

Monika Słodka
Dagna Skrzypińska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kamil Łacina
Instytut Filozofii
Uniwersytet Jagielloński

RELACJE MIĘDZY SCHIZOFRENIĄ A RELIGIJNOŚCIĄ I DUCHOWOŚCIĄ

WSTĘP

Schizofrenia uważana jest za jedną z najpoważniejszych chorób psychicznych. Charakteryzuje się ona dezintegracją osobowości związaną z występowaniem deficytów poznawczych, dezorganizacją czynności psychicznych, jak również zniekształconym postrzeganiem rzeczywistości. Dodatkowo chorobę tę cechuje przewlekłość oraz zróżnicowany przebieg i obraz kliniczny. W znacznej ilości przypadków schizofrenia prowadzi także do upośledzenia funkcjonowania społecznego¹. Jeden z najczęściej przyjmowanych modeli schizofrenii wyróżnia trzy grupy czynników występujących w jej przebiegu. Obejmuje on czynnik pozytywny (omamy, urojenia), negatywny (awolicja, alogia, anhedonia, stępienie afektywne) oraz czynnik dezorganizacji (zaburzenia uwagi i myślenia, niedostosowany afekt)².

¹ J. Wciórka, *Psychozy schizofreniczne*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2009, s. 270.

² A. Grzywa, *Oblicza psychozy*, Lublin 2005, s. 157.

Dotychczas zidentyfikowano wiele zmiennych wpływających na obraz choroby. Najczęściej zalicza się do nich aspekty związane z uwarunkowaniami biologicznymi, społecznymi i ekonomicznymi czy psychologicznymi. Stosunkowo niewiele miejsca nie tylko w literaturze fachowej, ale także w praktyce psychoterapeutycznej poświęca się natomiast zagadnieniu religii w życiu osób chorych na schizofrenię.

W szerokim znaczeniu pojęcie religii obejmuje zarówno duchowość³ odnoszącą się do doświadczeń transcendentnych związanych z poszukiwaniem ostatecznych odpowiedzi na pytania o sens życia, jak i religijność⁴ rozumianą jako system przekonań. Kwestie te w kontekście schizofrenii poruszane były w nielicznych badaniach w odniesieniu do objawów choroby, jej przebiegu, procesu leczenia oraz wpływu na ogólne funkcjonowanie pacjentów. Wykazano, że religia ma duże znaczenie dla osób cierpiących na schizofrenię⁵, dlatego odnoszenie się do tego zagadnienia w badaniach naukowych, jak i procesie psychoterapii wydaje się istotne i potrzebne.

³ Istnieje wiele definicji duchowości. Do najczęściej pojawiających się wyjaśnień tego zagadnienia na polu psychologii religii zalicza się te podane przez badaczy takich jak: Armstrong (duchowość to „obecność relacji z Wyższą Mocą, która wywiera wpływ na sposób, w jaki jednostka działa w świecie”; Zinnbauer i Pargament, 2005, s. 23), Doyle (1992, s. 302: „poszukiwanie egzystencjalnego znaczenia”), Hart (1994, s. 23: „sposób, w jaki jednostka żyje swoją wiarą w codziennym życiu, sposób, w jaki osoba odnosi się do ostatecznych stanów egzystencji”), Shafranske i Gorsuch (1984, s. 231: „transcendentny wymiar w ludzkim doświadczeniu [...] odkrywany w momentach, w których jednostka stawia pytania w odniesieniu do znaczenia osobistego istnienia i próbuje umieścić je w szerszym kontekście ontologicznym”), Vaughan (1991, s. 105: „subiektywne doświadczenie Sacrum”) czy Tart (1975, s. 105: „szeroka rzeczywistość ludzkiej potencjalności odnosząca się do ostatecznych celów, wyższych istot, Boga, miłości, współczucia, czy innych celów”). M. Jarosz, *Pojęcie duchowości w psychologii*, Lublin 2010, s. 9–22.

⁴ Psychologiczne pojęcie religijności odnosi się do treści oraz funkcji, jakie może ona pełnić. Najczęściej w jej kontekście bada się przekonania, zachowania i emocje religijne. Dla przykładu Argyle i Beit-Hallahmi definiują religijność jako „system przekonań odnoszący się do boskości lub jakiejś ponadludzkiej mocy oraz praktyki kultu lub inne rytuały ukierunkowane wobec tejszy siły”, z kolei Peteet jako „przywiązanie do przekonań i praktyk charakterystycznych dla określonej tradycji” (Zinnbauer i Pargament, 2005; za: M. Jarosz, *op. cit.*, s. 9–22).

⁵ M.in.: P. Corrigan, B. McCroble, B. Shell, K. Kidder, *Religion and Spirituality in the Lives of People with Serious Mental Illness*, „Community Mental Health Journal” 2004, nr 39; J.Z.T. Pieper, *Religious Coping in Highly Religious Psychiatric Inpatients*, „Journal of Clinical Psychology” 2004, nr 63; C.D. Bellamy, N.C. Jarrett, O. Mowbray, P. MacFarlane, C.T. Mowbray, M.C. Holter, *Relevance of Spirituality for People with Mental Illness Attending Consumer-Center Services*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2007, nr 30.

Celem artykułu jest przedstawienie, na podstawie przeglądu literatury specjalistycznej, roli religii w życiu osób cierpiących na schizofrenię, związków objawów choroby i jej przebiegu z religijnością (także na gruncie neurobiologicznym), jak również praktyczne implikacje wykorzystania odniesień do religijności i duchowości w leczeniu osób cierpiących na schizofrenię.

RELIGIA W ŻYCIU OSÓB CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ

Relacje między religią a zdrowiem psychicznym mogą przybierać cztery zasadnicze formy. Religia może stanowić ekspresyjne ujęcie dla obecnych zaburzeń psychicznych, hamować występowanie objawów oraz sprzyjać socjalizacji osoby chorej, pozwalać na ucieczkę lub nieść ukojenie w związku z problemami życiowymi leżącymi u podłoża zaburzenia, jak również być okazją do konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i problemami⁶. Wszystkie te zależności odnoszą się także do schizofrenii.

