

Halina Grzymala-Moszczyńska

Instytut Religioznawstwa
Uniwersytet Jagielloński

EKSTAZA CZY SZALEŃSTWO? CZY MOŻNA OCENIĆ „NORMALNOŚĆ” I „PATOLOGIE” ZACHOWAŃ RELIGIJNYCH?

Granica między religijnością, szczególnie jej intensywnymi postaciami, a znalezieniem się poza tym, co uznawane w danym społeczeństwie za zdrowe i normalne, jest zawsze bardzo mocno osadzona w realiach miejsca i czasu, w jakim rozstrzygnięcie takie ma być dokonane. Z tego właśnie powodu próba odpowiedzi na zawarte w tytule pytanie musi się dokonywać na podstawie ujęcia interdyscyplinarnego i warsztatu badawczego przynajmniej czterech dyscyplin naukowych. Są to: psychologia religii, psychologia kulturowa, psychologia indygeniczna i psychologia kliniczna. Tylko pierwsza z nich – psychologia religii – ma swoje ustalone miejsce w ramach religioznawstwa. Trzy pozostałe są religioznawcom mało znane i traktowane jako część psychologii, która religioznawcom nie oferuje nic przydatnego, z uwagi na charakteryzujący ją, najczęściej redukcjonistyczny, sposób traktowania zjawiska religijności. Poniższa analiza ma na celu pokazanie, że zarówno kulturowe, jak i kliniczne aspekty zjawiska religijności, będące przedmiotem analiz psychologów, zasługują na większą niż dotąd uwagę religioznawców.

Psychologia kulturowa zajmuje się badaniem wpływu kultury na procesy psychologiczne w obrębie jednej lub wielu kultur. Psychologowie kulturowi koncentrujący się na jednej kulturze stosują między innymi metody etnograficzne (takie jak obserwacja, wywiad, zogniskowany wywiad grupowy [tzw. grupa fokusowa], analiza tekstów). To ujęcie jest preferowane przykładowo przez psychologów rozwojowych, którzy badają, jak kultura rodziców staje się częścią kultury dzieci. Dla psychologów religii ujęcie to mogłoby stać się bardzo płodne poznawczo np. w badaniach nad wpływem kultury na socjalizację dzieci do tej samej tradycji religijnej w różnych krajach. Porównanie przygotowania dzieci do rytuału przyjęcia Pierwszej Komunii w Kościele katolickim w Polsce i w Holandii pozwoliłoby między innymi dostrzec, jak kontekst kulturowy stwarza odmienne ramy poznawcze i zachowaniowe dla tego wydarzenia.

Psychologia indygeniczna (która może być także nazwana psychologią etniczną) bada system znaczeń w konkretnej kulturze, w ujęciu teoretycznym *emic*, stosując

przy tym metody opracowane w tej kulturze. Analizując specyficzne kulturowo pojęcia, przekonania, praktyki i funkcjonowanie człowieka w jego naturalnym kontekście kulturowym, charakterystyczne wyłącznie dla tej kultury, psychologia indygeniczna zmierza do przekształcenia „ludowej teorii psychologicznej” w psychologię naukową. Psychologia indygeniczna jest rozwijana głównie w kulturach niezachodnich. Często przedmiotem zainteresowania tej dyscypliny staje się religia i jej związek ze zdrowiem psychicznym jednostki¹.

Kluczowe dla dalszych rozważań jest pojęcie kultury, które – za Geertem Hofstede² – rozumieć będziemy jako posiadanie przez ludzi wzorców myślenia, odczuwania i zachowania przyswajanych w ciągu życia. Wzorce te tworzą łącznie matrycę sposobu przetwarzania informacji dochodzących do jednostki z otaczającego ją świata. Matryca ta została przez Hofstede określona mianem zaprogramowania umysłu. Ujęcie to, wypracowane w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, stanowi rozwinięcie starszej niemal o 100 lat koncepcji kultury stworzonej przez Edwarda Burnetta Taylora. W roku 1871 Tylor pisał, że w kulturze będącej złożoną całością zawarte są wiedza, wierzenia, sztuka, moralność, prawo, obyczaj oraz wszystkie inne zdolności i przyzwyczajenia nabyte przez człowieka jako członka społeczeństwa, czyli mówiąc współczesnym językiem – w procesie socjalizacji, kształtującej nasz sposób funkcjonowania w otaczającym świecie³. Konsekwencją akceptacji takiego uwarunkowania funkcjonowania człowieka jest więc uznanie, że od kontekstu kulturowego zależy również sposób postrzegania i klasyfikowania zachowań religijnych, oraz to, że każdy wyraz religijności, zarówno indywidualnej, jak i grupowej, jest specyficzny kulturowo, a co za tym idzie, że jego ocena dokonywana z perspektywy innej kultury może mieć charakter etnocentryczny i podlegać zafałszowaniu. Szczególnie wyraźnie daje się to zaobserwować w przypadku problemu będącego przedmiotem niniejszej analizy, czyli rozstrzygnięcia, kiedy dane zachowanie jest przejawem religijności, a kiedy staje się formą zaburzenia. Kultura działa więc jako swoisty filtr, który – z jednej strony – kształtuje sposób rozumienia danego zachowania, a z drugiej – prowadzi do tego, że jest ono klasyfikowane jako należące do zachowań zdrowych lub patologicznych.

