

## **Diagnoza różnicująca „problemy religijne bądź duchowe” – możliwości i ograniczenia kodu V 62.89 w DSM-5**

### **Differential diagnosis of “Religious or Spiritual Problem” – possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5**

Jacek Prusak

Zakład Psychopatologii i Psychoprofilaktyki Akademii Ignatianum w Krakowie

#### **Summary**

**Introduction.** Work over preparation of DSM-5 has been a stimulus for research and reflection over the impact of religious/spiritual factors on phenomenology, differential diagnosis, course, outcome and prognosis of mental disorders.

**Aim.** The aim of this paper is to present the attitude of DSM towards religion and spirituality in the clinical context. Even though DSM is not in use in Poland, in contrast to ICD, it gives a different, not only psychopathological, look at religious or spiritual problems.

**Methods.** The paper is based on in-depth analysis of V-code 62.89 (“Religious or spiritual problem”) from historical, theoretical and clinical perspective.

**Results.** The introduction of non-reductive approach to religious and spiritual problems to DSM can be considered as a manifestation of the development of this psychiatric classification with regard to the differential diagnosis between religion and spirituality and psychopathology. By placing religion and spirituality mainly in the category of culture, the authors of DSM-5 have established their solution to the age-old debate concerning the significance of religion/spirituality in clinical practice. Even though, DSM-5 offers an expanded understanding of culture and its impact on diagnosis, the V-code 62.89 needs to be improved taking into account some limitations of DSM classification.

**Conclusions.** The development of DSM, from its fourth edition, brought a change into the approach towards religion and spirituality in the context of clinical diagnosis. Introducing V-code 62.89 has increased the possibility of differential diagnosis between religion/spirituality and health/psychopathology. The emphasis on manifestation of cultural diversity has enabled non-reductive and non-pathologising insight into the problems of religious and spirituality. On the other hand, medicalisation and psychiatrisation of various existential problems, which can be seen in subsequent editions of the DSM, encourages pathologising

approach towards religious or spiritual problems. Clinical look at religion and spirituality should therefore go beyond the limitations of DSM.

**Słowa kluczowe:** DSM-5, religia i duchowość, diagnoza różnicująca

**Key words:** DSM-5, religion and spirituality, differential diagnosis

## Wstęp

Relacje pomiędzy religią i duchowością a zdrowiem psychicznym i psychopatologią analizowane są w literaturze przedmiotu od strony historycznej, teoretyczno-empirycznej (badawczej) i praktycznej (klinicznej). W ramach tego ostatniego podejścia omawiane są studia przypadków pacjentów/klientów odnoszących się w trakcie psychoterapii do religii czy duchowości oraz dyskutowane kwestie diagnostyczne i etyczne związane z miejscem religii i duchowości w etiologii zaburzeń, procesie terapeutycznym i efektach leczenia. Najogólniej mówiąc, termin „duchowość” odnosi się do doświadczeń transcendentnych i sposobów pojmowania Boga oraz innych sił we wszechświecie. Przez „religię” rozumie się zinstytucjonalizowany system przekonań, wartości i działań opartych na jej credo (dogmatach) [1, 2]. W artykule tym przyjrzą się roli, jaką przypisuje się religii i duchowości w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych oraz ich wykorzystaniu w psychoterapii w ramach diagnozy różnicującej.

W psychopatologii klinicznej odnośnie do zaburzeń psychicznych występują dwie podstawowe klasyfikacje: Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczných Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) stworzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Pierwsza wersja DSM powstała w 1952 roku i obejmowała 106 zaburzeń. DSM-II została opracowana w 1968 roku i zawierała 128 zaburzeń. DSM-III opublikowano w 1980 roku i zawierała 265 schorzeń. W DSM-IV ogłoszonej w 1994 roku znajduje się rozpoznanie 297 zaburzeń. Ostatnia wersja – DSM-5 – została opublikowana po 14 latach pracy nad nią, 18 maja 2013 roku, i zastąpiła DSM-IV-TR z 2000 roku. Pod wieloma względami DSM-5 nie różni się zasadniczo od poprzedniej wersji [3]. W Stanach Zjednoczonych towarzystwa ubezpieczeniowe uznają zarówno DSM, jak i ICD, ale większość placówek psychiatrycznych i stowarzyszeń zawodowych poleca DSM jako klasyfikację bardziej subtelną i wszechstronną. Uważa się, że jako system fenomenologiczny DSM umożliwia porozumiewanie się klinicystów o różnych orientacjach teoretycznych. Dominuje więc tendencja, aby kryteria rozpoznania, zalecenia terapeutyczne, jak również płatności przez świadczeniodawców opieki zdrowotnej były ustalane na podstawie tej klasyfikacji [3, 4].