Badanie przeprowadzone na populacji szwajcarskiej wykazało, że dla 45% osób cierpiących na schizofrenię religia stanowi centralny punkt życia, z kolei 60% traktuje ją jako czynnik pomagający im radzić sobie z chorobą⁷. Wielu chorych pozbawionych jest systemów wsparcia rodzinnego czy zawodowego. Często dostępne jest jedynie wsparcie religijne, dzięki któremu osoby chore mają poczucie odzyskiwania kontroli nad swoim życiem oraz zyskiwania nowych ważnych dla nich obiektów.

Religijność i duchowość mogą wywierać pozytywny wpływ na osoby cierpiące na schizofrenię. Wykazano, że chorzy, którzy w walce z chorobą wykorzystują swoją wiarę religijną, zyskują lepszy wgląd swój stan niż osoby niewierzące⁸. Wyniki uzyskane przez Kirov i współpracowników⁹ sugerują również, że doświadczenia psychozy mogą prowadzić

⁶ B. Spilka, P.H. Werme, *Religion and Mental Disorder: A Research Perspective*, [w:] *Research on Religious Development*, red. M.R. Strommen, New York 1971, s. 461-481.

⁷ S. Mohr, C. Gillieron, L. Borrás, P.Y. Brandt, P. Huguelet, *The Assessment of Spirituality and Religiousness in Schizophrenia*, „*Journal of Nervous and Mental Disease*” 2007, nr 195, s. 247.

⁸ G. Kirov, R. Kemp, K. Kirov, A.S. Davis, *Religious Faith After Psychotic Illness*, „*Psychopathology*” 1998, nr 31, s. 234.

⁹ *Ibidem*.

do wzrostu przekonań religijnych. Wiara z kolei może pomagać chorym w radzeniu sobie ze schizofrenią na różne sposoby: duchowy („Jezus jest moją jedyną tarczą, proszę Go o pomoc w codziennych czynnościach, czuję, że nie jestem sam, On wskazuje mi drogę”¹⁰), jak również związany ze wsparciem społeczności religijnej i samych duchownych („Buddyjski mnich uczy mnie, w jaki sposób medytować, by zdystansować się do moich halucynacji”¹¹).

Co więcej, wiara może nie tylko chronić osoby chore przed podejmowaniem prób samobójczych¹², ale także wpływać pozytywnie na przyjmowanie przez nie leków przeciwpsychotycznych. Jeden z pacjentów badanych przez Mohr i Huguélet stwierdził: „nie wiem, dlaczego cierpię na silny lęk i halucynacje, psychiatra powiedział, że to przez nerwy, a pastor i członkowie mojej wspólnoty modlili się za mnie o uwolnienie od złych rzeczy w imię Jezusa. To Bóg daje mądrość psychiatrom, modłę się za opiekunów, pokładam nadzieję w Bogu i biorę moje leki”¹³.

Z drugiej strony obecność w życiu osób cierpiących na schizofrenię kwestii związanych z religijnością i duchowością może pogarszać ich funkcjonowanie. Problemy w radzeniu sobie z chorobą mogą wynikać z poczucia odrzucenia przez wspólnotę lub przez Boga („Bóg nie może mi pomóc, On nie może pomóc nikomu. Na początku swojej choroby wiele się modliłem, teraz nie modłę się w ogóle, religia jest tylko systemem, nie jest użyteczna”; „jestem zły na niektórych członków mojej społeczności, ponieważ nie znalazłem u nich żadnej pomocy, prawili morały bez żadnej wiedzy o tym, jak się czuję w środku”¹⁴), jak również z powodu negatywnych przeformułowań („moja choroba została zaplanowana przez diabła bądź też jest karą za grzechy”¹⁵).

¹⁰ S. Mohr, P. Huguélet, *The Relationship Between Schizophrenia and Religion and Its Implications for Care*, „Swiss Medical Weekly” 2004, nr 134, s. 373.

¹¹ *Ibidem*.

¹² P. Huguélet, S. Mohr, V. Jung, C. Gillieron, P.Y. Brandt, L. Borrás, *Effect of Religion on Suicide Attempts in Outpatients with Schizophrenia or Schizo-affective Disorders Compared with Inpatients with Non-psychotic Disorders*, „European Psychiatry” 2007, nr 22, s. 188.

¹³ S. Mohr, P. Huguélet, *op. cit.*, s. 372.

¹⁴ *Ibidem*, s. 373.

¹⁵ *Ibidem*.

W zgodzie z powyższymi opisami w literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa zasadnicze sposoby radzenia sobie z chorobą (ang. *coping*) związane z religią: pomocowe oraz szkodliwe radzenie sobie. W przypadku wierzących osób cierpiących na schizofrenię, 83% stosuje pierwszy styl, podczas kiedy 14% – drugi¹⁶. Badanie przeprowadzone przez Mohr i współpracowników¹⁷ wykazało, że u chorych charakteryzujących się pomocowym religijnym stylem radzenia sobie większe zaangażowanie religijne w codziennym życiu sprzyja wycofywaniu objawów negatywnych, poprawie jakości życia, jak i lepszemu całościowemu funkcjonowaniu. Nie wykazano związków pomiędzy wsparciem ze strony członków wspólnoty oraz częstotliwością podejmowania praktyk religijnych a stanem zdrowia chorych.

Pozytywne zaangażowanie w praktyki religijne i duchowe u osób cierpiących na schizofrenię wpływa także na zwiększenie ich dobrostanu psychicznego oraz zmniejszenie dystresu¹⁸, jak również stanowi czynnik ochronny przed kolejnymi hospitalizacjami¹⁹. Wydaje się, że chorzy charakteryzujący się szkodliwym religijnym stylem radzenia sobie przejawiają z kolei tendencję do spostrzegania antagonizmów pomiędzy nakazami religijnymi a przyjmowaniem leków czy udziałem w terapii wspierającej²⁰. Kwestie związane z religijnością i duchowością obecne są także w obrazie psychopatologicznym schizofrenii.

¹⁶ S. Mohr, N. Perroud, C. Gillieron, P.Y. Brandt, I. Reinen, L. Borrás, P. Huguelet, *Spirituality and Religiousness as Predictive Factors of Outcome in Schizophrenia and Schizo-affective Disorders*, „Psychiatry Research” 2011, nr 186, s. 177.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ R.E. Phillips, C.H. Stein, *God's Will, God's Punishment, or God's Limitations? Religious Coping Strategies Reported by Young Adults Living with Serious Mental Illness*, „Journal of Clinical Psychology” 2007, nr 63, s. 530.

