

Sposoby rozumienia urojeń religijnych związanych ze zmianą tożsamości na przykładzie identyfikacji z Jezusem Chrystusem

Ways of understanding of religious delusions associated with a change of identity on the example of identification with Jesus Christ

Krzysztof Dyga¹, Radosław Stupak²

¹ Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

² Zakład Psychologii Ogólnej, Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Summary

Identification with Christ among psychiatric patients is an example of a complex and multifaceted phenomenon. As a delusion it includes a misidentification (change of identity) in the layer of content and, usually, grandiosity and/or paranoid traits in the formal aspect. What is more, it fits in the category of religious delusions, which are perhaps the most controversial type of delusions and as such require special sensitivity as well as knowledge beyond psychology or psychiatry. The aim of the article is to show the phenomenon of identification with Christ among psychiatric patients, taking into account different ways of its explaining and understanding. Papers relating to the topic, both theoretical considerations and case studies, found in the EBSCO database were analyzed. Searching for the articles the following key words were used: identity, identification, delusion, Jesus/Christ/Messiah, psychosis, schizophrenia. The analysis included all (actually not numerous) articles except for the one linked to cognitive approach which did not significantly contribute to the issue. Given the multiplicity of ways of explaining and understanding the experience of identification with the figure of the Messiah, it seems to be a mistake to hold both objectivist and one-sided, based on one theory, attitude towards it. Such an experience should be recognized in the context of the history of patient's life and the all possible mechanisms leading to its occurrence, as well as the meanings hidden beneath the symptom, should be take into account. It is also important to be well-oriented in the system of religious beliefs and spiritual needs of the patient.

Słowa kluczowe: urojenia religijne, tożsamość, psychoza

Key words: religious delusions, identity, psychosis

Wstęp

„Falszywe przekonania pochodzenia chorobowego” – tak brzmi lapidarna, dość powszechna definicja urojeń, pochodząca chociażby z popularnego w Polsce podręcznika psychiatrii [1]. Jej autor, Jacek Wciórka, uzupełnia jednak natychmiast, że aby dany sąd na temat rzeczywistości mógł zostać nazwany urojeniem, musi mu towarzyszyć poczucie oczywistości, nie może być podatny na korektę oraz powinien mieć potencjalnie wyobcowujący społecznie charakter. Zaleca się ponadto, aby wypowiedzi pacjenta odnosić do jego poziomu wykształcenia, środowiska oraz panujących w nim kulturowych wyobrażeń. Wciórka dodaje, że „bywa to szczególnie trudne w przypadku przekonań trudno sprawdzalnych (np. religijnych)” [1, s. 68].

O tak zwanych urojeniach religijnych

W 1955 roku Heinrich Kranz, przeszukując źródła niemieckojęzyczne, odkrył, że pomiędzy 1886 a 1946 rokiem urojenia o treści religijno-mitologicznej pojawiały się u około 45% pacjentów z psychozą [2]. Michael Vardy i Barbara Kaplan uważają, że obecnie szacunki te pozostają na zbliżonym poziomie [3]. Z nowszych badań wynika, że największe rozpowszechnienie tego rodzaju fenomenów wśród pacjentów hospitalizowanych wynosi 36% w Stanach Zjednoczonych, najmniejsze zaś 6% w Pakistanie, przy czym w kraju tym odnotowuje się znaczną przewagę urojeń wielkościowych z identyfikacją z Bogiem, Jezusem czy Mahometem [4]. W innych badaniach częstotliwość urojeń religijnych oszacowano na 21% u Niemców i 6% u Japończyków. [5]. Jak widać, różnice kulturowo-religijne mają niemały wpływ na występowanie konkretnych rodzajów urojeń, jak również na ich obraz. Częstotliwość urojeń związanych z identyfikacją z Jezusem trudno jednak skwantyfikować, choć prawdopodobnie stanowią one niewielką część wszystkich urojeń o naturze religijnej.

Coraz częściej w urojeniu upatruje się złożonego i wielowymiarowego fenomenu. W procesie oceny, na ile jest ono patologiczne, rozpatruje się np.: ilość, zaabsorbowanie, wszechobecność, dystres, rolę postrzegania, wpływ na zachowanie, afektywność oraz siłę przekonania [4]¹. Andrew Sims [7] bierze jeszcze pod uwagę obecność innych objawów chorobowych, konsekwencje wynikające z tego doświadczenia w różnych obszarach codziennego życia oraz konkretność i literalność, czy wręcz fizyczność urojeń (np. „Chrystus we mnie” może być przez pacjenta odnaleziony w konkretnym organie). Także psychiatra o orientacji fenomenologiczno-hermeneutycznej Otto Doerr-Zegers wraz ze znawcą starożytności Óscarem Velásquezem rozumieją urojenie jako literalną właśnie interpretację metafory [8]. „Brak wglądu” zaś, jako podstawowy psychiatryczny dowód apofatyczny na urojeniowość danego przekonania, może

¹ Warto zauważyć, że członkowie nowych ruchów religijnych nie różnią się znacząco od pacjentów zafiksowanych na treściach religijnych pod względem większości aspektów przekonań „urojeniowych”. Jedyne, wyraźne za to różnice na niekorzyść tych ostatnich uwidoczniły się w wymiarach zaabsorbowania, dystresu oraz roli postrzegania [6].

w pewnej mierze stanowić kryterium rozróżnienia pomiędzy sądem urojeniowym a poznawczym aktem wiary².