Większość psychiatrów oraz psychologów klinicznych w diagnostyce zaburzeń psychicznych korzysta z dziesiątej edycji ICD (ICD-10), w której – po raz pierwszy w historii tej klasyfikacji – pojawiła się kategoria „zaburzenia psychiczne” (WHO, 1992). We wrześniu 2009 roku powstała pierwsza wersja klasyfikacji ICD-11, której wersja końcowa miała zostać opublikowana w 2015 roku. Obecnie termin ten przełożono na 2017 rok. Analiza pierwszej wersji ICD-11 wskazuje, że w stosunku do ICD-10

nie ulegnie ona wielkim zmianom. Porównując DSM i ICD, zarówno psychiatrzy [5], jak i psycholodzy kliniczni [3] podkreślają, że istnieją stosunkowo niewielkie różnice między nimi, a w ostatnich edycjach obu klasyfikacji widać wyraźną tendencję do ich unifikacji. Wśród występujących rozbieżności zwracają uwagę na to, że w DSM kładzie się nacisk na objawy osiowe i stara się, aby z ich podziału wynikały wskazówki praktyczne co do rozpoznania, kryteriów diagnostycznych i metod leczenia. ICD jest natomiast bardziej rozbudowana. W tej klasyfikacji za główne kryteria podziału uznano etiologię zaburzeń, a nie ich obraz.

### **Religia i duchowość w kontekście klinicznym**

Badania pokazują, że pomoc psychologiczna jest najbardziej efektywna, gdy jest dostosowana do cech konkretnej osoby, w tym jej światopoglądu, wartości, duchowości i religijności [6,7]. Wiadomo [8], że wiele osób po traumatycznych doświadczeniach szuka pomocy w duchowości, widząc w niej ważne źródło zasobów. Pozytywne sposoby radzenia sobie (np. przez rozwinięcie wspierającej relacji z Bogiem, poszukiwanie duchowych związków i wsparcia) korelowały z poprawą zdrowia psychicznego i zwiększały pozytywne zmiany w następstwie doświadczonej traumy (potraumatyczny wzrost). Uwzględnienie problemów religijnych i duchowych w psychoterapii oraz właściwa ich diagnoza jest szczególnie widoczne w pracy z tzw. pacjentami religijnymi, którzy często antycypują negatywne nastawienie terapeuty do ich religijności, spodziewając się braku akceptacji dla ich przekonań religijnych i wolą szukać pomocy tam, gdzie poczuć się zrozumieni i akceptowani [9]. Również pacjenci psychiatryczni często odwołują się do jakiegoś rodzaju religijnych wierzeń lub praktyk, by sobie pomóc. Zauważono jednak, że w przypadku wielu osób psychicznie chorych ich religijność czy duchowość jest a priori traktowana jako objaw choroby. Ponadto negatywne nastawienie psychiatry bądź psychoterapeuty powodowało zamknięcie się pacjenta i decyzję o nieujawnianiu duchowych przeżyć, pytań czy wątpliwości [10].