¹⁹ B.B. Benda, *Factors Associated with Rehospitalization Among Veterans in a Substance Abuse Treatment Program*, „Psychiatric Services” 2002, nr 53, s. 1176.

²⁰ S. Mohr, N. Perroud, C. Gillieron, P.Y. Brandt, I. Reinen, L. Borrás, P. Huguelet, *op. cit.*, s. 179. Więcej informacji na temat szkodliwego religijnego stylu radzenia sobie zamieszczono w części „Włączanie aspektów związanych z religijnością w psychoterapię osób chorujących na schizofrenię”.

UROJENIA RELIGIJNE W SCHIZOFRENII

Ocena pacjentów psychiatrycznych pod kątem występowania u nich urojeń religijnych jest trudna ze względu na to, że znajdują się one na jednym kontinuum z przekonaniami o takiej treści²¹. Wyróżnia się trzy kryteria, na podstawie których odróżnić można urojenia od przekonań religijnych: 1 – opis własnego doświadczenia sporządzony przez daną osobę spełnia kryteria urojenia; 2 – widoczne są inne objawy psychopatologiczne u tej osoby (np. halucynacje, zaburzenia myślenia); 3 – zachowania tej osoby po przeżyciu doświadczenia duchowego są bardziej zbieżne z historią jej choroby psychicznej niż z wydarzeniem wzbogacającym jej życie wewnętrzne²². Co więcej, granica pomiędzy doświadczeniami religijnymi a psychozą leży w zdolności do powrotu do rzeczywistości po przeżyciu mistycznym – osoby w psychozie nie urealniają się tak szybko i w takim stopniu jak osoby po doświadczeniu mistycznym²³.

Badania nad występowaniem urojeń o treści religijnej w schizofrenii, w zależności od metodologii oraz badanej populacji, pokazują, że mogą występować one u około 22,9%²⁴, 24%²⁵, czy 63,3%²⁶, najczęściej jednak przyjmuje się, że dotyczą od 6 do 30% chorych²⁷.

Treść urojeń religijnych różni się ze względu na płeć badanych osób chorych²⁸. Urojenia religijne u mężczyzn najczęściej dotyczą bycia bogiem

²¹ J. Pierre, *Faith or Delusion? At the Crossroads of Religion and Psychosis*, „Journal of Psychiatric Practice” 2001, nr 7, s. 163.

²² A. Sims, *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*, London 1995; za: S. Mohr, P. Huguelet, *op. cit.*, s. 371.

²³ I. Clarke, *Psychosis and Spirituality: the Discontinuity Model, Psychosis and Spirituality: Exploring the New Frontier*, London 2001; za: *ibidem*.

²⁴ K. Suhail, R. Cochrane, *Effect of Culture and Environment on the Phenomenology of Delusions and Hallucinations*, „International Journal of Social Psychiatry” 2002, nr 48 (2), s. 130.

²⁵ R. Siddle, G. Haddock, N. Tarrier, E. B. Faragher, *Religious Delusions in Patients Admitted to Hospital with Schizophrenia*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 2002, nr 37, s. 136.

²⁶ P. Rudalevičienė, T. Stompe, A. Narbekovas, N. Raškauskienė, R. Bunevičius, *Are Religious Delusions Related to Religiosity in Schizophrenia?*, „Medicina” 2008, nr 44, s. 52.

²⁷ S. Mohr, P. Huguelet, *op. cit.*, s. 371.

²⁸ P. Rudalevičienė, T. Stompe, A. Narbekovas, N. Raškauskienė, R. Bunevičius, *op. cit.*, s. 532.

(około 20% treści wszystkich urojeń występujących w schizofrenii), natomiast u kobiet – bycia świętymi (prawie 50%). Treści te rozkładają się odmiennie: mężczyźni tylko w 15,3% mają urojenia na temat bycia świętymi, natomiast chorujące kobiety jedynie w 0,7% posiadają przeświadczenie o byciu bogiem. Na kolejnych miejscach co do częstości występowania u chorujących mężczyzn (po urojeniach bez treści religijnej oraz przekonaniu o byciu bogiem oraz świętym) znajdują się urojenia dotyczące: bycia bogiem lub diabłem (10,5%), diabłem (8,4%), ważną osobą (5,6%), demone (2,1%) oraz Jezusem (1,5%). W przypadku kobiet urojenia religijne (po przekonaniu o byciu świętą i braku treści religijnych) obejmują także: przeświadczenie o byciu ważną osobą (8,6%), następnie – o byciu diabłem (3,9%), Jezusem (2%) oraz bogiem lub diabłem (2%). Żadna z badanych kobiet nie uważała, że jest demonem. Jednakże 37,8% mężczyzn i 33,6% kobiet cierpiących na schizofrenię nie doświadczają urojeń o treści religijnej²⁹.

Występowanie urojeń religijnych w przebiegu schizofrenii związane jest z podejmowaniem przez osoby chorujące praktyk religijnych³⁰. Zależność tę tłumaczy model poznawczy powstawania urojeń religijnych³¹. Jest on oparty na teorii atrybucji i zakłada, że osoby religijne przejawiają zwykle odmienny styl atrybucji niż osoby niereligijne. Zewnętrzny styl atrybucji osób religijnych, czyli polegający na odnajdywaniu przyczyn różnych zjawisk na zewnątrz jednostek (w przeciwieństwie do umiejscawiania źródła zdarzeń wewnątrz siebie), może prowadzić do przypisywania także doświadczeniom psychotycznym przyczyn zewnętrznych, o pochodzeniu nadprzyrodzonym. W ten sposób osoba chorująca zapewnia sobie ochronę przed stresem, która może pomagać jej radzić sobie z negatywnymi zdarzeniami życiowymi. Badania pokazują ponadto rolę kultury w religijnym interpretowaniu doświadczeń psychotycznych. Przykładowo w Egipcie fluktuacje w częstości występowania urojeń religijnych na przestrzeni 20 lat były związane ze zmianami we wzorach nacisków religijnych w tym kraju³².

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ S. Mohr, P. Huguelet, *op. cit.*, s. 370.

³¹ *Ibidem*.

³² *Ibidem*, s. 371.