Można stwierdzić, że zawartość treściowa nie ma większego znaczenia w różnicowaniu pomiędzy przekonaniami religijnymi a urojeniami na tym tle. Kluczowe jest więc rozgraniczenie treści od formy. Komponent religijny może w zasadzie nasycać każdy typ urojeń, choć najczęściej zdarza się to w kontekście urojeń wielkościowych³, winy, prześladowczych oraz wtórnych. Sylvia Mohr i wsp. [4] zwracają przy tym uwagę, że pacjentów może upokarzać etykietowanie ich cierpienia w taki sposób. Jak wskazują uzyskane przez nich dane empiryczne, religia nierzadko stanowi część tożsamości, a radzenie sobie za jej pomocą może, choć wcale nie musi, służyć wychodzeniu z epizodu psychotycznego i jego konsekwencji. Autorzy ci podkreślają też, że zgłębianie rdzenia urojeń o treści religijnej pozwala upatrywać w nich podstawowych tematów ludzkiej egzystencji, różnorodnie opracowywanych przez rozmaite religie, takich jak: dobro i zło, życie i śmierć (urojenia prześladowcze, winy), wartość ludzkiego istnienia (wielkościowe), wolna wola (wpływu). Podobnie postrzega to Sims [7], wedle którego religia i duchowość oferują najbardziej wyczerpujące odpowiedzi na fundamentalne pytania o tożsamość i zakorzenienie i tym też tłumaczy występowanie omawianych fenomenów wśród osób indyferentnych religijnie.

Doświadczenia identyfikacji z Chrystusem

Psycholog Javier Saavedra podkreśla, że urojenia w ogóle, a „złożone urojenia religijne” w szczególności, nie powinny być badane jako wyizolowane błędy poznawcze, lecz należałoby je odczytywać wewnątrz kontekstu historii życia danego pacjenta [10]. W związku z tym niektórzy autorzy piętnują zauważalny brak badań jakościowych w tym obszarze [11]. Istnieje jednak kilka artykułów, w większości zawierających studium przypadku, w których dominuje duch podejścia jakościowego i idiograficznego, najczęściej: psychoanalizy, fenomenologii i hermeneutyki.

Perspektywa Freudowska

Około stu lat temu ukazał się artykuł Johna MacCurdy'ego, który jako pierwszy⁴ podjął ten temat [12]. Autor, psychiatra i psychoanalityk, powołując się na pracę o przechodzeniu od seksualności do symbolizmu w rysunkach i wypowiedziach osób

² „Domniemywam, że różnice pomiędzy urojeniem a wiarą polegają na tym, że to pierwsze utrzymuje się bez żadnych wątpliwości, przekonania religijne zaś nie są od nich wolne lub przynajmniej wiążą się z rozumieniem, że inni mogą mieć wątpliwości co do tego, w co samemu się wierzy” [7, s. 2].

³ Othmer i Othmer [9] piszą ogólnie, że urojenia wielkościowe w schizofrenii mają tendencję do wyrażania mesjanistycznych charakterystyk: bycia wybranym, odrodzonym, nagrodzonym za swoje osiągnięcia, uznanym za przewodnika ludzkości oraz tym, który prawi kazania, wzbudza nadzieję, leczy.

⁴ Pięć lat wcześniej bardziej znany uczeń Freuda w swojej analizie mitu herosa zawarł motyw Mesjasza i wskazał na podobieństwo między urojeniami a mitami, oparte na „neurotycznym romansie rodzinnym” (*die Familienromane der Neurotiker*) – tajemniczych narodzinach i „podwójnych” rodzicach (ziemskich i niebiańskich). Według Ottona Ranka mity te, pod względem pewnych istotnych cech, są ekwiwalentne wobec idei niektórych psychotycznych jednostek cierpiących z powodu urojeń prześladowczych lub wielkościowych [13].

z diagnozą schizofrenii, rozpoczyna od zapożyczonych stamtąd konkluzji, że przy braku bodźców z zewnątrz wytwory pacjentów muszą stanowić ekspresję naładowanych afektywnie (i seksualnie) kompleksów.

Pięćdziesięciosiedmioletni sprzedawca w stanie zbliżonym do maniakalnego, przekonany o swojej nadprzeciętności, wydobywał z siebie multum materiału o charakterze raz „surowym” (*crude*), innym razem symbolicznym, okazjonalnie zaś racząc analityka ledwie zawołowanymi wypowiedziami, łatwo poddającym się pracy interpretacyjnej. MacCurdy, świadom zapewne wysuwanych już w jego czasach zarzutów wobec psychoanalizy, zapewnia, że psychotyczny stan tego pacjenta wykluczał możliwość sugestii, a jednocześnie – co, jak wiadomo, jest charakterystyczne dla stanów maniakalnych – zlikwidował zahamowania zazwyczaj służące nieujawnianiu się wypartych idei, w maniakalnej gonitwie myśli odtwarzając wręcz na swój sposób Freudowską technikę wolnych skojarzeń. Neutralny zwrot lub standardowe pytanie zapoczątkowywały wylew treści przechodzący od neutralnych przez zawołowane po jawnie nacechowane seksualnością zdania. Dla przykładu na pytanie: „Kim jest twoja matka?” pacjent odpowiada, podając jej adres, informuje też, że matka przygotowuje mu śniadanie i oświadcza: „Na imię jej Maria, Maria Dziewica – poczęłem się z Dziewicy Maryi – jej mąż to Józef, ale on nie jest moim ojcem”. Później przechodzi od wspomnienia o uprawianiu z rodzicielką *fellatio* do parafrazy Pisma Świętego: „Pierwsi będą ostatnimi: pierwsza była Edith M. [matka], ostatni był w Bath Beach [tam mieszkał ze swoją żoną]”. Dalej: „Nikt mnie nie zrani, kiedy mam na sobie flanelowe sukno”. Skradziono je 1912 lat temu, dlatego możliwe było jego ukrzyżowanie. Strój wykonała dlań matka jeszcze przy okazji narodzin w Betlejem.