Z drugiej strony badania prowadzone na studentach pokazują, że ich problemy mają często związek z kwestiami religijnymi bądź duchowymi. W literaturze psychologicznej problemy religijne i duchowe dotyczą najczęściej zmagania interpersonalnych, intrapsychicznych oraz zmagania z Bogiem. Zmagania interpersonalne dotyczą konfliktów na tle duchowych bądź religijnych wartości pomiędzy jednostką a osobą czy osobami z jego społecznego albo wyznaniowego środowiska. Zmagania „wewnętrzne” mogą dotyczyć konfliktów między deklarowanymi wartościami a własnymi potrzebami i mogą wiązać się z poczuciem winy, lękiem, niską samooceną. Zmagania z Bogiem dotyczą poczucia utraty kontaktu z tą rzeczywistością, poczucia odrzucenia lub utraty z tego powodu sensu własnego życia [11]. W dużych badaniach sondażowych obejmujących 5 472 studentów obu płci z 39 uniwersytetów stwierdzono, że prawie 1/3 z nich szukała pomocy psychologicznej w poradniach działających na uczelniach z powodu dystresu wynikającego ze zmagania się z problemami religijnymi bądź duchowymi. Badacze zauważyli, że tacy studenci mieli prawie dwa razy częściej trudności z określeniem swoich wartości i przekonań niż studenci, których problemy nie wynikały ze zmagania się z takimi problemami, byli częściej ofiarami nadużyć seksualnych,

nieszczęśliwych rozstań, konfliktów z rówieśnikami i częściej mieli myśli samobójcze oraz gorsze relacje z rodzinami. Badania te pokazują, że dla niektórych osób obszar religii czy duchowości stanowi znaczące źródło stresu. Według autorów tych badań pytanie o religijno-duchową historię pacjenta/klienta powinno stać się rutynową czynnością diagnostyczną [12]. To oczywiście nie wszystkie populacje kliniczne, w ramach których analizowane są relacje pomiędzy religią/duchowością a psychopatologią [13].

Badania opinii publicznej pokazują, że na pytanie: „Czy kiedykolwiek byłeś świadomy/a bądź byłeś/a pod wpływem obecności lub siły – określanej jako Bóg bądź inaczej – która różniła się od twojej codziennej jaźni?” ludzie coraz częściej udzielają odpowiedzi pozytywnej. W 1973 roku było ich 27%, w 1986 – 42%, w 1990 – 54%, a w 2001 – 70%. Podobny wzrost odpowiedzi afirmatywnych widać w pytaniach dotyczących doświadczeń paranormalnych (np. 35% twierdzi, że miało doświadczenie z pogranicza śmierci). Doświadczenia te były opisywane jako pozytywne, ale badani przyznawali, że mają lęk przed ich ujawnianiem ze względu na przypuszczenie, że nikt ich nie zrozumie, co gorsza – uzna za szalonych [14]. W jednym z badań psychologa wskazali, że 4,5% ich klientów/pacjentów mówiło o własnym doświadczeniu mistycznym w okresie ostatnich dwunastu miesięcy [15].

Okazuje się jednak [16,17], że klinicyści najczęściej dokonują ewaluacji diagnostycznej osób z doświadczeniami religijnymi/duchowymi przede wszystkim na podstawie własnych norm kulturowych. Im bardziej nietypowe (nieprzystające do ich rozumienia duchowości bądź wyznawanej religii) były analizowane przez nich przypadki, tym częściej interpretowali je w kategoriach psychopatologii. Choć większość z nich nie postrzegala doświadczeń mistycznych jako oznak psychozy, niektórzy uważali jednak takich pacjentów/klientów za „potencjalnie psychotycznych”, bez względu na dostarczone im informacje. Inni z kolei nie zauważyli oczywistych znaków psychozy – takich jak zaburzone procesy poznawcze i dziwne zachowanie – i diagnozowali ich jako „prawdopodobnie niepsychotycznych”, bez względu na to, jak psychotyczne było ich myślenie i zachowanie.

Wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [18] oraz Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego [19], biorąc pod uwagę różne grupy osób korzystających z psychoterapii, zobowiązują klinycystów do sformułowania diagnozy różnicującej pomiędzy problemami religijnymi bądź duchowymi występującymi bez związku z zaburzeniami psychicznymi a takimi, które albo współwystępują z symptomami takich zaburzeń (jednak bez przyczynowego powiązania), albo stanowią czynnik wyzwalający lub podtrzymujący patologię indywidualną. W każdym z tych przypadków można zastosować kod V 62.89 i umieścić go w rozpoznaniu albo (a) niezależnie, albo (b) obok diagnozy zaburzenia psychicznego lub też (c) w obrębie diagnozy zaburzenia, gdy jego symptomy mają treść religijną bądź duchową. Takie podejście kliniczne odpowiada wynikom badań nad związkami pomiędzy religią/duchowością a zdrowiem psychicznym/psychopatologią [20-22].