Treść urojeń religijnych nie zależy od poziomu religijności pacjentów cierpiących na schizofrenię. Pozostaje natomiast w związku z innymi czynnikami, do których należą: status małżeński, miejsce urodzenia, poziom wykształcenia oraz fakt podejmowania praktyk religijnych³³. Pacjenci po rozwodzie (przy kontroli ich wieku i płci) częściej doświadczali urojeń o treści religijnej niż grupa chorujących nadal pozostająca w związkach małżeńskich. Podobnie pacjenci lepiej wyedukowani, posiadający wykształcenie policealne, częściej przejawiali urojenia religijne niż osoby, które nie kontynuowały nauki po szkole średniej. W odniesieniu do miejsca urodzenia zauważono, że pacjenci urodzeni na terenach wiejskich byli w większej grupie ryzyka wystąpienia urojeń o treści religijnej niż ci pochodzący z obszarów miejskich³⁴.

Urojenia o treści religijnej są objawem często występującym u osób cierpiących na schizofrenię, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Ich obecność w obrazie psychopatologicznym choroby powiązana jest z kwestiami kulturowymi, demograficznymi oraz osobowymi, takimi jak m.in. rola religii w danym kraju, status małżeński, wykształcenie oraz poznawcza skłonność do przypisywania nadprzyrodzonych przyczyn doświadczeniom psychotycznym.

PODŁOŻE NEURONALNE DOŚWIADCZEŃ I UROJEŃ RELIGIJNYCH

Poszukiwanie neuronalnych korelatów urojeń o treści religijnej stanowi istotny obszar badań nad związkami duchowości i schizofrenii. Badania tego typu przeprowadzane są za pomocą nowoczesnych metod neuroobrazowania mózgu. Umożliwiają one podgląd różnych czynności mózgu podczas przebiegu określonych procesów poznawczych. Ponadto pozwalają na lokalizację obszarów funkcjonalnych mózgu. Zalicza się do nich takie metody jak: elektroencefalografia (ang. *electroencephalography*; EEG), przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (ang. *transcranial magnetic stimulation*; TMS), funkcjonalny magnetyczny rezonans jądrowy (ang.

³³ P. Rudalevičienė, T. Stompe, A. Narbekovas, N. Raškauskienė, R. Bunevičius, *op. cit.*, s. 529.

³⁴ *Ibidem.*

functional magnetic resonance imaging; fMRI) oraz pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (ang. *positron emission tomography*; PET).

Rezultaty badań przy użyciu metod neuroobrazowania pokazują, że za doznawanie urojeń o treści religijnej odpowiedzialny jest układ skroniowo-limbiczny mózgu (ang. *temporolimbic system*)³⁵. W jego obszar wchodzą takie struktury podkorowe jak: zakręt obręczy, sklepienie, jądro przednie wzgórze, droga suteczkowo-wzgórzowa, zakręt zębaty, zakręt przyhipokampowy, ciała suteczkowate, hak, jądra migdałowe, bieguny płata skroniowego oraz jądra przegrody³⁶. Badanie przy pomocy tomografii emisyjnej pojedynczych fotonów (ang. *single photon emission computed tomography*; SPECT), czyli metody umożliwiającej wizualizację przepływu mózgowego krwi i jego metabolizmu, wykazało istnienie związku urojeń religijnych z aktywacją czołowych oraz skroniowych obszarów lewej półkuli mózgu³⁷. Stwierdzono również, że podczas przeżywania stanów mistycznych aktywny jest prawy płat skroniowy mózgu, natomiast w trakcie doświadczania urojeń religijnych – lewy płat skroniowy³⁸. Rezultat ten potwierdza dane dotyczące lateralizacji półkul mózgowych zakładające, że prawy płat mózgu związany jest z powstawaniem doświadczeń w formie obrazowej, natomiast lewy płat i kora przedczołowa – z werbalizacją i myśleniem abstrakcyjnym³⁹. Urojenia religijne przybierają zwykle postać zdań i sądów, o prawdziwości których osoba chorująca jest przekonana. Doświadczenia mistyczne bywają natomiast opisywane jako sugestywne oraz przejmujące obrazy.

Dane pochodzące z analizy funkcjonalnej mózgu uzupełniane są o badania mające na celu określenie rodzaju neuroprzekaźników odpowiedzialnych za doświadczenia religijne. Rolą neurotransmiterów w układzie nerwowym jest przenoszenie poprzez synapsy sygnałów

³⁵ S. Mohr, P. Huguelet, *op. cit.*, s. 371.

³⁶ K. Walsh, D. Darby, *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, przeł. B. Mroziak, Gdańsk 2008, s. 53.

³⁷ B.K. Puri, S.K. Lekh, K.S. Nijran, M.S. Bagary, A.J. Richardson, *SPECT Neuroimaging in Schizophrenia with Religious Delusions*, „International Journal of Psychophysiology” 2001, nr 40, s. 146.

³⁸ S. Mohr, P. Huguelet, *op. cit.*, s. 372.

³⁹ K. Walsh, D. Darby, *op. cit.*, s. 296.

między komórkami nerwowymi oraz między neuronami i mięśniami lub gruczołami. Dzięki wykorzystaniu metody PET wykazano, że neuroprzebieżnikowy system serotonergiczny stanowi prawdopodobnie biologiczne podłoże doświadczeń religijnych⁴⁰. Celem badania przeprowadzonego przez Borg i współpracowników⁴¹ było określenie relacji między zagęszczeniem receptorów serotonergicznym 5-HT_{1A} w trzech obszarach mózgu – grzbietowym jądrze szwu, formacji hipokampa oraz korze nowej – a cechami osobowości przy pomocy Inwentarza Temperamentu i Charakteru (ang. *Temperament and Character Inventory*; TCI) R.C. Cloningera. Przebadano 15 zdrowych mężczyzn w wieku od 20 do 45 lat, stwierdzając związek między potencjałem serotonergicznym a autotranscendencją – cechą osobowości związaną z poglądami religijnymi, duchowością oraz zdolnością oderwania się od własnej osoby. Składa się ona z trzech podwymiarów (kreatywne przekraczanie Ja, transpersonalna identyfikacja oraz akceptacja duchowości), jednak znaleziono istotny związek między zagęszczeniem receptorów serotonergicznym a tylko jednym z nich – akceptacją duchowości (ang. *spiritual acceptance*). Określiła się nią skłonność jednostki do odczuwania lęku i obawy w obliczu fenomenów, których nie można wyjaśnić obiektywnymi przesłankami. Osoby, które otrzymują na tej skali wysoki rezultat, w nadzwyczajnym stopniu zwracają uwagę na szczególne doznania zmysłowe oraz myśli. Uważają, że są za nie odpowiedzialne czynniki boskie lub pewien rodzaj uniwersalnej, jednoczącej mocy. W przeciwieństwie do nich jednostki wypadające nisko na tym wymiarze podzielają zazwyczaj redukcjonistyczny lub empiryczny światopogląd⁴².