Rola kultury w odniesieniu do definiowania zdrowia i patologii psychicznej staje się szczególnie wyraźna, gdy uświadomimy sobie, że w procesie zbierania danych przez naukowca badającego odmienną kulturowo społeczność dochodzi do spotkania między kulturowo uwarunkowanymi sposobami mówienia o danym zjawisku. Tak więc kategorie wykorzystywane podczas rozmowy przez każdą ze stron (badacza i respondenta lub – jeśli ktoś woli – nadawcę i odbiorcę) są mocno zakorzenione w jej własnym zapleczu kulturowym. Kultura odgrywa wówczas podwójną rolę. Z jednej strony, jest filtrem, który decyduje o tym, co i jak można powiedzieć o danym zjawisku, zaś z drugiej – jest filtrem decydującym o tym, co z tych treści będzie usłyszane,

¹ U. Srijindarat, *Buddhist religious practice and emotional regulation of Thai adolescence* [w:] *Book of abstracts. The first international conference of indigenous and cultural psychology*, Yogyakarta 2010, s. 211.

² G. Hofstede, *Kultury i organizacje: zaprogramowanie umysłu*, Warszawa 2000.

³ E.B. Taylor, *Cywilizacja pierwotna*, t. 1–2, Warszawa 1896–1898.

zrozumiane i jak zostanie zinterpretowane. Możemy zatem stwierdzić, że kultura jest czynnikiem oddziałującym na każdym etapie procesu komunikowania między badaczem a osobą badaną. Refleksja nad tą problematyką znalazła swoje miejsce w psychologii stosunkowo niedawno, prowadząc do zakwestionowania paradygmatu „jedynej prawdziwej” i „jedynej słusznej” wiedzy psychologicznej w rzeczywistości budowanej przez naukowców wywodzących się z zachodniego kręgu kulturowego, a więc reprezentujących mniejszość ludzkości pod każdym względem – liczebnym, terytorialnym i kulturowym właśnie. Mówią o tym dobitnie psychologowie pracujący w wielokulturowych zespołach. Wskazują oni, że środowisko, w którym wiedza psychologiczna powstaje, czyli w kręgu badaczy i osób najczęściej badanych, wywodzi się z populacji, „która wcale nie jest typowa dla rodzaju ludzkiego, a wręcz stanowi kulturową anomalię”⁴. Niereprezentatywność tej populacji polega między innymi na tym, że jest ona relatywnie mocno zsekularyzowana i indywidualistyczna. Te dwie cechy mocno wpływają na postrzeganie normy i patologii psychicznej w zakresie religijności. Jednocześnie należy stwierdzić, że świadomość specyfiki ograniczonego zaplecza wiedzy psychologicznej stała się przyczyną powstania nurtu wspomnianej wyżej psychologii indygenicznej⁵, która domaga się znacznie mocniejszego zakorzenienia zarówno sposobu prowadzenia badań, jak i interpretacji wysnuwanych wniosków, w konkretnym kontekście kulturowym. Na tym gruncie padają wręcz radykalne hasła dotyczące potrzeby „dekolonizacji” psychologii i wypracowania nowej perspektywy metodologicznej⁶.

Mówiąc o relacji między kulturą a zdrowiem psychicznym, należy uwzględnić również rolę kultury zarówno jako czynnika patogenego, jak i patoplastycznego w zaburzeniach psychicznych. Nie wolno też zapominać, że kultura (a szczególnie religia) może wpływać prewencyjnie i terapeutycznie na zaburzenia psychiczne. W pierwszym wypadku mamy do czynienia z właściwościami danej kultury, które wpływają na wystąpienie zaburzeń u jej członków, w drugim – z kulturowo specyficznym sposobem wyrażania zaburzeń występujących w różnych kulturach, zaś w trzecim i czwartym możemy mówić o cechach kultury, które mogą zapobiegać zaburzeniom lub – w wypadku ich wystąpienia – okazać się czynnikiem terapeutycznym.

Etiologia zaburzeń psychicznych występujących w różnych kulturach jest związana zarówno ze zróżnicowaniem znaczenia nadawanego poszczególnym stresorom, jak i z kulturowo aprobowanym sposobem radzenia sobie z sytuacją będącą skutkiem ich działania. Przykładowo, starość w kulturze zachodniej jest najczęściej tym okresem życia, który sprzyja depresji. Osoby stare są marginalizowane, niekiedy traktowane pogardliwie i skazane na izolację przez członków rodziny. W tradycyjnych kulturach Azji i Afryki w analogicznym okresie życia jednostkę obdarza się dużym szacunkiem i jest najbardziej znaczącą osobą w swojej rodzinie i społeczności.

⁴ A. Kwiatkowska, H. Grzymała-Moszczyńska, *Psychologia międzykulturowa* [w:] *Psychologia – podręcznik akademicki*, J. Strelau, D. Doliński (red.), Gdańsk 2008, s. 450.

⁵ U. Kim, Y. Kuo-Shu, H. Kwang-Huo (red.), *Indigenous and Cultural Psychology: Understanding People in Context*, Berlin 2006.

⁶ R. Pe-Pua, *From Decolonizing Psychology to the Development of a Cross-Indigenous Perspective in Methodology* [w:] *Indigenous and Cultural Psychology: Understanding People in Context*, s. 109–140.

W Polsce podobna sytuacja występuje w społeczności romskiej. Za główną przyczynę okazywania ludziom starszym szacunku uznaje się mądrość, która jest atrybutem starości⁷. Sytuacja taka sprawia, że ludzie starsi czują się zdrowi i są aktywni w życiu codziennym.

Kultura, a w szczególności religia funkcjonująca jako jej część, wpływa zarówno na podniesienie dobrostanu jednostki (np. poprzez wspieranie poczucia tożsamości, co jest szczególnie ważne w przypadku zmiany dotychczasowego kontekstu kulturowego, np. w wyniku migracji⁸), jak i na jego obniżenie oraz przeżycie poczucia nieadekwatności w sytuacji, gdy jednostka znajdzie się w całkowicie odmiennym środowisku. Ten ostatni rodzaj wpływu dotyczy między innymi obowiązujących w kulturze zachodniej wzorów piękna i atrakcyjności kobiecego ciała. Sprzyja to znacznie częstszemu występowaniu zaburzeń związanych z kształtem i wagą ciała u kobiet z kultury zachodniej niż z innych kręgów kulturowych, ale też pojawianie się takich zaburzeń u osób (na przykład z Maroka), które na skutek migracji znalazły się w obrębie kultury zachodniej⁹.