W pierwszym przypadku religia/duchowość ma funkcję pozytywną (salutogenną), pomaga w budowaniu lepszych sposobów funkcjonowania człowieka w świecie. W drugim – staje się wyrazem odmiennych form myślenia i zachowania, bądź je kontrolując, bądź hamując. Dzieje się tak wtedy, kiedy dewiacyjne formy myślenia i zachowania

uzyskują akceptację społeczną, występując w kontekście religijnym albo gdy religia/ duchowość zapewnia skuteczne mechanizmy ucieczkowe i stwarza warunki sprzyjające unikaniu trudności realnego życia, z którym człowiek nie potrafi sobie w pełni poradzić. Wtedy przybiera funkcję patoplastyczną. W końcu, religia/duchowość może oddziaływać w sposób stresujący na jednostkę ludzką, bądź pogłębiając jej słabość, bądź prowadząc do wystąpienia u niej poważnych form nieprzystosowania. Mówi się wtedy o jej funkcji patogennej [23].

### Diagnoza różnicująca na podstawie kodu V 62.89

W odróżnieniu od ICD-10, która stany transowe umieszcza jedynie w kontekście psychopatologii (F44.3) wcześniej określanych jako histeria, DSM-IV, a za nią DSM-5, dopuszcza traktowanie stanów transowych jako przejawów problemów religijnych i/bądź duchowych oraz daje możliwość ich diagnozowania w ramach „stanów, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego”. Również w odróżnieniu od ICD-10, DSM-IV w kodach V obejmujących „Inne stany, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego” – analogicznych do kodów Z w ICD-10 („Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z usługami zdrowotnymi”) – umieściło w ramach „Dodatkowych stanów, które mogą skupić uwagę kliniczną” kod odnoszący się wprost do religii i duchowości: „Problem religijny bądź duchowy” (V 62.89). W ICD-10, w ramach kodów Z, można takie rozpoznanie uwzględnić jedynie domyślnie w obrębie kodu Z 71.8 („Inne określone porady”) [24] bądź kodu Z 65.8 („Inne określone problemy związane z okolicznościami psychosocjalnymi”) [25].

W DSM-5 sekcja poświęcona „Innym stanom, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego” została znacznie rozbudowana i w tej edycji kod V 62.89 rozpoczyna listę zagadnień poświęconych „Problemom powiązanim z innymi czynnikami psychospołecznymi, osobistymi i środowiskowymi”. Podobnie jednak jak w DSM-IV oraz DSM-IV-TR kod V 62.89 zachował niezmienną treść:

*V 62.89 (Z 65.8). Tej kategorii można użyć, gdy przedmiotem zainteresowania klinicznego jest problem religijny lub duchowy. Przykłady obejmują: powodujące stres doświadczenia związane ze zwątpieniem lub utratą wiary, problemy związane z przechodzeniem na nową wiarę lub zwątpieniem w wartości duchowe, niekoniecznie związane ze zorganizowanym Kościołem lub instytucją religijną [26].*

DSM przyjmuje więc, że religia jest częścią kultury, a uwzględnienie religijności i/ bądź duchowości w psychoterapii może się mieścić w preferencjach pacjenta. Ponadto klinicyści są etycznie zobowiązani do udzielania pomocy uwzględniającej kontekst kulturowy pacjenta, w tym religijny [27,28]. W odróżnieniu jednak od wcześniejszych wersji, DSM-5 ma nie tylko rozbudowaną sekcję poświęconą kulturowym aspektom diagnozy („Outline for Cultural Formulation”), ale również zawiera nowe narzędzie diagnostyczne – Cultural Formulation Interview (CFI), które może posłużyć nie tylko do identyfikowania religijnych bądź duchowych problemów zgodnych bądź nie z kulturowymi koncepcjami dystresu, ale może zostać wykorzystane do oceny religii czy duchowości jednostki jako narzędzia radzenia sobie z psychospołecznymi stresorami.