WPLYW UROJEŃ RELIGIJNYCH NA PSYCHOPATOLOGIĘ SCHIZOFRENII

Doświadczenie urojeń o treści religijnej w znaczącym stopniu wpływa na przebieg i rokowanie w schizofrenii. Odnotowano przypadki,

⁴⁰ J. Borg, B. Andrée, H. Soderstrom, L. Farde, *The Serotonin System and Spiritual Experiences*, „American Journal of Psychiatry” 2003, nr 160, s. 1967.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibidem*.

kiedy pod wpływem urojeń religijnych chorzy podejmowali działania łamiące prawo. W literaturze przedmiotu opisywane są przypadki, gdy osoby chorujące na schizofrenię dopuszczały się zabójstw członków rodziny ze względu na religijną treść swoich urojeń⁴³. Znane są także takie brutalne zajścia jak wylupywanie oczu innym osobom przez pacjentów psychotycznych z powodu dosłownego rozumienia wersetów Biblii⁴⁴. Zdarzało się także, że chorzy dokonywali gwałtownych aktów w przekonaniu, że są antychrystami⁴⁵. Pacjenci psychotyczni, pozostając pod wpływem urojeń religijnych, dopuszczają się również agresywnych zachowań wymierzonych we własną osobę, w tym prób samobójczych. Mohr i Huguelet⁴⁶ przytaczają wypowiedzi osób chorujących, opisujące takie sytuacje: „pewnej nocy, kiedy byłem prześladowany przez głosy, wbilem sobie nóż w brzuch, by zabić demony”; „pewnego razu, w czasie napadu silnego lęku, kiedy byłem kontrolowany przez innych, wierzyłem, że jestem w relacji z Bogiem, musiałem się zabić, aby ocalić dzieci bawiące się w ogrodzie. To był mój obowiązek. Wziąłem smycz, aby się powiesić, ale ona się urwała, spadłem, dzieci wciąż żyły, a lęk minął”.

Widoczny jest zatem wpływ religii na psychopatologię w schizofrenii. Należy jednak zaznaczyć, że przytoczone zdarzenia to przypadki skrajne. Faktycznie w populacji osób cierpiących na schizofrenię 10% pacjentów wykazuje wysokie ryzyko samobójcze, a 40% podejmuje próby samobójcze⁴⁷. Podejmowanie przez chorych działań mających na celu wyrządzenie krzywdy innym osobom jest jeszcze rzadziej spotykane. Większość osób chorujących na schizofrenię nie dopuszcza się zatem tak gwałtownych czynów i aktów samobójczych bez względu na to, czy w obrazie klinicznym ich choroby występują urojenia o treści religijnej czy nie.

⁴³ N.A. Kraya, C. Patrick, *Folie à eux in a Forensic Setting*, „The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 1997, nr 31, s. 883.

⁴⁴ H.L. Field, S. Waldfoegel, *Severe Ocular Self-Injury*, „General Hospital Psychiatry” 1995, nr 17, s. 224.

⁴⁵ J.A. Silva, G.B. Leong, R. Weinstock, *Violent Behaviors Associated with the Antichrist Delusion*, „Journal of Forensic Sciences” 1997, nr 42, s. 1058.

⁴⁶ S. Mohr, P. Huguelet, *op. cit.*, s. 371.

⁴⁷ *Ibidem*.

Z drugiej strony religia oraz występowanie urojeń o treści religijnej są jednocześnie często jedynymi czynnikami chroniącymi przed zachowaniami suicydalnymi. Mohr i Huguelet⁴⁸ przytaczają wyznanie osoby chorującej na schizofrenię, mówiące o roli wartości religijnych w zapobieganiu aktom samobójczym: „nawet w najgorszych momentach mojego życia zabraniam sobie popełnić samobójstwo z powodów religijnych”. Z kolei inna osoba przyznała: „miałam doświadczenia religijne, sprawiały, że czułam się wyjątkowo, ale kiedy widzę omamy i słyszę głosy mówiące »zabij się!«, to mi nie pomaga”. Związek religii i zachowań samobójczych w schizofrenii jest zatem złożony.

Religijna treść urojeń wpływa na nastawienie osób cierpiących na schizofrenię do leczenia. Podjęcie w pierwszej kolejności leczenia farmakologicznego, a następnie rozpoczęcie psychoterapii i rehabilitacji psychospołecznej jest niezwykle istotne w przebiegu choroby i określeniu rokowania poziomu funkcjonowania pacjentów psychotycznych. Niektórzy pacjenci przypisują swoje objawy czynnikom nadnaturalnym i zrzucają odpowiedzialność za poprawę swojego stanu zdrowia na instancję wyższą. W związku z tym wykazują tendencję do zaprzestania przyjmowania leków przeciwpsychotycznych. Sytuację taką opisują następujące cytaty z wypowiedzi pacjentów: „psychiatrzy nazywają mnie »umysłowo zdezorganizowanym«... Znalazłem odpowiedź na moje problemy w Biblii... Leki porządkują moje myśli... Pytaniem jest, kto jest odpowiedzialny za organizację mojego umysłu”; „słyszałem głosy, które namawiały mnie do mówienia »Bóg jest wielki«, musiałem się modlić, ten kult mnie prześladowuje, a leki sprawiały, że byłem senny i utrudniały mi modlenie się”⁴⁹.

Urojenia o treści religijnej wpływają negatywnie na przebieg schizofrenii i rokowania dotyczące poprawy stanu zdrowia osoby chorej. Urojenia te łączą się z cięższym przebiegiem choroby i mniejszą szansą na wyleczenie. Pacjenci, którzy doświadczają urojeń religijnych, w porównaniu do chorych, których urojenia skoncentrowane są wokół innych

⁴⁸ *Ibidem*, s. 372.