Istotnym czynnikiem kulturowym wpływającym na zdrowie psychiczne są też kulturowo akceptowane działania prewencyjne skierowane przeciwko utracie zdrowia. Religia odgrywa w tym wypadku bardzo ważną rolę. Światopogląd religijny funkcjonujący w danej kulturze zawiera bowiem usankcjonowane kulturowo sposoby przeciwdziałania powstawaniu zaburzeń zarówno psychicznych, jak i fizycznych. Zilustrować to można przykładami działań proponowanych przez taoizm i buddyzm. Taoizm podkreśla jedność psychofizyczną człowieka i wskazuje na wagę, jaką dla zachowania zdrowia ma zarówno dbałość o właściwy sposób przeżywania emocji, jak i o własne ciało. Drogą do osiągnięcia tego celu jest życie zgodne z możliwościami, jakie człowiek posiada, i w harmonii z otaczającą człowieka przyrodą. Warunkiem zdrowia jest przystosowanie do otaczającego świata wsparte samopoznaniem, samoakceptacją, utrzymywaniem emocjonalnego dystansu wobec świata.

Podobnie w buddyzmie zdrowie jest traktowane jako stan ciała i ducha łącznie. Eliminacja przyczyn zaburzeń oznacza doprowadzenie do zmiany całościowej postawy wobec świata, zmiany w przeżywaniu emocji i uzyskania dystansu wobec cierpienia. Konieczne jest przyjęcie postawy aktywnej, podjęcie silnego postanowienia o chęci bycia zdrowym poprzez wyzwolenie się od czynników, które uzyskanie tego stanu uniemożliwiają, odrzucenie destrukcyjnych emocji, niekrzywdzenie innych, w pełni świadome kontrolowanie stanów i funkcji własnego organizmu, a wreszcie także osiągnięcie stanu koncentracji. Ważne jest wyeliminowanie dwóch pod-

⁷ H. Grzymała-Moszczyńska, K. Barzykowski, D. Dzida, J. Grzymała-Moszczyńska, M. Kosno, *Funkcjonowanie poznawcze i językowe dzieci romskich uczęszczających do szkół podstawowych specjalnych i masowych – konteksty społeczne. Raport z badań*, Kraków 2011.

⁸ H. Grzymała-Moszczyńska, D. Hay, J. Krotofil, *Between Universalism and Ethnic Particularism: Polish Migrants to the United Kingdom; Perspective from the Psychology of Religion*, „Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny” 2011, nr 37/1, s. 223–236.

⁹ J.S. Mio, L. Barker-Hackett, J. Tumambing, *Multicultural Psychology: Understanding Our Diverse Communities*, Boston, Burr Ridge, Dubuque, Madison, New York, San Francisco, St. Louis, Bangkok, Bogota, Caracas, Kuala Lumpur, Lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, Montreal, New Delhi, Santiago, Seoul, Singapore, Sydney, Taipei, Toronto 2006.

stawowych przyczyn zaburzeń – niewiedzy i nieuważności. Eliminacja niewiedzy następuje poprzez uzyskanie właściwego wglądu w rzeczywistość i poznanie właściwej natury rzeczy. Eliminacja nieuważności polega na wyrobieniu w sobie zdolności koncentracji pozwalającej na dostrzeżenie momentu powstawania cierpienia i w konsekwencji zapanowania nad bolesnymi emocjami. Zarówno w buddyzmie, jak i taoizmie bardzo ważnym narzędziem pomagającym uzyskać pożądane stany organizmu jest praktyka medytacyjna, prowadząca do uzyskania kontroli, ale również do zmiany patologicznych stanów psychicznych lub fizycznych. Praktyka ta pomaga kontrolować i opanowywać emocje zakłócające funkcjonowanie człowieka.

Z kolei terapeutyczne oddziaływanie religii na zaburzenia psychiczne uwidacznia się w różnego rodzaju zabiegach uzdrowicielskich – egzorcyzmach, modlitwach o uwolnienie od wpływu złego ducha, w obrzędzie spowiedzi (w katolicyzmie), w okrażaniu stupy i pielgrzymowaniu do tybetańskiego klasztoru (w buddyzmie) lub wreszcie w tradycji przynoszenia odzieży osoby chorej do szejka, by ten pobłogosławił ją w rytuale *dhikr* (w sufizmie).

Kultura nie tylko wpływa na zdrowie psychiczne jednostki, lecz także określa, czym jest zdrowie i, co równie ważne, co to znaczy być w danej kulturze chorym. Dlatego przejdziemy teraz do prezentacji koncepcji zdrowia psychicznego z punktu widzenia uwzględniania przez nie specyfiki różnych kontekstów kulturowych i związanych z nimi światopoglądów religijnych. Prezentację analiz koncepcji zdrowia psychicznego należy jednak poprzedzić kilkoma zastrzeżeniami. Tak więc, po pierwsze, koncepcje te powstały na gruncie kultury zachodniej i związanej z nią tradycji judeochrześcijańskiej. Odzwierciedlają więc wzorce tej kultury i normy postępowania, które do realizacji tych wzorców prowadzą. Po drugie, tak skonstruowane koncepcje są najczęściej traktowane jako normatywne dla pozostałych kręgów kulturowych. Po trzecie, normy te zaczynają być coraz częściej kwestionowane przez badaczy z kultur niezachodnich, którzy opierają się na materiale pochodzącym ze swoich krajów¹⁰. Tak zwane „obiektywne” definicje zdrowia psychicznego są zatem w istocie definicjami „kolonialnymi” (gdyby pozostać na gruncie psychologii indygenicznej) wobec innych kultur, które pragną klasyfikować, a ponadto są definicjami głęboko etnocentrycznymi. Poza tym, co dużo ważniejsze, często stosuje się je bezrefleksyjnie i trudno oczekiwać, by przekształciły się w ujęcie etnorelatywne bez podjęcia głębszej refleksji w tym zakresie. Na gruncie koncepcji Milтона J. Bennetta¹¹, przejście od postawy etnocentrycznej do etnorelatywnej musi się bowiem dokonywać poprzez wiele stadiów, z których najważniejsze jest nie tylko dostrzeżenie odmienności, ale również uznanie jej za znaczącą w postrzeganiu danego zjawiska. O ile ujęcie etnocentryczne nie dopuszcza równoprawności innego niż własne spojrzenia na dany aspekt rzeczywistości społecznej, o tyle ujęcie etnorelatywne umożliwia traktowanie szeregu innych ujęć jako równie zasadnych. Z metodologicznego