Zgodnie z przyjętymi w DSM-5 założeniami modelu medycznego, zorientowanego symptomatologicznie, diagnoza religijności bądź duchowości pacjenta ma miejsce wtedy, kiedy są one uważane za stwarzające problemy w jego funkcjonowaniu. Duchowość lub religijność brana jest pod uwagę głównie wtedy, kiedy jest problematyczna – co wynika z samej konceptualizacji kodów –V. Jak napisali autorzy uznanego w USA podręcznika wprowadzającego do DSM-IV, czyli „DSM-IV Training Guide”: „kody –V nie służą oznaczeniu zaburzeń psychicznych, ale powinny być brane pod uwagę wtedy, kiedy mamy do czynienia z problemami powodującymi klinicznie ważne symptomy lub trudności w funkcjonowaniu. Mogą one pogarszać istniejące zaburzenia lub utrudniać ich leczenie” [29].

Autorzy DSM-5 podkreślają zresztą sami, że: „niektóre z warunków klinicznych identyfikowanych przez CFI mogą korespondować z kodami –V lub –Z: na przykład, problemy akulturacyjne, problemy relacyjne pomiędzy rodzicem i dzieckiem bądź problemy religijne czy duchowe” [26].

Kod V 62.89 koncentruje się więc na tych sytuacjach kryzysowych, które mają charakter nagłych i krótkich odpowiedzi na specyficzne religijne bądź duchowe problemy, takie jak: trauma, problemy rodzinne i relacyjne, rozczarowanie Kościołem, zmiana przekonań religijnych, zmiana wyznania, utraty, choroba fizyczna, wypalenie religijne, konflikty sumienia, kryzys tożsamości [30]. Pomysłodawcy kodu „Problem religijny bądź duchowy” wskazują z kolei na wagę uwzględnienia w jego obrębie takich doświadczeń anomalnych, jak: doświadczenia szczytowe (peak experiences), doświadczenia z pogranicza śmierci, stany opętania, doświadczenia poprzednich wcieleń, doświadczenia porwania przez obce siły, kontakty z duchami i medium, doświadczenia psi, przebudzenie kundalini, kryzysy szamańskie, intensywne doświadczenia związane z medytacją i innymi praktykami duchowymi. Podzielili je na dwie „główne” grupy. W pierwszej znalazły się kryzysy związane ze zmianą świadomości, w drugiej te, które prowadziły do otwarcia się na subtelniejsze lub bardziej psychiczne wymiary rzeczywistości – chociaż elementy każdego z nich mogły być obecne w większości nagłych kryzysów duchowych. Cechą wyróżniającą je wszystkie było to, że pomimo cierpienia, jakie powodowały, miały pozytywny, to znaczy przemieniający wpływ na rozwój osobowy i duchowy [31].

W literaturze przedmiotu istnieją różne definicje doświadczeń anomalnych, ale wspólną ich cechą jest to, że odbiegają od zwyczajnych doświadczeń bądź akceptowanych powszechnie wyjaśnień rzeczywistości [32]. Psychiatrzy i psycholodzy, którzy opracowali zarys kodu V 62.89, uważają owe doświadczenia anomalne za przejawy „duchowych stanów kryzysowych” (spiritual emergencies). Są one albo niewystarczająco silne, albo kulturowo niezrozumiałe – co nie znaczy, że powszechnie znane – aby zostały określone mianem zaburzenia psychicznego. Pojawiają się najczęściej w wyniku silniejszego zaangażowania w praktyki duchowe, które może prowadzić do „psychologicznego przesilenia” niebędącego jednak oznaką psychopatologii [31]. Zwraca się uwagę na to, że szczególnie dwa typy doświadczeń religijnych i/bądź duchowych należy odróżnić od zaburzeń psychicznych: (a) wizje i głosy mistyczne od psychozy oraz (b) „ciemną noc duszy” od klinicznej depresji [30, 33].