⁴⁹ *Ibidem*, s. 371.

treści, osiągają wyższe wyniki na Skali Objawów Pozytywnych i Negatywnych (ang. *Positive and Negative Syndrome Scale*; PANSS). Ta skala kliniczna pozwala na zmierzenie nasilenia trzech grup objawów psychopatologicznych występujących w schizofrenii – symptomów pozytywnych (m.in. urojenia, halucynacje, dezorganizacja pojęciowa, pobudzenie, podejrzliwość), symptomów negatywnych (m.in. spłylenie afektu, wycofanie emocjonalne, bierność, wycofanie społeczne) oraz tzw. ogólnej symptomatyki psychiatrycznej, w skład której wchodzi na przykład: depresja, lęk, napięcie, zahamowanie ruchowe i zaburzenia uwagi⁵⁰. Co więcej, pacjenci ci ogólnie gorzej funkcjonują (w Skali Ogólnej Oceny Funkcjonowania GAF; ang. *Global Assessment Functioning Scale*) oraz otrzymują od lekarzy-psychiatrów więcej leków przeciwpsychotycznych⁵¹.

Związek występowania urojeń o treści religijnej z przebiegiem i rokowaniem w schizofrenii jest zróżnicowany. W przypadku wypracowania przez osobę chorą pomocowego religijnego sposobu radzenia sobie istnieje duża szansa, że przyczyni się on do wzrostu jej zasobów w zdrowieniu z choroby. Religijność może mieć także pozytywne znaczenie w zapobieganiu zachowaniom samobójczym. Z drugiej strony urojenia religijne mogą mieć negatywny wpływ na psychopatologię schizofrenii, począwszy od nasilenia objawów chorobowych i niskiego poziomu funkcjonowania, poprzez niestosowanie się do zaleceń lekarskich i dużą ilość otrzymywanych leków, a skończywszy na podejmowaniu prób samobójczych i agresywnych działań pod wpływem religijnych treści urojeń.

WŁĄCZANIE ASPEKTÓW ZWIĄZANYCH Z RELIGIJNOŚCIĄ W PSYCHOTERAPIĘ OSÓB CHORUJĄCYCH NA SCHIZOFRENIĘ

Religijność odgrywa ważną rolę w życiu wielu osób chorych na schizofrenię. Istotne zatem wydaje się włączanie kwestii religijności i duchowości w psychoterapię pacjentów cierpiących na psychozy. Przez długi

⁵⁰ S.R. Kay, A. Fiszbein, L.A. Opler, *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin” 1987, nr 13 (2), s. 264.

⁵¹ R. Siddle, G. Haddock, N. Tarrier, E.B. Faragher, *op. cit.*, s. 130.

okres rozwoju psychiatrii i psychoterapii zagadnienie to nie odgrywało znaczącej roli w leczeniu i rehabilitacji psychospołecznej chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Dopiero w latach 90. XX wieku kwestia ta została podjęta w rozważaniach naukowych.

Włączenie kwestii dotyczących religii i duchowości w psychoterapię osób z diagnozą schizofrenii niewątpliwie przynosi wiele zalet. Należą do nich między innymi: podniesienie jakości życia, spadek użycia substancji psychoaktywnych, podniesienie motywacji pacjentów do zdrowienia, zwiększenie umiejętności radzenia sobie z chorobą oraz poprawa nastroju⁵². Uwzględnienie aspektów dotyczących religii i duchowości łączy się z tworzeniem nowego systemu znaczeń w życiu, lepszym radzeniem sobie z bólem i cierpieniem, angażowaniem w społeczność religijną, podwyższeniem samooceny, zmniejszeniem częstości hospitalizacji i obniżeniem nasilenia symptomów chorobowych. Co więcej, osoby chorujące na schizofrenię dzięki włączeniu w proces leczenia kwestii związanych z religią czują, że traktuje się je podmiotowo, indywidualnie oraz zwraca uwagę na ważne dla nich zagadnienia, co z kolei wpływa na uzyskanie przez nich większego poczucia własnej godności i obniżenie częstości dokonywania aktów samobójczych. Wiara może być pomocna w budowaniu sensu, wsparcia społecznego, nadziei, pozytywnej tożsamości, zwiększaniu wglądu i lepszemu podążaniu za wskazówkami lekarskimi⁵³.

Z drugiej strony nadmierna koncentracja na kwestiach związanych z religijnością w terapii osób cierpiących na schizofrenię pociąga za sobą ryzyko negatywnych konsekwencji. Pacjenci skupieni na zagadnieniach religijnych mają większą szansę wypracowania w trakcie psychoterapii negatywnego religijnego stylu radzenia sobie. Wówczas osoba chorująca pozbawia siebie odpowiedzialności za konieczność leczenia i zrzucą ją na czynniki nadnaturalne. Łączy się to z bierną postawą pacjentów w procesie leczenia, odstawieniem leków przeciwpsychotycznych, nad-

⁵² L. Mizock, U.C. Millner, Z. Russinova, *Spiritual and Religious Issues in Psychotherapy with Schizophrenia: Cultural Implications and Implementations*, „Religions” 2012, nr 3, s. 87.

⁵³ *Ibidem*.

używaniem substancji psychoaktywnych, jak również zwiększonym ryzykiem podjęcia prób samobójczych⁵⁴.

Jednym z rodzajów terapii osób z zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza doznających depresji, lęku oraz objawów psychotycznych), w której wykorzystuje się elementy związane z duchowością i religijnością, jest ta zaproponowana przez D'Souza i Rodrigo⁵⁵. Określa się ją jako „duchowo wspieraną terapię poznawczo-behawioralną” (ang. *Spiritually augmented cognitive behaviour therapy*; SACBT). Wykorzystuje ona zasady klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej z tą zmianą, że główny nacisk położony jest na kwestie egzystencjalne cierpiących osób. Tradycyjna terapia poznawczo-behawioralna polega na zmianie procesów poznawczych (myśli i przekonań) oraz zachowań pacjenta na bardziej funkcjonalne, co przyczynia się do poprawy jego samopoczucia. W podejściu tym zakłada się, że źródłem wielu problemów natury psychicznej oraz chorób psychicznych są niefunkcjonalne myśli automatyczne, schematy poznawcze i błędy w myśleniu. Ta aktywność poznawcza przyczynia się do utrwalenia określonego rodzaju, zwykle negatywnych, emocji oraz wpływa na nieadaptacyjne zachowanie osoby⁵⁶.