¹⁰ Al-Issa Ihsan (red.), *Al-Junun: Mental Illness in the Islamic World*, Madison 2000; D. Ayim-Abo-gaye, *Indigenous Psychiatry: Transcultural Study of Traditional Practitioners in West African Healing Communities with Focus on Ghana*, Abo 2006.

¹¹ M.J. Bennett, *From Ethnocentrism to Ethnorelativism [w:] Toward Multiculturalism: A Reader in Multicultural Education*, J.S. Wurzel (red.), Newton 2004, s. 26–42.

punktu widzenia bardzo użytecznym ujęciem w rekonstruowaniu spojrzenia na zagadnienie zdrowia i choroby z perspektywy emic, czyli perspektywy danej kultury, jest tak zwana teoria ugruntowana. Do odtworzenia kulturowo specyficznego idiomu zdrowia i choroby w grupie uchodźców tybetańskich w Dharamsali zastosował ją Igor Pietkiewicz¹². Wykazał on, jak bardzo kontekst kulturowy, w całej swojej złożoności (kultura tybetańska w kontekście kultury hinduskiej, a niekiedy również pod wpływem oddziaływania kultury zachodniej), determinuje nie tylko sposób postrzegania choroby, ale też jej przyczyn, dopuszczalnych sposobów leczenia oraz rokowań na przyszłość. Po tych zastrzeżeniach, dotyczących natury powszechnie przyjmowanych sposobów rozumienia zdrowia psychicznego, przejdziemy do prezentacji poszczególnych koncepcji.

Najszerzej stosowana w literaturze jest tzw. negatywna koncepcja zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne w tym kontekście traktuje się jako brak choroby psychicznej, rozumianej zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami psychiatrycznymi. Przed omówieniem tej definicji należy jednak wspomnieć o możliwości różnicowania rozróżniania zaburzeń psychicznych i zjawisk wynikających z kontekstu religijnego oraz kulturowego pacjenta. W amerykańskim podręczniku psychiatrii DSM-IV (*Diagnostic Statistical Manual – IV*) z roku 1994 po raz pierwszy pojawiły się działy omawiające kulturowe aspekty zaburzeń. Były to *Glossary of Culture-Bound Syndromes* (Słownik zespołów specyficznych kulturowo) oraz *Outline for the Cultural Formulation of Case* (Zarys opisu przypadku wrażliwego kulturowo).. Zalecenia tam zawarte miały pomóc osobom pracującym z pacjentami psychiatrycznymi wywodzącymi się z innych kultur w zapoznaniu się, w sposób systematyczny, z tradycją kulturową pacjenta, rolą kultury w sposobie wyrażania symptomów choroby i tym, co – z powodu różnic kulturowych – może odgrywać znaczącą rolę w relacjach między pacjentem a terapeutą. Dla religioznawcy szczególnie warte uwagi jest wprowadzenie nowego kodu diagnostycznego (V 62.89) o nazwie „Problem religijny i duchowy”. W jego ramach zostały wymienione takie zjawiska, jak doświadczenia związane ze zwątpieniem lub utratą wiary, problemy dotyczące przechodzenia na nową wiarę lub zwątpienia w wartości duchowe (niekoniecznie związane ze zorganizowanym Kościołem lub inną instytucją religijną). Pojęcia religijności i duchowości zostały tam rozdzielone. Pierwsze z nich, według autorów tekstu, mówi o doświadczeniach związanych z konfliktami jednostki w obszarze instytucjonalnych form życia religijnego, drugie zaś dotyczy cierpienia przeżywanego w związku z relacją jednostki z siłą wyższą lub bytem transcendentnym, które może, lecz nie musi, być związane ze światopoglądem religijnym. Pojawiła się więc próba odejścia od widzenia wszelkich zjawisk z zakresu życia religijnego pacjenta wyłącznie w etnocentrycznej perspektywie kultury zachodniej. Zamiast tego psychologowie kliniczni i psychiatrzy mogą postrzegać je w sposób zgodny ze źródłem i znaczeniem, jakie mają one w życiu konkretnej osoby należącej do określonej kultury i reprezentującej taki, a nie inny światopogląd.