Badania nad klinicznym zastosowaniem kodu V 62.89 w diagnozie różnicującej przyniosły jednak mieszane rezultaty. W grupie 258 psychologów 44,7% było zaznajo-



mionych z kodem „Problem religijny bądź duchowy”, większość, bo 55,3%, nie była. W pierwszej grupie 11,2% stwierdziło, że użyło tej diagnozy w ciągu minionego roku, 19,2% – że skorzystało z niej wcześniej [34]. W innym badaniu [35] na grupie 333 psychologów 6,2% użyło kodu V 62.89 jako części diagnozy. Większość z nich (4,5%) zrobiło to w ramach praktyki prywatnej, pozostali głównie w placówkach zdrowia psychicznego związanych z wojskiem. Z kolei badania na grupie 100 psychologów (60 kobiet i 40 mężczyzn, z których 84% miało praktykę prywatną) pokazały, że uważali oni ten kod diagnostyczny za pomocny klinicznie. 65% z nich stwierdziło, że korzystałoby z niego częściej, ale przeszkodą są instytucje ubezpieczeniowe, które nie refundują kosztów takiego leczenia [36]. Oprócz przeszkód „praktycznych” i faktu, że na klinicyście posługującym się DSM nie ciąży obowiązek wychodzenia w formalnej diagnozie poza pierwsze trzy osie w ocenie pacjenta/klienta, adekwatne uchwycenie religii i duchowości w kontekście diagnozy i leczenia utrudnia sama idea klasyfikacji nozologicznej i struktura DSM.

### Podsumowanie

Patrząc na historię relacji pomiędzy psychiatrią a religią i duchowością z perspektywy klasyfikacji zaburzeń psychicznych można powiedzieć, że odzwierciedlały one następujące trendy wśród klinicystów: (a) religia i/bądź duchowość nie były istotne dla prowadzenia psychoterapii, (b) uważano je za ważne przejawy życia, ale obce psychiatrii, (c) terapeuci nie byli przygotowani do zajmowania się tymi kwestiami ani nawet do odpowiedzi na pytania o nie, (d) te pojęcia nie miały precyzyjnego znaczenia i do dobrego tonu należało unikanie ich w badaniach i praktyce klinicznej, (e) istniała również „przepaść religijna” pomiędzy ogółem społeczeństwa a psychiatrami, którzy rzadko postrzegają siebie jako osoby wierzące. Za taką separacją religii/duchowości od psychiatrii widoczną w kolejnych edycjach DSM i ICD przemawiały względy osobisto-instytucjonalne. W niektórych przypadkach brak wiedzy dotyczącej religii/duchowości wynikał z braku osobistego nimi zainteresowania – łatwiej było więc ignorować te zagadnienia, niż je eksplorować. W innych do głosu dochodziło przekonanie, że istnieje wyraźna granica kompetencji w tej materii pomiędzy klinicystami a duchownymi [37,38].

Do czasu pojawienia się DSM-IV, we wcześniejszych jej wersjach oraz w ICD, w doświadczeniach religijnych i duchowych widziano przyczynę psychopatologii pacjenta albo jego symptomatologiczną ekspresję, a religia i duchowość były nadreprezentowane w przykładach mających ilustrować psychopatologię. Negowano również bądź minimalizowano pozytywną (adaptacyjną) wartość religii w funkcjonowaniu psychicznym człowieka [39]. Nowe spojrzenie na te zagadnienia przyniosła za sobą czwarta edycja DSM, w której więcej miejsca poświęcono kulturowym aspektom zaburzeń psychicznych poprzez opracowanie „Słownika syndromów kulturowych” oraz „Zarysu opracowania przypadku z uwzględnieniem aspektu kulturowego”. Uwzględniono również, że religia i duchowość nie są tym samym, choć jedno może obejmować drugie i vice versa oraz mogą różnorodnie oddziaływać na funkcjonowanie człowieka.