W podejściu SACBT terapeuta posługuje się różnymi technikami w celu wspólnego z pacjentem odnalezienia znaczenia różnych wydarzeń i wypracowania indywidualnego systemu wartości pacjenta w trakcie terapii. Stosuje się w niej rozmaite techniki, do których między innymi należą: medytacja, modlitwy oraz rytuały wraz z monitorowaniem efektów, jakie wywierają one na symptomy choroby i akceptacją pacjenta wobec tych niekonwencjonalnych metod leczenia. Terapia ta posługuje się pół-ustrukturyzowanym programem o szerokim zakresie technik terapeutycznych. Główną metodą stosowaną przez terapeutę jest empatyczne słuchanie, ułatwianie ekspresji emocji pacjenta oraz wspólne rozwiązywanie problemów. Ponadto w terapii tej kładzie się

⁵⁴ *Ibidem*, s. 88.

⁵⁵ R.F. D'Souza, A. Rodrigo, *Spiritually augmented cognitive behavioural therapy*, „Australasian Psychiatry” 2004, nr 12 (2), s. 148.

⁵⁶ A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Warszawa 2008, s. 3.

również nacisk na poczucie skuteczności pacjenta oraz eksplorowanie znaczeń oraz celu, jaki odnajduje on w swoim życiu. Eksplorowanie znaczeń zakłada poszukiwanie ich w określonego rodzaju sytuacjach: ocenie bieżącej sytuacji oraz jej wpływie na przyszłość oraz, jeśli jest to istotne, efekcie, jaki wywiera na globalne znaczenie nadawane przez chorującą osobę swojemu życiu. Znaczenie to może dotyczyć trzech kategorii wartości: doświadczeniowych (doświadczenie czegoś lub kogoś, co jest cenione), kreatywnych (robienie rzeczy, które zapewniają sens poprzez poczucie bycia zaangażowanym w swój „projekt życia”) oraz wartości związanych z postawami (obejmującymi takie cnoty jak: współczucie, odwaga, poczucie humoru czy odnajdywanie sensu w cierpieniu). Jeśli pacjent przejawia znaczny poziom negatywności i zniekształceń poznawczych, razem z terapią SACBT stosuje się typowe techniki wywodzące się z terapii poznawczo-behawioralnej, z naciskiem na restrukturyzację poznawczą. W podejściu tym podkreśla się autonomię pacjenta oraz jego wartości⁵⁷.

Terapia SACTB obejmuje 16 sesji, w trakcie których nie pracuje się nad gruntowną zmianą osobowości pacjenta lub zaszczepieniem wartości, których nigdy wcześniej nie podzielał, tylko nad ożywieniem wartości i prężności życiowej, które być może zostały przez niego zapomniane w pędzie życia lub zagubione w chorobie. Kolejnym celem terapii jest nabycie przez pacjenta umiejętności bycia swoim własnym terapeutą w przyszłości po to, aby umiał radzić sobie sam w obliczu utraty poczucia sensu życia. Terapia ta okazała się skuteczna w psychologicznym leczeniu depresji i schizofrenii. Może ona pomóc terapeutom w sprawowaniu całościowej opieki nad pacjentem – zajęciu się nie tylko problemami bezpośrednio związanymi z objawami choroby, ale także wypracowaniu sensu działania, które przekłada się na lepsze globalne funkcjonowanie w długoterminowej perspektywie czasowej⁵⁸.

⁵⁷ R.F. D'Souza, A. Rodrigo, *op. cit.*, s. 150.

⁵⁸ *Ibidem*.

PODSUMOWANIE

Celem niniejszego artykułu było przedstawienie związków zachodzących między religią i duchowością a funkcjonowaniem osób z rozpoznaniem schizofrenii. Ponadto znaczną jego część przeznaczono na omówienie wpływu urojeń o treści religijnej na przebieg i rokowanie w schizofrenii. Dla wielu osób cierpiących na psychozy religijność odgrywa ważną rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się objawów choroby. Wpływ wiary na symptomy schizofrenii może być różny i trudno przyporządkować mu jednoznaczne znaczenie. W zależności od samej osoby chorej, jej środowiska oraz doświadczanego przez nią wsparcia psychospołecznego, religia może wzbudzać pewnego rodzaju rozpacz duchową lub stanowić cenne źródło zasobów osobistych do walki z chorobą, przyczyniać się do zaostrzenia bądź złagodzenia doświadczanych objawów, sprzyjać kontaktom społecznym bądź społecznej izolacji, zmniejszać lub zwiększać ryzyko podjęcia próby samobójczej, jak i nadużywania substancji psychoaktywnych, a w końcu przyczyniać się do przestrzegania zaleceń lekarskich lub wręcz przeciwnie – ich odrzucania⁵⁹.

Co więcej, religia oddziałuje nie tylko na osoby cierpiące na schizofrenię, ale także na psychiatrię jako dziedzinę naukową oraz praktyczną. Włączenie pewnych aspektów związanych z religią i duchowością w terapię osób chorych na schizofrenię może pomóc w zmniejszeniu doświadczanych przez nie objawów, zwiększając możliwości radzenia sobie. Z drugiej strony pominięcie tych kwestii w leczeniu może doprowadzić do odrzucenia przez cierpiących na schizofrenię religii i duchowości, przez co tracą oni wartościowe zasoby pomagające im w walce z chorobą.

⁵⁹ M. Krzystanek, K. Krysta, A. Klasik, A. Krupka-Matuszczyk, *Religious Content of Hallucinations in Paranoid Schizophrenia*, „Psychiatria Danubina” 2012, nr 24, s. 65.