Idealizacji matki towarzyszy antypatia wobec żony, którą chętnie by widział w ramionach innych mężczyzn, a pewnego razu wypowiada myśl, że jej mężem jest jego ojciec, on sam zaś poślubił matkę – jak dopowiada analityk, antycypując temat kompleksu Edypa – pozbywając się tym samym dwóch rywali naraz. Fizyczne ujęcie miłości do matki jest niemożliwe, stąd pacjent wyraża idiosynkrazję wobec heteroseksualizmu i podejmuje próby sublimacji w postaci wieszczona o Nowym Królestwie. Innym razem mówi: „Bóg dał mi nakaz oczyszczenia świata [...]. Pojawiłem się na świecie po raz drugi, ażeby żyć wiecznie z moim ludem i uczynić go ponownie młodym”. MacCurdy przypomina w tym miejscu, że przed rzutem psychozy pacjent skarżył się na impotencję. Teraz nowego zabarwienia nabierają wypowiedzi, w których mężczyzna zapowiada, że kiedy wróci do żony, będą spać oddzielnie, doświadczając przy tym wrażeń charakterystycznych dla współżycia, ale bez unii cielesnej (w Nowym Królestwie tak ma wyglądać metoda reprodukcji).

Specyficzny wyraz omnipotencji mężczyzny przyjmują jego rozmaite obwieszczenia, jak choćby to, że potrafi wyleczyć milion ludzi w minutę za pomocą uryny swojej lub matczynej. Ponadto, tak jak jego matka, potrafi zmienić człowieka czarnego w białego, mężczyznę w kobietę i na odwrót. Jest Synem Bożym, królem Salomonem, królem Anglii, Walii, świętym Grzegorzem, pogromcą smoka. Przy okazji przewiduje wyniki loterii, albowiem Bóg jest wszędzie. Syn Boży jednak musi przejść *Via Dolorosa*: „Jam jest Jezus Chrystus, teraz wiszę na krzyżu, jestem przybity do krzyża”. MacCurdy komentuje znacząco: „Ciekawostką jest, że symbolika tej najbardziej bo-

lesnej myśli jako jedyna nie jest wyjaśniana przez samego pacjenta”. Wedle analityka przy całym tym pozornym chaosie najbardziej widoczna u pacjenta jest nienawiść. Poprzez swe urodzenie z Dziewicy wyeliminował ojca, Józefa z Arymatei, który niestety nie był jego prawdziwym ojcem. Jednocześnie ma połączenie z Bogiem, jak wiadomo, jednym z wielkich obrazów paternalistycznych. Nieco później przybiera imię własnego ojca, przez co staje się legalnym mężem swej matki lub też Synem Bożym. Zdaniem autora bunt mężczyzny wobec ojca najlepiej oddają jego uwagi na temat słońca – archaicznego symbolu dawcy życia: „Bóg komunikuje się ze mną przez słońce, słońce jest okiem Boga, słońce jest moim okiem, jedynym okiem Boga. Mogę oglądać słońce cały dzień. Tylko Bóg tak potrafi. I jeszcze matka i Fanny [pasierbica]”. Ciekawe, że innym razem mężczyzna mówi: „Nikt poza mną, którym stworzył słońce, księżyc i gwiazdy, nie może patrzeć rozjarzonemu słońcu w twarz”⁵.

Zapowiadany już motyw edypalny nie mógłby chyba znaleźć bardziej czytelnego wyrazu niż w następujących pojedynczych zdaniach i konwersacji: „Stary John [imię ojca] nie żyje. Doszło do eliminacji”; „Diabeł mnie odmienił. – Kim jest diabeł? – Rooseveltem; strzeliłem do Roosevelta. – Czyli kogo? – Mojego Boga, męża, ojca, męża córki”; „O Boże, mój Boże, zabiłem mojego ojca?”. Według MacCurdy’ego powyższe sformułowania wyraźnie potwierdzają chęć wykastrowania opiekuna. Zgodnie z koncepcją Freuda dziecko płci męskiej, które przejawia kazirodcze fantazje na temat swojej matki, doznaje w konsekwencji mniej lub bardziej intensywnych obaw o pozbawienie penisa, zwykle przez ojca. Tutaj ujawnia się nawet mitologiczna genealogia kompleksu Edypa: mężczyzna przyznaje, że został oślepiiony, a przeprowadzającego badania prosi, aby ten oderwał odeń wzrok, ponieważ patrzeniem nań pozbawia go władzy.

Tłumacząc identyfikację z Chrystusem na poziomie bardziej ogólnym, MacCurdy powołuje się na rudymetarny podział Freuda na zasady przyjemności i rzeczywistości. Dla dziecka ta ostatnia nie istnieje, a fantazje mają ten sam walor prawdziwości, co urojenia dla paranoika. W świecie marzeń każde życzenie zostaje od razu spełnione. Dziecko jest wszechmocne. Natomiast w chwili, gdy rzeczywistość staje się dla dorosłej już jednostki zbyt trudna, wraca ona do dzieciństwa. Odpowiada za to mechanizm regresji, skutkiem którego może być psychoza.