Zwrócenie większej uwagi na kulturowe uwarunkowania diagnozy klinicznej, fakt dużej częstotliwości doświadczeń religijnych i duchowych w populacji ogólnej

– średnio 35% oraz uwzględnienie wyników badań empirycznych wskazujących na to, że: (a) religijność/duchowość może stanowić część rozwiązania problemów psychologicznych, (b) religijność/duchowość sama w sobie może być źródłem problemów, (c) ludzie oczekują form pomocy uwzględniających ich wiarę czy duchowość, (d) eliminowanie religii i duchowości z terapii może wpływać na niską skuteczność leczenia, sprawiły, że religia i duchowość przestała być tematem tabu w psychoterapii. To nowe, nieredukcjonistyczne i niepatologizujące spojrzenie na religię i duchowość w kontekście diagnozy klinicznej znalazło swoje miejsce w kodzie „Problem religijny bądź duchowy” i większej wrażliwości DSM na przejawy kulturowej różnorodności. Z tego powodu, pomimo widocznej tendencji do unifikacji DSM i ICD, nadal istnieje wyraźna różnica między nimi, kiedy w grę wchodzi ocena religii i duchowości w kontekście klinicznym, bowiem tylko DSM ma kod diagnostyczny umożliwiający diagnozę różnicującą w zakresie problemów religijnych i duchowych.

Wydaje się, że umiejscawiając religię i duchowość głównie w obrębie „kultury”, autorzy DSM-5 wskazali na miejsce, jakie mogą one zajmować w psychiatrii bez posądzania klinicystów o medyczny redukcjonizm czy wrogość bądź milczenie w stosunku do tych przejawów ludzkiej egzystencji [25]. Od pojawienia się tego nowego kodu diagnostycznego obserwuje się również znaczący wzrost zainteresowania badaniami nad religią i duchowością w psychoterapii, a także szkoleniami psychiatrów i psychologów klinicznych w tej tematyce [19, 40-44]. Zaczyna to także być widoczne w Polsce, gdzie oprócz publikacji akademickich [20, 45, 46] i popularnonaukowych [47, 48] tematy związane z religią i duchowością pojawiają się na konferencjach organizowanych przez sekcje naukowe psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Psychologicznego, a także w ramach niektórych szkoleń do certyfikatu psychoterapeuty. Obecnie daje się zauważyć następującą tendencję: psychoterapeuci są mniej religijni niż ich pacjenci/klienci (a bardziej duchowi), chociaż w większości postrzegają religię jako wspierającą rozwój i adaptację, a nie je ograniczającą [49].

Pomimo pozytywnego zwrotu w psychiatrii w stosunku do religii i duchowości, widocznego w pojawieniu się kodu V 62.89 w klasyfikacji DSM, idea, jaka przyświeca tworzeniu tego typu klasyfikacji, prowadzi do „wynajdywania” nowych jednostek klinicznych, medykalizacji i psychiatryzacji problemów czy doświadczeń uważanych dotąd za egzystencjalne [50] czy religijne bądź duchowe [51]. Widać to nie tylko we wzroście liczby kategorii diagnostycznych, ale również w bardzo znaczącym wzroście przewagi pewnych zaburzeń (na przykład rozpoznawalność zaburzeń ze spektrum autyzmu między 1990 a 2006 rokiem zwiększyła się o 600%). Towarzyszy temu przechodzenie od kategorii do wymiarów, gdzie określenie ryzyka czy podatności staje się synonimem sformułowania diagnozy.

Podobna tendencja widoczna jest w postulatach klinicystów pracujących nad przygotowaniem DSM-5 pod kątem kwestii religijnych i duchowych w diagnozie klinicznej, którzy podkreślają głównie konieczność rozszerzenia definicji kodu V 62.89 o inne typy doświadczeń religijnych czy duchowych oraz poszerzenia listy problemów mających związek z religią i duchowością [13]. Wysiłki te, choć mają na celu zwiększenie wiarygodności diagnozy różnicującej dokonywanej na podstawie DSM, pozostawiają jednak wiele nierozwiązanych problemów dotyczących między innymi takich kwestii, jak



definiowanie „omamów i urojeń religijnych” oraz istnienie doświadczeń duchowych/religijnych na pograniczu psychozy, których postać i treść przypomina objawy psychotyczne o zabarwieniu religijno-mitologicznym (omamy i urojenia), mających jednak odmienne skutki. Jak pokazują badania nad tak zwanym paradoksem psychotyczno-duchowym, doświadczeń tych nie można odróżnić od siebie za pomocą wystandaryzowanych narzędzi klinicznych, do których odwołuje się DSM czy ICD [53].