Bibliografia

- Benda B.B., *Factors Associated with Rehospitalization Among Veterans in a Substance Abuse Treatment Program*, „Psychiatric Services” 2002, nr 53.
- Borg J., Andrée B., Soderstrom H., Farde L., *The Serotonin System and Spiritual Experiences*, „American Journal of Psychiatry” 2003, nr 160.
- Clarke I., *Psychosis and Spirituality: The Discontinuity Model*, London 2001.
- Doyle D., *Have We Looked Beyond the Physical and Psychosocial?*, „Journal of Pain and Symptom Management” 1992, nr 7.
- D'Souza R.F., Rodrigo A., *Spiritually Augmented Cognitive Behavioural Therapy*, „Australasian Psychiatry” 2004, nr 12 (2).
- Field H.L., Waldfogel S., *Severe Ocular Self-injury*, „General Hospital Psychiatry” 1995, nr 17.
- Grzywa A., *Oblicza psychozy*, Lublin 2005.
- Hart T., *The Hidden Spring: The Spiritual Dimension of Therapy*, New York 1994.
- Huguelet P., Mohr S., Jung V., Gillieron C., Brandt P.Y., Borrás L., *Effect of Religion on Suicide Attempts in Outpatients with Schizophrenia or Schizo-affective Disorders Compared with Inpatients with Non-psychotic Disorders*, „European Psychiatry” 2007, nr 22.
- Jarosz M., *Pojęcie duchowości w psychologii*, [w:] *Studia z Psychologii w KUL, tom 16*, red. O. Gorbaniuk, B. Kostrubiec-Wojtachnio, D. Musiał, M. Wiechetek, Lublin 2010.
- Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin” 1987, nr 13 (2).
- Kirov G., Kemp R., Kirov K., Davis A.S., *Religious Faith After Psychotic Illness*, „Psychopathology” 1998, nr 31.
- Kraya N.A., Patrick C., *Folie à deux in a Forensic Setting*, „The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 1997, nr 31.
- Krzystanek M., Krysta K., Klasik A., Krupka-Matuszczyk A., *Religious Content of Hallucinations in Paranoid Schizophrenia*, „Psychiatria Danubina” 2012, nr 24.

- Mizock L., Millner U.C., Russinova Z., *Spiritual and Religious Issues in Psychotherapy with Schizophrenia: Cultural Implications and Implementations*, „Religions” 2012, nr 3.
- Mohr S., Gillieron C., Borrás L., Brandt P.Y., Huguelet P., *The Assessment of Spirituality and Religiousness in Schizophrenia*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 2007, nr 195.
- Mohr S., Huguelet P., *The Relationship Between Schizophrenia and Religion and Its Implications for Care*, „Swiss Medical Weekly” 2004, nr 134.
- Mohr S., Perroud N., Gillieron C., Brandt P.Y., Reinen I., Borrás L., Huguelet P., *Spirituality and Religiousness as Predictive Factors of Outcome in Schizophrenia and Schizo-affective Disorders*, „Psychiatry Research” 2011, nr 186.
- Phillips R.E., Stein C.H., *God’s Will, God’s Punishment, or God’s Limitations? Religious Coping Strategies Reported by Young Adults Living with Serious Mental Illness*, „Journal of Clinical Psychology” 2007, nr 63.
- Pierre J.M., *Faith or Delusion? At the Crossroads of Religion and Psychosis*, „Journal of Psychiatric Practice” 2001, nr 7.
- Puri B.K., Lekh S.K., Nijran K.S., Bagary M.S., Richardson A.J., *SPECT Neuroimaging in Schizophrenia with Religious Delusions*, „International Journal of Psychophysiology” 2001, nr 40.
- Popiel A., Pragłowska E., *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Warszawa 2008.
- Rudalevičienė P., Stompe T., Narbekovas A., Raškauskienė N., Bunevičius R., *Are Religious Delusions Related to Religiosity in Schizophrenia?*, „Medicina” 2008, nr 44.
- Saver J.L., Rabin J., *The Neural Substrates of Religious Experience*, „The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences” 1997, nr 4.
- Siddle R., Haddock G., Tarrrier N., Faragher E.B., *Religious Delusions in Patients Admitted to Hospital with Schizophrenia*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 2002, nr 37.
- Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R., *Violent Behaviors Associated with the Antichrist Delusion*, „Journal of Forensic Sciences” 1997, nr 42.
- Sims A., *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*, London 1995.

- Shafranske E., Gorsuch R., *Factors Associated with the Perception of Spirituality in Psychotherapy*, „Journal of Transpersonal Psychology” 1984, nr 16.
- Spilka B., Werme P.H., *Religion and Mental Disorder: A Research Perspective*, [w:] *Research on Religious Development*, red. M.R. Strommen, New York 1971.
- Suhail K., Cochrane R., *Effect of Culture and Environment on the Phenomenology of Delusions and Hallucinations*, „International Journal of Social Psychiatry” 2002, nr 48 (2).
- Tart C., *Introduction*, [w:] *Transpersonal psychologies*, red. C. Tart, New York 1975.
- Tomczak P., *Religijność pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Wstępne ustalenia korelacyjne i porównawcze z osobami bez zaburzeń*, „Psychiatria Polska” 2005, nr 39.
- Walsh K., Darby D., *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, przeł. B. Mroziak, Gdańsk 2008.
- Wciórka J., *Psychozy schizofreniczne*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2009.
- Vaughan F., *Spiritual Issues in Psychotherapy*, „Journal of Transpersonal Psychology” 1991, nr 23.
- Zinnbauer B., Pargament K., *Religiousness and Spirituality*, [w:] *The Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, red. R. Paloutzian, C. Park, New York 2005.

ABSTRACT

SCHIZOPHRENIA, RELIGIOUSNESS AND SPIRITUALITY

The aim of the paper is to present the links between schizophrenia, religiousness and spirituality, as based on the review of current literature on the subject. Religion (including both religiousness and spirituality) plays an important part in the lives of many people suffering from schizophrenia. However, this issue is rarely the subject of psychiatric research. The article discusses the role of religion in patients' lives, the effects of

religion on psychopathology of schizophrenia, and the aspects connected with religiousness in psychotherapy of schizophrenic patients. Although the relationship between schizophrenia and religion is of a very complex nature, its importance for the scientific inquiry and psychotherapeutic practice is unquestionable.

Keywords:

schizophrenia, religious delusions, religiousness, spirituality

Dagna Skrzypińska – absolwentka psychologii UJ, doktorantka Instytutu Psychologii Wydziału Filozoficznego UJ. Obecnie jest w trakcie szkolenia w kierunku uzyskania Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej. Zainteresowania naukowe: psychologia kliniczna (głównie schizofrenia i depresja), marzenia senne, sen, terapia poznawczo-behawioralna.

Monika Słodka – absolwentka psychologii UJ, doktorantka Instytutu Psychologii Wydziału Filozoficznego UJ. Obecnie jest w trakcie szkolenia w kierunku uzyskania Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej. Zainteresowania naukowe: psychopatologia (zwłaszcza schizofrenia), psychologia stresu, terapia poznawczo-behawioralna.

Kamil Łacina – student filozofii na UJ. Ukończył studia z zakresu bankowości i zarządzania w Londynie. Obecne zainteresowania to filozofia umysłu i filozofia języka.