Różne aspekty postaci Jezusa

Psycholog Milton Eber i psychiatra Guillermo Marcovici poddają refleksji przypadek pacjenta, który wykazywał dość szczególny typ utożsamienia z Jezusem [14]. Jak na psychoanalityków przystało, zakładają, że nieświadome, patologiczne identyfikacje formują się we wczesnym dzieciństwie jako próba obrony przed przytłaczającym lękiem oraz podtrzymania rozpadającego się poczucia Ja. Zauważają, że choć identyfikacje z postaciami religijnymi są wszechobecne, to znacznie się różnią znaczeniem

⁵ To silne przekonanie odsyła do toposu, który zdaniem Doerr-Zegersa najlepiej różnicuje postaci mityczne od „szalonych” – tym pierwszym (Mojżesz, Eneasz, uczniowie z Emaus) efemeryczne bóstwo po krótkotrwałym kontakcie umyka, ci drudzy mają z nim stałą łączność, także w sferze profanum [8].

w osobowości jednostki. Mogą wpływać na nią i na jej zachowanie tylko nieznacznie albo bardzo głęboko, zdarza się też, że mają znamiona patologii i wtedy niezbędna jest analiza złożonych czynników psychologicznych oraz okoliczności życiowych dotkniętej nimi osoby.

Pacjenci identyfikują się nie tyle z postacią Chrystusa jako całością, ile z poszczególnymi aspektami tej postaci albo jej wcieleniami: cierpiącego mężczyzny (najczęściej) lub adorowanego Dzieciątka, wszechwiedzącego Stworzyciela, uzdrowiciela lub cichego, bezradnego Baranka Bożego, a nawet – jak w przypadku ich pacjenta – zmysłowego, nagiego symbolu doskonałości i piękna. Wczesny „wybór” danego obrazu Chrystusa odbija niejako strukturę Ja jednostki, reprezentując konflikty oraz braki rozwojowe szukające, odpowiednio, rozwiązania i zaspokojenia. W przypadku opisywanego pacjenta rodzaj identyfikacji zarówno odzwierciedlił, jak i wzmocnił potrzeby reakcji na jego osobę, bycia kochanym przez wszystkich i postrzeganym jako atrakcyjny seksualnie. Stanowiło to wyraz archaicznych wielkościowo-ekshibicjonistycznych tendencji, które wypełniały pustkę zrodzoną z wczesnodziecięcego niedoboru tzw. luster społecznych, które określają relacje Ja z obiektami. U pacjenta doszło do powstania traumy w związku z surowym, „kato-lickim” wychowaniem przez depresyjną matkę i wycofanego ojca alkoholika, którą powtórzyły, ugruntowując wspomnianą identyfikację, młodzieńcze doświadczenia z duchowieństwem⁶.

Psychoanalityczny krok w stronę fenomenologii

Psycholog i psychoterapeuta Alan Gettis przypuszcza, że urojenie, że jest się Jezusem (*Jesus Delusion* – JD), może być tym najpowszechniejszym i „w każdym szpitalu psychiatrycznym, w każdym czasie, znajduje się prawdopodobnie kilku Jezusów Chrystusów” [15]. Obydwa stwierdzenia zawierają sporą dozę przesady, choć na pewno nie sposób wykluczyć podobnych sytuacji (jak w przytoczonej przez autora anegdocie o psychoterapii grupowej, jaką prowadził jego znajomy, na której znalazło się aż trzech Jezusów Chrystusów⁷).

Pytania, jakie postawił sobie ów praktyk przed napisaniem artykułu teoretycznego, brzmiały: „Dlaczego to urojenie występuje tak często?” oraz „Jak to jest wierzyć, że jest się Jezusem, czy raczej: jak to jest być Jezusem?”. Zmiana formy pytania ma tutaj duże znaczenie, ponieważ odsyła do *ex definitione* fenomenologicznych już rozważań.

⁶ Brak aprobaty ze strony uczących go w szkole podstawowej zakonnic i późniejsza krytyka ze strony księży, szczególnie tych, którzy trenowali go podczas zajęć sportowych w liceum. Trzeba jeszcze dodać, że pacjent kompulsywnie się masturbował już od czwartego roku życia, a w swoich fantazjach totalnie kontrolował i dominował kobiety, co miało wedle leczących go kompensować rozczarowujące i pełne frustracji relacje z niedostrojoną doń, zaabsorbowaną sobą matką.

⁷ Wzajemne interakcje trzech „Jezusów Chrystusów” były obiektem eksperymentu Milтона Rokeacha. Zaobserwowano u nich m.in. silne trzymanie się swoich racji (czyli identyfikacji ze Zbawcą) przy jednoczesnym testowaniu rzeczywistości: żaden z Mesjaszów, świadom widocznej konsekwencji, nie miał zamiaru głosić publicznie Dobrej Nowiny [16].

Autor konstatuje, że w zasadzie każdy, kto ogłosił się Jezusem, dostanie w nagrodę pobyt w szpitalu psychiatrycznym z diagnozą ciężkiej patologii. Istnieją wyjątki od tej reguły, ale wiadomo też, że sam protoplasta klanu Jezusów nie uniknął, przynajmniej pośmiertnie, podobnych ocen⁸.