Negatywna definicja zdrowia psychicznego budzi wiele zastrzeżeń. Przede wszystkim w świetle tej definicji poza zasięgiem patologii pozostaje wiele takich od-

¹² I. Pietkiewicz, *Culture, Religion and Ethnomedicine: The Tibetan Diaspora in India*, Lanham–Boulder–New York–Toronto–Plymouth 2008.

czuć, jak: brak celu w życiu, poczucie pustki, które zdecydowanie nie sprzyjają poczuciu zdrowia psychicznego jednostki. Trzeba też pamiętać, że trudno jednoznacznie wskazać granicę między stopniem, w jakim nasilenie danego objawu odpowiada stanowi zdrowia psychicznego, a stopniem, w jakim zaczyna ono charakteryzować stan choroby psychicznej. Zwracają na to uwagę te koncepcje zdrowia psychicznego, które nie przyjmują ostrej, wyraźnej granicy między normą a patologią, lecz mówią, że w patologii nasilają się te cechy osobowości, które można dostrzec również u osób zdrowych psychicznie. Wreszcie trzeba podkreślić, że samo wystąpienie danego objawu uznawanego za objaw chorobowy nie musi z konieczności oznaczać wystąpienia choroby. Objaw ten może bowiem należeć do innego kontekstu kulturowego. Przykładowo zachowanie mistyków buddyjskich dążących do osiągnięcia nirwany było przez psychiatrów o orientacji psychoanalitycznej interpretowane jako samodzielnie wywoływana katatonია¹³. Praktyki medytacyjne zaś były traktowane jako relatywnie prymitywna (w porównaniu z psychoanalizą) forma oddziaływania na psychikę człowieka¹⁴. Podobnie szamani wywodzący się z różnych tradycji plemiennych byli charakteryzowani jako schizofrenicy, epileptycy bądź osoby cierpiące na demencję¹⁵. Mówiąc ogólnie, prócz innych zastrzeżeń, jakie budzi ta definicja, trzeba również pamiętać, że jest ona skonstruowana w zgodzie z poczuciem normy zdrowia psychicznego i wynikającego z niej sposobu wyrażania relacji z bóstwem, które funkcjonują w kulturze zachodniej. Ich zastosowanie poza tym obszarem niesie poważne niebezpieczeństwo nieuzasadnionego odnajdywania patologii w odmienności kulturowej.

Drugą definicją należącą do grupy definicji negatywnych jest określenie zdrowia psychicznego jako braku niewłaściwych kulturowo zachowań społecznych¹⁶. Dużą zaletą tej definicji jest wskazanie na kulturowe uwarunkowanie sposobu rozumienia zdrowia psychicznego. W ten sposób umożliwia ona dokonywanie analiz porównawczych zdrowia psychicznego osób należących do różnych tradycji religijnych bez przyjmowania kryteriów normy i patologii psychicznej ustalonych *a priori* na podstawie kultury własnej badacza. Jednak i ta definicja w pewnych przypadkach zawodzi. Dzieje się tak wówczas, gdy mamy do czynienia z osobami zmieniającymi swą przynależność kulturową (na przykład wskutek migracji). Zachowania właściwe jednej kulturze mogą się wtedy okazać skrajnie patologiczne oraz niewłaściwe w ramach innej i łatwo mogą zostać uznane za patologiczne. Dla przykładu, w kulturze afrykańskiej powołanie się na radę udzieloną we śnie przez dawno zmarłą osobę jest całkowicie akceptowalną motywacją zachowania się w konkretnej sytuacji. W kulturze zachodniej ta sama wypowiedź byłaby wskaźnikiem bezspornego zaburzenia psychicznego, dowodem przeżywania omamów wzrokowych lub słuchowych.

¹³ F. Alexander, *Buddhistic training as an artificial catatonia*, „Psychoanalytic Review” 1931, nr 18/2, s. 129–141.

¹⁴ M. Finn, *Transitional Space and Tibetan Buddhism: The Object Relations and Meditation* [w:] *Object Relation Theory and Religion: Clinical Applications*, M. Finn, J. Gartner (red.), Westport–London 1992, s. 109–118.

¹⁵ K. Jankowski, *Psychologia wierzeń religijnych*, Warszawa 1990; J. Sieradzan, *Szamańska tradycja a szaleństwo mistyków* [w:] *Oblicza gnozy*, E. Przybył (red.), Kraków 2000, s. 181–233.

¹⁶ A. Bandura, *Social Learning Theory*, New York 1977.

Kolejna z definicji podkreśla, że zdrowie psychiczne to stan wolności od poczucia winy i troski¹⁷. Ta definicja jest wskaźnikiem postępowania wielu psychoanalityków, którzy za cel stosowanej przez siebie terapii uznają właśnie pozbawienie pacjentów poczucia winy i wywoływanego przez nią neurotycznego lęku, przeżywanego wskutek uchybienia trudnym do realizacji ideałom. Jak wykazują analizy¹⁸, koncepcja ta nie ma charakteru uniwersalnego. Jest normatywna dla pożądanego sposobu funkcjonowania człowieka Zachodu, należącego do klasy średniej.

Kolejna grupa definicji zdrowia psychicznego jest oparta na założeniu całkowicie przeciwnym do ujęcia psychoanalitycznego. Koncentruje się wokół przekonania, że niezbyt wiele osób może mówić o pełnej akceptacji samego siebie, a jeszcze mniejsza ich liczba skłonna jest przyznać, że udało się im osiągnąć samoaktualizację. Powstaje więc praktyczna trudność w stosowaniu tej definicji, polegająca na określeniu stopnia, w jakim u danej osoby musi wystąpić samoakceptacja i samoaktualizacja, aby w jej przypadku można było mówić o zdrowiu psychicznym. Z metodologicznego punktu widzenia powstaje trudność doboru wskaźników, które pozwolą na pomiar powyższych zmiennych. Należy też pamiętać, że pojęcia te oznaczają różne rzeczy w kulturze Wschodu i Zachodu. Taoista dążący do samoaktualizacji i samoakceptacji będzie raczej zmierzał do przystosowania się do świata, natomiast samoaktualizujący się człowiek Zachodu będzie się starał podporządkować sobie świat, by zyskać jak najpełniejszą możliwość zaspokojenia swoich potrzeb. Większość z tych potrzeb taoista z kolei uznałby za sztuczne wyobrażenie o sobie, a nie prawdziwą naturę człowieka. Lao-Tsy zwracał uwagę, że przywiązanie do własnych osiągnięć i zalet zastawia na człowieka sidła, zmuszając go do stałego perfekcjonizmu w działaniu. Nastawienie takie stanowi poważne obciążenie dla organizmu, a przez to naraża człowieka na porażkę i chorobę.

