którym towarzyszyły fantazje o odwróceniu się od Boga, Kościoła i samego księdza. Po rozmowie z nim, kiedy słyszała, że „doświadczane objawy to przejawy oddziaływania Złego”, odbarczona z poczucia winy, doznawała spokoju i zadowolenia z bliskości księdza, jego modlitw oraz wstawiennictwa społeczności. Pacjentka relacjonowała wiele sytuacji, w których reagowała pojawieniem się rozterek duchowych, związanych z doświadczaniem trudnych emocji, zwłaszcza złości, np. w relacjach z matką.

W trakcie badań diagnostycznych prezentowała lęk przed oceną, dopytywała, czy jest dobrze rozumiana, widoczna była jej tendencja do spełniania oczekiwań, co nasunęło pytanie o charakter jej relacji z osobami znaczącymi. W zakresie procesów poznawczych można było wnioskować o prawidłowych funkcjach percepcyjnych, wzrokowo-konstrukcyjnych, przestrzennych, prawidłowej sprawności grafomotorycznej, jak również zdolności planowania, organizacji złożonego działania oraz prawidłowym funkcjonowaniu pamięci. Badania psychologiczne ujawniły również zachwiane poczucie bezpieczeństwa, brak poczucia stabilności, poczucie zawieszenia, a w efekcie trudności z adaptacją, ponadto – potrzebę aspiracji, ekspansji i zaznaczenia swojej obecności, jak również słabość granic i dystans emocjonalny, naiwność, brak ostrożności. W zakresie mechanizmów obronnych uwidoczniły się ich wczesne formy w postaci zaprzeczania, izolacji i dewaluacji, projekcji, jak również inne, takie jak wyparcie czy przemieszczenie. Pacjentka zaprezentowała się jako zregresowana w zakresie procesów separacyjnych oraz rozwoju psychoseksualnego.

W zaprezentowanym przypadku z dużym prawdopodobieństwem można mówić o przewadze dysocjacji jako mechanizmu powstawania objawów. Wyraźne były również cechy narcystyczne.

Wykonana diagnostyka (MR głowy, EEG, badania neuropsychologiczne) pozwoliła wykluczyć ewentualność zmian organicznych w obszarze ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Pacjentka nie wymagała zastosowania farmakoterapii. Objawy zniewolenia w trakcie obserwacji psychiatrycznej nie występowały.

W wyniku przeprowadzonej diagnostyki i obserwacji postawiono rozpoznanie mieszanych zaburzeń dysocjacyjnych, zaburzeń somatyzacyjnych, a także nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Zalecono podjęcie psychoterapii. Pacjentka i jej rodzice deklarowali chęć kontynuacji psychoterapii rodzinnej. Zaznaczyli równocześnie, że kluczowym kryterium w wyborze terapeuty będzie jego religijność.

Komentarz

Problematyka emocjonalna oraz system wierzeń religijnych miały wpływ na kształt symptomatologii, wzmacniały funkcjonowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych oraz potęgowały występowanie u pacjentki zaburzeń dysocjacyjnych i somatyzacyjnych.

Osamotniona, pozbawiona kontaktu z rówieśnikami, a także niedoceniona w środowisku domowym nastolatka zwróciła się w stronę organizacji przykościelnych. Pewne jest, że „wiele osób przyłącza się do społeczności religijnych bardziej ze względu na więź społeczną niż przywiązanie do treści danej doktryny religijnej” [7, s. 38]. Uwaga, jaką zyskiwała pacjentka, i szczególne miejsce w nowej grupie stały się dla niej wartością nadrzędną, która warunkowała wszystkie jej zachowania i wyznaczała główną oś funkcjonowania, wzmacniając jej bezkrytyczne poczucie wyjątkowości w cierpieniu wynikającym ze zniewolenia. „Nie istnieje adolescent bez potrzeby wiary [...] Wiara implikuje pasję do relacji z obiektem [...] narcyzm „ja” zanurzony w ideałach wylewa się na obiekt miłosny, usilnie poszukiwany, umożliwiającą zaistnienie miłosnej pasji, którą idealizuje” [8, s. 35–37].