Gettis widzi w urojeniach pacjenta religijną treść w formach prześladowczej i wielkościowej, które uważa za idealne dla ekspresji JD. Wyraża pogląd, że mesjanistyczna wielkościowość osoby paranoidalnej rozkwita na gruncie urojeń prześladowczych jako sposób na uporanie się z (postrzeganym) nadzwyczajnym zainteresowaniem i uwagą otoczenia. Możliwa jest i odwrócona chronologia: egocentryzm, odrealnienie, arogancja i brak pokory owocują alienacją oraz antagonizmem ze strony społeczeństwa. Inni mogą ośmieszać te nadmiarowe roszczenia, umniejszać je albo z nich sztydzić, co z kolei, na sposób cyrkularny, prowadzi do przekonania, że jest się ofiarą spisku. Stąd zaś „prosta” mentalna droga do ucieczki od rzeczywistości w sferę własnej *psyche*, która – dzięki mechanizmowi zaprzeczenia – nieczęsto objawia się w swej nagiej rozpaczy, może za to wyłonić transcendentny ideał, podatny w tym stanie na introjekcję⁹.

Gettis, przytaczając na poparcie swych obserwacji odpowiednie fragmenty pism klasyków neopsychoanalizy, konstatuje, że urojenie, że jest się Jezusem, nie stanowi bynajmniej przejawu „zwykłej głupoty czy niewytłumaczalnego szaleństwa”, a rozwiązanie (wydaje się, że raczej próbę rozwiązania) problemu poczucia własnej bezwartościowości i niższości. Najwięcej uwagi poświęca jednak, co nie powinno dziwić, dziełu Carla Gustava Junga. Dla szwajcarskiego lekarza Chrystus stanowił nieidealny wyraz ideału – Jaźni, czyli archetypu związanego z integracją przeciwieństw; pełni ludzkiej osobowości, odkrywanej w procesie indywiduacji. Jezus nie wyrażał do końca ideału Pełni, ponieważ był zbyt idealny. Zabrakło w nim Cienia – archetypu tego, co trudne do zaakceptowania.

Aby taki „ideał” zaistniał w świadomości jednostki, niezbędne jest (nieświadome z natury rzeczy) posłużenie się szeregiem mechanizmów obrony ego, na czele ze wspomnianym już zaprzeczeniem oraz projekcją. Ta ostatnia umożliwia odseparowanie się od tego, co w nas złe, małe, słabe (od Cienia), „wyrzucenie” tego z siebie i „wrzucenie” w świat, najczęściej osób w otoczeniu. Wtedy to obraz Ja nie jest zagrożony, a narcystyczne poczucie omnipotencji, możliwe dzięki regresji do wczesnych faz rozwoju, znajduje swoje uzasadnienie. Tak powstała tożsamość Zbawcy jest jedną

⁸ Na początku XX wieku skrajnie pozytywistycznie zorientowany psycholog Charles Binet-Sanglé opublikował rozprawę *Szaleństwo Jezusa* [17], w której m.in. przypisał twórcy chrześcijaństwa paranoję religijną, zresztą w oparciu o jego „halucynacje” opisane w Ewangeliach kanonicznych. Trzy lata później znany skądinąd Albert Schweitzer udowodnił, że tego typu pomysły trudno obronić [18]. W bliższych nam czasach Anthony Storr, postjungowski psychiatra, ujął postać protagonisty Nowego Testamentu w wydanej niedawno w Polsce książce [19], zachowując przy tym w większej mierze postawę neutralną.

⁹ Podobnie uważał Harry Stack Sullivan, który akcentował niebezpieczeństwo deterioracji: „identyfikacja z Chrystusem może w przebiegu ludzkich zdarzeń rozwinąć się w stan paranoidalny, tak że osoba taka staje się mniej lub bardziej dobrze usystematyzowanym (*well-systemized*) schizofrenikiem”. Klasyk neopsychoanalizy podaje przy tym, że dość często bywa i tak, że pod wpływem terapii pacjent przestaje się identyfikować z Chrystusem, ponownie zatracając się w gąszczu uniwersalnych wzorców i staje się ostatecznie odrętwiały [20, s. 338].

z wielu „opcji”, ale chyba jedyną łączącą w spójny sposób wielkościowość i paranoidalność – poczucie, że jest się i kimś doskonałym, i ofiarą¹⁰.

Jak słusznie zauważa Gettis, JD – a mówiąc nadal językiem Junga: archetyp Chrystusa – jest wszechobejmujący: zawiera w sobie życie, śmierć i odrodzenie. Osoba z JD, wcześniej osamotniona i z poczuciem bezwartościowości, staje się we własnym mniemaniu wielbiona przez masy, z którymi czuje się połączona. JD dostarcza rozwiązania osobistych, egzystencjalnych i metafizycznych problemów; ulgi, znaczenia, a nawet radości. Niestety, tylko tymczasowo.

Przywołanie przez Gettisa koncepcji wybitnego znawcy schizofrenii, psychoanalityka Silvana Arietiego pozwala na przejście do opisu interakcji z pacjentem, który przez dwa lata utożsamiał się z Jezusem, m.in. w związku z posiadaniem podobnej... brody. To na pierwszy rzut oka pozbawione sensu skojarzenie tłumaczą właśnie obserwacje poczynione ponad pół wieku temu przez włoskiego psychiatrę. Pacjent schizofreniczny nie tyle jest nielogiczny, co dokonuje przeskoków myślowych wedle logiki innej niż powszechna na Zachodzie logika arystotelesowska. Arieti ukuł termin „paleologika”, derywując pierwszy człon pojęcia z greckiego *palaios*, oznaczającego m.in. „najwcześniejszy”¹¹. W najwcześniejszych fazach operacji myślowych człowieka (1–3 r.ż.) oraz w psychozie myli się podobne z identycznym. Wspólny predykat prowadzi do „orgii identyfikacji”. Jeśli osoba o nastawieniu urojeniowym odkryje w sobie jakość posiadaną także przez bohatera czy świętego, może zacząć utożsamiać się z nim. Stąd też dla małego dziecka każda kobieta jest (nazywana) „mamusią”, a syn Józefa i Marii (np. Kowalskich) bezsprzecznie musi być samym Chrystusem (przypadek z praktyki pierwszego z autorów niniejszego tekstu).