Inną definicję zdrowia psychicznego zaproponował Gordon Allport¹⁹. Jego zdaniem, w zdrowej osobowości musi się znaleźć miejsce na hierarchicznie usystematyzowaną filozofię życia zapewniającą integrację osobowości. Na czele tej hierarchii może się znaleźć tzw. poczucie religijne (*religious sentiment*), gdyż jest ono najbardziej „pojemne”, a co za tym idzie – ma największą zdolność integrowania całokształtu osobowości. Nie jest to jednak, jak wyraźnie zaznacza Allport, jedyny sposób zintegrowania osobowości. Inna, równie „pojemna” i ważna dla konkretnego człowieka wartość może spełnić tę samą rolę. Zarzut, jaki można sformułować pod adresem tego ujęcia, jest analogiczny jak w poprzednim przypadku. W innych kontekstach kulturowych, na przykład w społeczeństwie chińskim, za znacznie ważniejsze dla integracji osobowości uznaje się harmonijne współżycie jednostki z grupą społeczną, której jest członkiem, oraz unikanie zachowań mogących narazić jednostkę lub osoby z jej otoczenia na utratę twarzy. Posiadanie rozbudowanej relacji między człowiekiem a bóstwem ma tutaj dużo mniejsze znaczenie.

Ostatnia z omawianych definicji jest związana z poznawczym funkcjonowaniem człowieka. Zdrowie psychiczne w tym ujęciu wiąże się ze zdolnością włączania no-

¹⁷ K. Horney, *Nerwica a rozwój człowieka; Trudna droga do samorealizacji*, Warszawa 1978.

¹⁸ T.M. Abel, R. Metraux, S. Roll, *Psychotherapy and Culture*, Albuquerque 1987.

¹⁹ G.W. Allport, *Osobowość i religia*, Warszawa 1988.

wych informacji do systemu poznawczego jednostki i z plastycznością ogólnego nastawienia wobec świata. Chodzi tutaj o różnicowanie między osobami skłonnyymi do przyjmowania sztywnych, autorytarnych systemów religijnych a osobami umiemych wychodzić poza literalną interpretację tekstów, by czynić z religii siłę służącą rozwojowi własnej osobowości. Do tej samej grupy definicji należy wskazywanie na uzyskiwanie poczucia kontroli nad otoczeniem i poczucie zrozumienia tego, co się w nim dzieje. W ujęciu tym kryje się istotne ograniczenie. Mówiąc o poczuciu zrozumienia otaczającego świata, nie precyzujemy bowiem rozległości świata poddanego poznawczej i emocjonalnej kontroli jednostki. Pozwala to na dokonywanie pod tym względem dość arbitralnych rozstrzygnięć.

Ważnym uszczegółowieniem rozważań nad poznawczym wyznacznikiem zdrowia jest pojęcie poczucia koherencji wprowadzone przez Aarona Antonovsky'ego. Zostało ono zdefiniowane w następujący sposób:

Jest to globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania²⁰.

Tak więc szeroko rozumiane zadania, jakie stawia przed człowiekiem życie, jawią się na poziomie poznawczym jako sensowne, uporządkowane i warte zaangażowania, a na poziomie emocjonalnym jako niezagrażające. Dzieje się tak dlatego, że jednostka posiada wystarczająco wiele zasobów, by sobie z nimi poradzić.

W miarę rozwoju badań antropologicznych coraz powszechniejsze uznanie zyskiwał również pogląd, że choroby psychiczne występujące w ramach różnych kultur różnią się od siebie w sposób znaczący, a co za tym idzie, że sposoby ich leczenia w różnych kulturach również znacznie się różnią. Emil Kraepelin, uznawany za ojca współczesnej psychiatrii, w czasie swojej podróży do Indonezji i Chin stwierdził, że pacjenci szpitali psychiatrycznych, z którymi się tam zetknął, tylko w niewielkim stopniu przypominali mu pacjentów znanych z dotychczasowej praktyki medycznej. Odmienność ta zainspirowała Kraepelina²¹ do zaproponowania utworzenia nowej dziedziny psychiatrii, tj. psychiatrii porównawczej, która miałaby się zająć porównawczym badaniem specyfiki poszczególnych chorób w ramach różnych kultur. Użyteczne dla tego celu ujęcie zaproponowali Rivers²² i Singerist²³. To paradygmat oparty na uznaniu, że system opieki zdrowotnej, dostępny dla cierpiącego na konkretne symptomy chorego, jest zapośredniczony w dotarciu do chorego poprzez kulturę, w której zawarte są symboliczne znaczenia tychże symptomów oraz odnoszące się do nich normy postępowania.

²⁰ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa 1995.

²¹ E. Kraepelin, *Vergleichende Psychiatrie*, „Zentralblatt für Nerven und Psychiatrie” 1904, nr 15, s. 433–437.

²² W.H.R. Rivers, *Medicine, Magic and Religion*, New York 1924.

²³ H. Singerist, *A History of Medicine*, vol. 1., *A Historic and Archaic Medicine*, London 1951.

Kultura zawiera również wyraźnie określone źródła władzy, które istnieją w danym społeczeństwie. Lucien Glick²⁴ postawił hipotezę, że znajomość głównego źródła władzy w danym kontekście kulturowym (czy jest to źródło polityczne, mitologiczne, religijne czy technologiczne) pozwala przewidzieć, jakie przyczyny danego zaburzenia będą dostrzegane i jakie zostaną podjęte sposoby jego leczenia. Dominujące źródło autorytetu w danym społeczeństwie stymuluje system opieki zdrowotnej. To ono decyduje, czy będzie to odwołanie się do autorytetu politycznego, czarów, przewidywania przyszłości, czy też do dorobku nauki.