Z perspektywy religijnej „nauczanie Kościoła potwierdza, że wielu zbrodniarzy, ale i zwykłych ludzi, mających różnego rodzaju zaburzenia osobowości, nie zdaje sobie sprawy z przyczyn swojego stanu, których początkiem mogły być albo satanistyczne rytuały, albo wejście w obszar szczególnego działania złego ducha, zbuntowanego anioła” [9, s. 6–7].

Egzorcyzmy w Polsce odbywają się coraz częściej, coraz więcej osób zgłasza się po właśnie taką pomoc. Spowodowało to m.in. zwiększenie się liczby księży egzorcystów. „W Polsce pracuje około 60 egzorcystów, każda diecezja ma jednego, czasem dwóch [...]” [9, s. 254]. Także w mediach pojawiają się informacje na ten temat (np. o zjazdach księży egzorcystów, [10]), artykuły w popularnych czasopismach (jak „Wprost” nr 46/2002 „Pogromcy diabła. Kościół przestał się wstydić egzorcystów”). Istnieją strony internetowe, jak www.egzorcysta.com, www.katolik.pl, z których dowiedzieć się można o objawach i przyczynach dręczenia, zniewolenia i opętania, a także formach pomocy i grupach wsparcia. Większość opisywanych tam objawów odpowiada

zaburzeniom wymagającym interwencji, a przynajmniej konsultacji psychiatrycznej. Czy tak się jednak dzieje?

W przedstawionym przypadku opisano niewłaściwe wykorzystanie praktyk religijnych skutkujące nasileniem się psychopatologii pacjentki. Podkreślono również znaczenie współpracy między psychiatrą a egzorzystą w czasach coraz częstszego stosowania egzorcyzmów, gdyż „bezasadne rozpoczynanie egzorcyzmów byłoby faktem godnym pożałowania, ponieważ dyskredytowałoby Kościół” [9, s. 205], nie wspominając już o wpływie na zaburzenia osoby im poddawanej.

Между верой и наукой: поругание души или диссоциативные нарушения?

Описание наблюдения

Содержание

Заданием работы является дискуссия над влиянием и значением религиозных верований на диссоциативные и соматизационные симптомы, представленные госпитализированной пациенткой. 16-летняя больная пребывала в Клиническом отделении психиатрии и психотерапии молодежного возраста (Клиническое отделение психиатрии и психотерапии молодежи), в которое была направлена из Регионального центра острых отравлений, в котором была госпитализирована по поводу приема лекарств. В течение последних двух лет подвергалась экзорцизмам по поводу „наваждения Злого духа”. Религиозные убеждения были поддерживаемы и утверждаемы родителями пациентки и локальной католической общественностью. Наблюдение и диагностика в Клиническом отделении показали смешанные диссоциативные нарушения, соматизационные отклонения, а также ошибочно формирующую личность.

В предлагаемом наблюдении, на основании клинической оценки и анализа литературы предмета позволили на следующие выводы. Эмоциональная проблематика, а также система религиозных верований имели влияния на форму симптоматики, утверждали функционирование незрелых защитных механизмов, напрягали появление у пациентки диссоциативных и соматогенных нарушений. Диагностированные психические нарушения требуют применения у девушки индивидуальной и семейной психотерапии.

Zwischen Glauben und Wissenschaft: Seelensklaverei oder dissoziative Störungen?

Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Das Ziel der Arbeit ist die Diskussion an dem Einfluss und an der Bedeutung von religiösem Glauben auf die dissoziativen und somatischen Symptome bei der hospitalisierten Patientin. Das 16-jährige Mädchen war in der Klinischen Abteilung der Psychiatrie und Psychotherapie des Entwicklungsalters zur Beobachtung nach der Anweisung aus dem Regionalzentrum für Akute Vergiftungen, wo sie sich nach der Einnahme von Arzneistoffe meldete. Seit zwei Jahren wurde sie „durch Bösen zum Sklaven gemacht“. Die religiösen Überzeugungen wurden aufrechterhalten und durch die Eltern der Patientin und die lokale katholische Gesellschaft verstärkt. Die Beobachtung und die Diagnostik in der Klinischen Abteilung zeigte gemischte dissoziative Störungen, somatische Störungen und eine sich nicht richtig gestaltende Persönlichkeit. In dem geschilderten Fall konnte man aufgrund der klinischen Beobachtung und Analyse der Literatur folgende Schlussfolgerungen ziehen: emotionelle Problematik und das System des religiösen Glaubens hatten einen Einfluss auf die Gestalt der Symptomatologie, sie verstärkten die Funktionsweise der unreifen Abwehrmechanismen und verursachten, dass bei der Patientin die dissoziativen und somatischen Störungen intensiver wurden. Die diagnostizierten psychischen Störungen erfordern bei dem Mädchen die Anwendung der individuellen Psychotherapie und Familienpsychotherapie.

La foi ou la science : la possession ou les troubles dissociatifs ? L'étude d'un cas**Résumé**

Ce travail vise à discuter l'influence et l'importance des croyances religieuses sur les symptômes de dissociation et de somatisation observés chez une patiente hospitalisée. La jeune fille de 16 ans est hospitalisée à la Clinique Psychiatrique, département des maladies du développement, /PiPWR / pour l'observation. Elle y est hospitalisée après avoir subi une thérapie au Centre Régional des Empoisonnements Aigus à cause de l'abus des médicaments. De plus depuis deux ans elle a été exorcisée à cause de « la possession du mal ». Ces croyances religieuses ont été soutenues et renforcées par les parents de la patiente et par la communauté religieuse locale. L'observation et le diagnostic de la Clinique démontrent la coexistence des troubles mixtes de dissociation, des troubles de somatisation et la personnalité anormale en formation. En basant sur ce cas, les observations cliniques et la littérature en question on peut formuler les conclusions suivantes : les émotions et les croyances religieuses influent sur la forme de la symptomatologie ; elles renforcent le fonctionnement des mécanismes immatures de la défense et elles intensifient les troubles de dissociation et de somatisation. Cette patiente exige la psychothérapie individuelle et de famille à cause de ces troubles diagnostiqués.

Piśmiennictwo

1. de Barbaro B. *Psychiatria a religia*. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. 3. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003, s. 551–563.
2. Dębiec J. *Opętanie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000.
3. Koenig HG. *Religia, duchowość i zdrowie psychiczne – przegląd badań*. Med. Prakt. Psychiatr. 2010; 6 (17).
4. Aleksandrowicz JW. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
5. Koenig HG. *Religion and mental health: what should psychiatrist do?* Psychiatr. Bull. 2008; 32: 201–203.
6. Czerwik S. *Dokumenty Stolicy Apostolskiej: Nowy rytuał egzorcyzmów*. Kongregacja Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów. Watykan 1999. Prot. 1280, 98, L.
7. Yalom ID. *Religia i psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2000.
8. Kristeva J. *Ta niewiarygodna potrzeba wiary*. Kraków: Universitas; 2010.
9. Ryszka C. *Spotkania z egzorcystami*. Kraków: Wydawnictwo Salwator; 2010.
10. <http://tvp.info/informacje/ludzie/egzorcysty-naradzali-sie-w-niepokalanowie/3369909> 18.02.2011

Adres: Małgorzata Janas-Kozik
Oddział Kliniczny Psychiatrii
i Psychoterapii Wieków Rozwojowego
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II
41-218 Sosnowiec, ul. G. Zapolskiej 3

Otrzymano: 2.09.2011
Zrecenzowano: 31.01.2012
Otrzymano po poprawie: 8.03.2012
Przyjęto do druku: 15.03.2012
Adiustacja: L. Sz.