Fenomenologia procesu

Zmarły niedawno psychiatra Ramon Sarró wyjaśniał urojenia w jednolity „kosmoteologiczno-antropologiczny” sposób, dokonując opisowej, pozbawionej interpretacji klasyfikacji zaobserwowanych fenomenów w języku mitologicznym. Idee te popularyzuje Antonio Pérez Urdániz, który kierował projektem badań fenomenologiczno-klinicznych nad rysunkami 40 pacjentów z diagnozą schizofrenii, podejmując próbę odkrycia korelacji pomiędzy elementami wytworów pacjentów a jungowskimi archetypami i mitologemami w ujęciu Sarró [23]. Okazało się, że proces schizofreniczny można podsumować w czterech punktach: (a) Cień (wyprojektowany), (b) Cień (wyprojektowany i doświadczony), (c) pojawienie się archetypu odrodzenia

¹⁰ Poza tym poczucie własnej wyjątkowości i nieśmiertelności (Chrystus wszak umarł, ale zmartwychwstał) implikuje zaprzeczenie własnej śmiertelności, która według psychoterapeuty egzystencjalnego Irvina Yaloma stanowi największą i równocześnie najbardziej wypieraną troskę egzystencjalną [21].

¹¹ W podobnym tonie pisze Maria Sokolik, również psychoanalityk, ale ze szkoły relacji z obiektem, nazywając efektem myślenia prelogicznego sytuację, gdy przedmiot pragnień lub obaw pacjenta staje się w trakcie psychozy przedmiotem jego wiary i treścią urojeń. Dodaje, że „takie urojeniowe samookreślenie często stanowi próbę odzyskania tożsamości. A więc mechanizm urojeń dotyczących własnej osoby jest zbliżony do mechanizmu wielu innych urojeń jako próby odbudowy utraconej orientacji w rzeczywistości – w tym przypadku w rzeczywistości wewnętrznej” [22, s. 78].

i (d) Boskości. Na początku jest chaos – postrzegana wrogość ze strony ludzi i bóstw (aspekt prześladowczy urojeń), ideacje apokaliptyczne. Mitologemami drugiej fazy – doświadczenia dezintegracji – są m.in. metamorfoza cielesności, *homo divinans*, poszerzenie/skurczenie czasoprzestrzeni, transformacja znaków w symbole, wielość światów oraz – co szczególnie istotne dla niniejszych rozważań – multiplikacja ego. Dwie ostatnie fazy przynoszą ratunek przed (j)ego rozpuszczeniem¹². To właśnie na tych etapach pojawiają się kompleks Mesjasza oraz związane z nim: deifikacja, odwracalna śmierć, nowa genealogia etc.¹³

Od psychoanalizy do antropologii Vardy i Kaplan, mimo wytrenowania w psychoanalizie, wykraczają poza teorie psychodynamiczne [3]. Kategoria „wielkościowej nadkompensacji”, często bezrefleksyjnie przypisywana JD, nie ma według nich wystarczającego waloru eksplikacyjnego. Autorzy zadają elementarne przeciw pytanie: jak można tłumaczyć wybór figury Chrystusa przez zeświecczonych pacjentów w celu samowyywyższenia, skoro (pop)kultura udostępnia o wiele bardziej akceptowalne i popularne postaci współczesnych herosów? Jak wytłumaczyć fakt, że opisane przez nich osoby wywodzące się z tak różnych kultur prezentują ten sam fenomen identyfikacji ze Zbawcą?

Autorom znane są opracowania tego tematu Freuda, Ranka i Junga oraz psychiatrów fenomenologicznych, sami jednak postanowili podjąć się zadania wyróżnienia wspólnych cech doświadczenia osób z JD, w tym charakterystyki historii życia, która być może narzuca wręcz obraz Chrystusa jako najbardziej odpowiedni wyraz tożsamości – prawdopodobnie jedyny, jaki jest w stanie objąć wszystkie konfliktowe i trudne do zniesienia aspekty tych egzystencji. Autorzy dostrzegają m.in. typową dla zaburzenia schizoafektywnego cykliczność, której zwieńczeniem jest podniecenie odczuwane przez pacjentów po przeżyciu psychicznej śmierci w piekle depresji – stan rozumiany przez nich samych jako odrodzenie czy wręcz zmartwychwstanie. Towarzyszy temu, tak jak u Ranka, zagadkowe pochodzenie¹⁴ oraz poczucie niezasłużonego, nadludzkiego cierpienia (także z powodu samej choroby psychicznej¹⁵).

¹² Dla Sarró proces ten nie jest tożsamy ani z powrotem do normalności, ani z wglądem mistycznym – jak chcieliby to widzieć niektórzy antypsychiatrzy (Ronald David Laing), jungiści (John Weir Perry) czy psychoterapeuci transpersonalni.