Pierwszym krokiem w praktycznym zastosowaniu takiego paradygmatu musi być rozróżnienie między dwoma aspektami choroby – dysfunkcją fizyczną, czyli symptomatologią, oraz jego interpretacją przez dotkniętego nią człowieka i jego społeczne otoczenie. W języku polskim rozróżnienie takie nie jest stosowane (choć możliwe do przeprowadzenia). Pojęcie „choroba” odnosi się do obu tych aspektów jednocześnie. W języku angielskim natomiast dla zaburzenia jest zarezerwowane pojęcie *disease*, zaś dla psychospołecznego doświadczenia tego zaburzenia i przypisywanego mu znaczenia pojęcie *illness*. Choroba w znaczeniu *illness* jest związana z normami kulturowymi, bo przez ich pryzmat rozpoznajemy jej objawy. Czynnikiem, który w istotny sposób wyodrębnia *illness* z *disease*, jest system opieki medycznej usankcjonowany w danej kulturze.

W społeczeństwach tradycyjnych leczenie jest przede wszystkim ukierunkowane na *illness*, czyli zinterpretowanie na użytek pacjenta i jego otoczenia natury zaburzenia oraz na wskazanie drogi, która ma doprowadzić do jego usunięcia. Uzdrawienie ma więc na celu dostarczenie sensu osobistym i społecznym problemom wywołanym przez chorobę. Ma więc uleczyć – *healing the illness*. Wyleczenie to uzyskanie odpowiedniości między społecznie uprawomocnioną formą zaburzenia (*illness*) i opieką, jaką oferuje dany system opieki zdrowotnej. To właśnie ów system opieki zdrowotnej nazywa, porządkuje i nadaje znaczenie doświadczeniu zaburzenia, a także leczy osobiste, społeczne i rodzinne problemy, które tworzą *illness*. Z kolei w zachodnim modelu opieki zdrowotnej uleczenie w sensie medycznym dotyczy jedynie usunięcia objawów (*disease*), przy niemal zupełnym pominięciu ustosunkowania się do związanych z nimi problemów jednostki i jej otoczenia, a więc do *illness*.

Interesujące porównanie traktowania choroby przez pryzmat *illness* i *disease* można uzyskać, zestawiając takie ich aspekty, jak: sposób definicji problemu, wskaźniki występowania zaburzenia, a także ustalanie przyczyny, przebiegu oraz rodzaju stosowanych środków zaradczych i leczniczych. Tak więc w wypadku schorzenia (*disease*) jego definicja odpowiada jednostce chorobowej sformułowanej przez lekarzy opierających się na paradygmacie zdrowia, z którym zapoznają się w trakcie zunifikowanego w różnych krajach procesu kształcenia. Poszukują oni biomedycznych przyczyn zaburzenia obserwowanego u pacjenta, który zgłasza się po pomoc. Przebieg schorzenia powinien odpowiadać wyraźnie sformułowanemu opisowi klinicznemu znajdującemu się w podręcznikach diagnostyki klinicznej. Diagnoza oparta jest na obiektywnych wynikach testów klinicznych, mających swoje naukowe

²⁴ L. Glick, *Medicine as an Ethnographic Category: The Gimi of the New Guinea Highlands*, „Ethnology” 1967, nr 6, s. 31–56.

wyjaśnienie. Z postawionej diagnozy wynika przyjęty sposób leczenia skierowanego bezpośrednio na symptomy występującego zaburzenia. Celem leczenia jest ich usunięcie. W wypadku *illness* mamy do czynienia z definiowaniem zaburzenia przez ludowego uzdrowiciela na podstawie doświadczeń pacjenta i jego otoczenia. Jest to więc ujęcie ekologiczne, dostosowane do kontekstu, w jakim występuje. Ważne są nie tyle obiektywne wyniki testów medycznych, ile subiektywna ocena cierpienia przez pacjenta. Przyczyny zaburzenia są sytuowane raczej w obszarze osobowościowo-społecznym, a w jego przebiegu zwraca się uwagę na skutki w zakresie zaburzenia funkcjonowania poczucia „ja” jednostki, zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny i grupy społecznej, do której należy osoba cierpiąca. Leczenie zawiera wiele czynności magicznych i symbolicznych mających na celu udzielenie pomocy pacjentowi w rozwiązaniu jego problemów w kontekście jego funkcjonowania w grupie. Przywrócenie równowagi w danej społeczności jest zasadniczym celem interwencji uzdrowiciela. Powrót pacjenta do zdrowia stanowi swojego rodzaju „produkt uboczny” tego działania.

Przykładowo symptomy chorób wieku dziecięcego są w Chinach interpretowane jako skutek „wystraszenia” duszy dziecka²⁵. W celu uleczenia konieczne jest odprawienie przez kapłana rytuału *chao hun*, który ma przywołać z powrotem „wystraszoną” duszę. Nawet po ustąpieniu objawów chorobowych w wyniku zachodniego typu interwencji medycznej (np. po serii zastrzyków) kuracja musi zostać zakończona odprawieniem tego rytuału w świątyni. Tylko wówczas rodzina dziecka uznaje ją za kompletną, czyli spójną ze znaczeniem przypisywanym temu zaburzeniu. Z kolei wyleczenie dorosłego pacjenta za pomocą serii antybiotyków nie będzie uznane za kompletne, dopóki kapłan nie odprawi rytuału oczyszczającego pacjenta od wpływu przyjętych leków.

W zachodnim spojrzeniu na problem choroby psychicznej dominuje ujęcie horyzontalne. Polega ono na poszukiwaniu bezpośrednich przyczyn choroby na poziomie organizmu jednostki. W tradycji wschodniej pojęcie choroby jest wertykalne. Zaburzenie określa się na poziomie całości funkcjonowania organizmu, relacji jednostki ze społecznością i bóstwem. W konsekwencji proces leczenia też musi zawierać jednoczesne leczenie ciała i umysłu oraz dążenie do poprawy relacji między człowiekiem a otaczającym go światem.