¹³ W praktyce wyodrębnionych przez Sarró 20 mitologemów może na siebie nachodzić, manifestując się mniej lub bardziej wyraźnie, nie bez podatności na czynniki socjokulturowe i demograficzne, biologię czy historię leczenia.

¹⁴ Wspólne dla wszystkich opisanych przez autorów przypadków było tajemnicze zniknięcie ojca we wczesnej fazie rozwoju syna. Stąd wzięła się dezorientacja wobec ojcostwa, która stała się podwaliną późniejszego utożsamienia z Mesjaszem.

¹⁵ Z doświadczenia własnego pierwszy autor mógłby dodać, że również sytuacja hospitalizacji okazuje się niejednokrotnie znaczącym powodem rozwinięcia JD. Pacjenci poddani „zabezpieczeniu” nierzadko zaczynają się utożsamiać z Chrystusem ukrzyżowanym, jako że mimo pozycji leżącej układ ciała bywa identyczny, a efektem jest to samo poczucie niezawinionego cierpienia. Aktywny aspekt kompleksu Mesjasza hospitalizowanego pacjenta jako rebelii wobec zewnętrznego okrucieństwa (oddawanie własnych dóbr, przemiana szpitala w mesjanistyczne sanktuarium) został opisany gdzie indziej [24].

Zakończenie

W artykule dokonano przeglądu koncepcji oraz egzemplifikacji specyficznej formy urojeń o treści religijnej, będącej najczęściej połączeniem urojeń prześladowczych i wielkościowych z urojeniem błędnej identyfikacji, a odnoszącej się do postaci Jezusa Chrystusa. Podjęcie wszystkich kwestii, także tych *stricto* filozoficznych, etycznych czy nawet teologicznych, związanych z urojeniami religijnymi w kontekście psychiatrii byłoby tutaj niemożliwe.

Przytoczone przypadki i rozważania udowadniają, że urojenia związane z identyfikacją z postacią Jezusa Chrystusa można próbować racjonalnie tłumaczyć przez pryzmat różnych teorii psychoterapeutycznych. VanKatwyk, opisując przypadek Toma¹⁶, którego JD pchnęła do próby samobójczej, źródła tych urojeń upatruje w doświadczeniach z dzieciństwa, problemach z poszukiwaniem pracy i skomplikowanym małżeństwie pacjenta – to wyjaśnienie jest tyleż proste, co eleganckie i przekonujące [25]. Zrozumienie, jakie biograficzne i psychologiczne fakty stoją za urojeniami, może bowiem znacząco ułatwić i poprawić kontakt pomiędzy pacjentem a lekarzem, a w konsekwencji przyczynić się do skuteczniejszego leczenia.

Ważne jest, aby pamiętać, że JD mogą pojawić się w ramach różnych jednostek chorobowych – zarówno w schizofrenii i manii, jak i w depresji psychotycznej. Choć DSM-5 nie oferuje żadnych wskazówek, które mogłyby pomóc w rozróżnianiu urojeń religijnych od pozostałych, niektórzy autorzy proponują wprowadzenie kategoryzacji urojeń o treści religijnej, ponieważ specyficzne ich rodzaje mogą być powiązane z większym dystresem i ryzykiem samookaleczenia [26–28]. Dla wielu psychiatrów problemem może być jednak poruszanie kwestii związanych z religią czy duchowością z racji odczuwanego braku kompetencji bądź też racjonalistycznego i scjentystycznego charakteru samej psychiatrii. Dlatego proponuje się zaangażowanie duchownych w proces diagnozy i terapii takich przypadków. Mają oni zazwyczaj wystarczające doświadczenie, aby radzić sobie ze związanymi z urojeniami religijnymi poczuciem winy, kwestiami moralności, sumienia, odkupienia itp. [29]. Duchowni mogą także ułatwić powrót chorego do społeczeństwa poprzez zaangażowanie takiej osoby w działania wspólnoty religijnej.

Inną praktyczną wskazówką płynącą z literatury przedmiotu jest unikanie konfrontowania pacjenta z jego urojeniami, a zamiast tego skoncentrowanie się początkowo na zredukowaniu związanego z nimi cierpienia, a następnie na pozytywnych stronach życia duchowego [30, 31]. Różne badania pokazują bowiem, że duchowość i religia są ważnym aspektem życia wielu chorych, a zaangażowanie w praktyki religijne i wiara stanowią źródło nadziei i siły w walce z chorobą, nadają jej sens, a przede wszystkim wiążą się z lepszymi wynikami leczenia [4, 32]. Choć nie istnieją wytyczne odnośnie dawkowania leków w przypadkach urojeń religijnych, niektóre badania pokazują, że

¹⁶ Tom, utożsamiając się z Jezusem, miał kompensować sobie poczucie niższości wynikające z faworyzowania przez rodziców jego brata, pogłębione jeszcze przez nieudane małżeństwo, w którym istotną rolę odgrywał poprzedni mąż kobiety. Niepowodzenia zawodowe pogłębiły poczucie nieadekwatności, powrót do domu zaś ostatecznie przyczynił się do regresu i wytworzenia urojenia. Samą próbę samobójczą (chory wyskoczył z okna drugiego piętra) autor interpretuje dwojako: jako próbę wypisania się z niedającej się znieść rzeczywistości psychologicznej i jako swoiste testowanie rzeczywistości.

u takich pacjentów dawki te są większe [33]. Można przypuszczać, że wynika to nie tyle z obrazu klinicznego choroby, ile ze specyfiki urojeń i subiektywnych odczuć dyskomfortu, które wywołują one u personelu medycznego. Ale też trzeba pamiętać, że chorzy bardziej stanowczo obstają przy urojeniach o naturze religijnej niż przy pozostałych, co sprawia, że stanowią one większe wyzwanie w procesie terapeutycznym [34].