Wśród badaczy zjawiska nie ma zgody, czy symptomy specyficzne kulturowo są charakterystyczne tylko dla danej kultury, czy też analogiczne symptomy występują w wielu różnych kulturach, nosząc tam jednak odmienne nazwy. Nie ulega jednak wątpliwości, że kultura jest czynnikiem, który bardzo wyraźnie wpływa na wyrażanie zaburzeń i symptomów przez jednostkę. Osoby z różnych kultur będą doświadczały tego samego zaburzenia, lecz wyrażały je w odmienny sposób. Weźmy dla przykładu depresję. Członkowie pewnych kultur znacznie wyraźniej będą podkreślali jej fizyczne symptomy, niż zaburzenia nastroju. Tak więc osoby wywodzące się z kultury latynoamerykańskiej lub śródziemnomorskiej będą narzekały na nerwy i bóle głowy, osoby pochodzące ze Środkowego Wschodu będą mówiły o kłopotach z sercem, Azjaci natomiast będą podkreślali zmęczenie, słabość i nierównowagę.

²⁵ A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley–Los Angeles–London 1980.

Niekiedy pacjenci mogą wyrażać lęk spowodowany – jak twierdzą – czarami, które na nich rzucono, bądź też wskazywać na wyraźne odczucia nawiedzania ich przez zmarłych.

W literaturze przedmiotu pojęcie syndromów specyficznych kulturowo odnosi się najczęściej do zaburzeń występujących w kulturach niezachodnich. Cecil Helman²⁶ definiuje je jako lokalne, ludowe kategorie diagnostyczne, unikatowe dla szczególnej grupy osób, kultury czy obszaru geograficznego. Ich objawy są rozpoznawalne przez członków danej grupy i wywołują standardową reakcję. Zaburzenia te niosą cały szereg symbolicznych znaczeń – moralnych, społecznych i psychologicznych – zarówno dla osoby, która na nie cierpi, jak i dla jej otoczenia. Znaczenie tych zaburzeń wiąże się bowiem z relacją istniejącą między osobą cierpiącą a jej otoczeniem, a więc ze środowiskiem naturalnym i działaniem sił nadnaturalnych. W wielu przypadkach zaburzenia te służą wyrażeniu antyspołecznych emocji i konfliktów społecznych w kulturowo unormowany sposób. W psychiatrii porównawczej można znaleźć wiele opisów takich zaburzeń, jak *coro*, *latah*, *amok* czy *windigo*²⁷. Inne, rzadziej występujące, zostały opisane przez Davida Ayim-Aboagye²⁸. *Abrafo Bodam* to epizody psychotyczne pojawiające się okresowo u osób z rodzin przywódców klanu w Ghanie. Osoby te popełniły w przeszłości rytualne zabójstwo. Zabiły człowieka bądź zwierzę, by towarzyszyło zmarłemu przywódcy klanu w podróży do świata zmarłych. Epizody te zdarzają się tylko w obecności starszyny rodowej. Mogą one polegać na ataku fizycznym i próbie zabójstwa nawet najbliższej osoby. Po zakończeniu epizodu pojawia się amnezja obejmująca przebieg wydarzenia. *Zespół Atopke* – śmierć w wyniku przekleństwa – również występuje w Ghanie, w plemieniu Ewe. U osoby, na którą rzucono przekleństwo, pojawia się ślepota na skutek, jak sama twierdzi, uderzenia pioruna i widoku błyskawicy. Po chwili następuje utrata słuchu i możliwości poruszania się, a po nich śmierć.

Przeprowadzone analizy wyraźnie wskazują, że zachowania i przekonania religijne nie posiadają wyraźnie zdefiniowanego miejsca na kontinuum norma – patologia psychiczna. Jest im ono przypisywane każdorazowo – nie tyle w zależności od ich charakteru czy sposobu przejawiania się, ile w odniesieniu do kontekstu społecznego, w jakim występują. To środowisko zewnętrzne decyduje o zaklasyfikowaniu religijności jako zdrowej lub patologicznej – w zależności od sposobu pojmowania zdrowia i choroby funkcjonującego w danej kulturze. Z konstatacji tej wynika, że zarówno religioznawcy, jak i psychologowie muszą w swych badaniach większą wagę przywiązywać do ujęcia *emic* (czyli kontekstu grupy, w jakiej owo zachowanie występuje) w analizie zjawisk religijnych, niż do ujęcia *etic*, poszukującego uniwersalnych i niezmiennych wskaźników religijności zdrowej i patologicznej.

²⁶ C.G. Helman, *Culture, Health and Illness*, London 2001.

²⁷ Tseng Wen-Shing, *Handbook of Cultural Psychiatry*, San Diego–Toronto 2001.

²⁸ D. Ayim-Aboagye, *Indigenous Psychiatry: Transcultural Study of Traditional Practitioners in West African Healing Communities with Focus on Ghana*, Abo 2006.

ECSTASY OR INSANITY? IS IT POSSIBLE TO DIFFERENTIATE BETWEEN „NORMAL” AND „PATHOLOGICAL” RELIGIOUS BEHAVIOUR?

Summary

This article presents the cultural factors which contribute to understanding psychological health and pathology. The definitions of understanding psychological health and ways of approaching treatment were analysed, with particular emphasis on the role of religion. Understanding health and pathology was analysed from the perspective of the distinction between illness and disease. Four academic disciplines tackling this topic – psychology of religion, cultural psychology, indigenous psychology and clinical psychology – were presented as specific ways of approaching a conceptualisation of the above problems.

Keywords: Health, illness, disease, indigenous psychology, cultural psychology, cross-cultural psychology