Wydaje się więc, że pacjenci mogliby skorzystać na zainteresowaniu klinicystów niestandardowymi, pogłębionymi sposobami rozumienia doświadczeń nazywanych urojeniami. Także tymi, które na pierwszy rzut oka wydają się śmieszne, absurdalne i całkowicie nieadekwatne do rzeczywistości.

Piśmiennictwo

1. Wciórka J. *Psychopatologia ogólna – objawy i zespoły zaburzeń psychicznych*. W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 2011. S. 56–108.
2. Kranz H. *The theme of delusions in a change of times*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1955; 28: 58–72.
3. Vardy M, Kaplan B. *Christ/Messiah delusions revisited: Toward an anthropological definition of religious delusions*. Psychoanal. Rev. 2008; 95(3): 473–487.
4. Mohr S, Borrás L, Betrisey C, Pierre-Yves B, Gilliéro C, Huguelet P. *Delusions with religious content in patients with psychosis: How they interact with spiritual coping*. Psychiatry 2010; 73(2): 158–172.
5. Wilson W. *Religion and psychosis*. W: Koenig H red. *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Elsevier Academic Press; 1998. S. 161–173.
6. Peters E, Day S, McKenna J, Orbach G. *Delusional ideation in religious and psychotic populations*. Br. J. Clin. Psychol. 1999; 38: 83–96.
7. Sims A. *Religious delusions*; 2012. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Religious%20delusions%20Andrew%20Sims.pdf> (dostęp: 23.02.2016).
8. Doerr-Zegers O, Velásquez Ó. *Phenomenological-hermeneutical analysis of religious experience in myth and madness*. Act. Esp. Psiq. 2012; 40(2): 66–72.
9. Othmer E, Othmer SC. *The clinical interview: Using DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1989.
10. Saavedra J. *Function and meaning in religious delusions: A theoretical discussion from a case study*. Ment. Health Relig. Cult. 2014; 17(1): 39–51.
11. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S. *Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence*. Schizophr. Res. 2011; 126(1–3): 150–163.
12. MacCurdy J. *The productions in a manic-like state illustrating Freudian mechanisms*. J. Abnorm. Psychol. 1914; 8(6): 361–375.
13. Rank O. *The myth of the birth of the hero: A psychological interpretation of mythology*. Tłum. Robbins F, Jelliffe SE. New York: Journal of Nervous and Mental Disease Publishing; 1914.
14. Eber M, Marcovici G. *A type of identification with Christ*. Psychoanal. Psychol. 1984; 1(3): 249–255.
15. Gettis A. *The Jesus delusion: A theoretical and phenomenological look*. J. Relig. Health 1987; 26(2): 131–136.

16. Rokeach M. *The Three Christs of Ypsilanti*. New York: Knopf; 1964.
17. Binet-Sanglé C. *La Folie de Jésus, t. 2: Ses connaissances. Ses idées. Son délire. Ses hallucinations*. Paris: Maloine; 1910.
18. Schweitzer A. *The psychiatric study of Jesus: Exposition and criticism*. Gloucester, Massachusetts: Peter Smith Publisher; 1948.
19. Storr A. *Kolosy na glinianych nogach*. Tłum. Prokopiuk J, Sieradzan J. Warszawa: W.A.B.; 2009.
20. Sullivan HS. *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton; 1973.
21. Yalom I. *Psychoterapia egzystencjalna*. Tłum. Tanalska-Dulęba A. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2013.
22. Sokolik M. *Psychoanaliza i ja. Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza; 1994.
23. Pérez Urdániz A, Santos JM, Bermejo Saiz B. *Myths and delusions: A vindication of Sarró*. Act. Esp. Psiq. 2012; 40(2): 119–125.
24. Goldwert M. *The Messiah-complex in schizophrenia*. Psychol. Rep. 1993; 73: 331–335.
25. VanKatwyk P. *Spiritual care and therapy: Integrative perspectives*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press; 2003.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed*. Arlington, Va: American Psychiatric Association; 2013.
27. M'Lis Clark S, Harrison DA. *How to care for patients who have delusions with religious content*. Current Psychiatry 2012; 11(1): 47–51.
28. Kennedy BL, Feldmann TB. *Self-inflicted eye injuries: Case presentations and a literature review*. Hosp. Community Psychiatry 1994; 45(5): 470–474.
29. Sacks JM. *Religious issues in psychotherapy*. J. Relig. Health 1985; 24(1): 26–30.
30. Miller R, McCormack J. *Faith and religious delusions in first episode schizophrenia*. Soc. Work Ment. Health 2006; 4: 37–50.
31. Fallot RD. *Spirituality and religion*. W: Mueser KT, Jeste DV red. *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford Press; 2008. s. 592–603.
32. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony HN. *The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness*. Psychiatr. Serv. 2001; 52(5): 660–665.
33. Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. *Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2002; 37(3): 130–138.
34. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. *Dimensional approach to delusions: Comparison across types and diagnoses*. Am. J. Psychiatry 1999; 156(12): 1938–1943.

Adres: Krzysztof Dyga
Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
30-060 Kraków, ul. Ingardena 6

Otrzymano: 6.04.2016
Zrecenzowano: 20.05.2016
Otrzymano po poprawie: 11.07.2016
Przyjęto do druku: 26.07.2016