Biorąc to pod uwagę, problematyczne wydaje się więc postulowanie wprowadzenia do DSM, a dokładnie do kodu V 62.89, nowej jednostki klinicznej: „doświadczenia mistycznego z cechami psychotycznymi”, która miałaby rozwiązać ów paradoks psychotyczno-duchowy w diagnozie różnicującej [54]. Podobne trudności nastęrcza medykalizacja melancholii [55]. Jak pokazują badania, ze wszystkich zaburzeń psychiatrycznych depresyjne zaburzenia nastroju są najściślej skorelowane z doświadczeniami duchowymi wzdłuż całego spektrum objawów. Łagodne objawy depresji są często uważane za oznaki rozwoju duchowego w większości tradycji duchowych, a kliniczne jej objawy wiązane są czasami z powstaniem i rozwiązaniem duchowego kryzysu. Poza tym wiara i duchowość bywają często postrzegane jako środki chroniące przed depresją bądź łagodzące jej objawy [56].

Piąta edycja DSM została ostro skrytykowana za to, że wielu zmianom w niej dokonany brakuje empirycznej podstawy, a kilka fragmentów jest źle i niezrozumiale napisanych. 13 tysięcy lekarzy, organizacje oraz fundacje zajmujące się zdrowiem psychicznym podpisały petycję, domagając się radykalnych zmian w DSM-5 [3,5,57]. Jednak jak dotąd nie opublikowano jej nowelizacji. Trzeba więc podkreślić znaczenie samoświadomości klinicysty (terapeuty) w kwestii osobistych przekonań duchowych i nastawienia do religijności. Taka świadomość pomaga w unikaniu negatywnych skutków „ideologicznego przeciwprzeniesienia” [58] i w zachowaniu faktycznego szacunku dla przekonań, wartości i doświadczeń pacjenta/klienta. Kilka linijek poświęconych w DSM religii i duchowości nie oddaje ani ich złożoności, ani dylematów związanych z rozgraniczeniem poziomu psychicznego i duchowego w psychoterapii konkretnych pacjentów/klientów (por. [59–63]). Nie wystarczy zatem samo wyjście poza DSM, gdyż integracja religii i duchowości w psychoterapii nie jest procesem dowolnym, można jednak wyróżnić pewne zasady dotyczące ich miejsca w praktyce klinicznej bez pomieszania kompetencji i granic psychoterapeuty z kierownikiem duchowym.

## Piśmiennictwo

1. Lukoff D, Lu F, Turner R. *Toward more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems*. J. Nerv. Ment. Dis. 1992; 180(11): 673–682.
2. Lukoff D, Lu F, Turner R. *From spiritual emergency to spiritual problem: psychoreligious and psychospiritual problems*. J. Humanist. Psychol. 1998; 38: 21–50.
3. Augustynek A. *Psychopatologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2015.
4. Heaton JA. *Podstawy umiejętności terapeutycznych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.

5. Heitzman J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia ICD-11*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(6): 941–950.
6. Pargament KI, Murray-Swank NA, Tarakeshwar N. *An empirically-based rationale for a spirituality-integrated psychotherapy*. Ment. Health Relig. Cult. 2005; 8(3): 155–165.
7. Norcross JC. red. *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press; 2011.
8. Nichole A, Murray-Swank NA, Pargament KI. *God, where are you? Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse*. Ment. Health Relig. Cult. 2005; 8(3): 191–203.
9. Worthington EL, Kurusu TA, McCullough ME, Sandage SJ. *Empirical research on religion and psychotherapeutic process and outcome – A 10-year review and research prospectus*. Psychol. Bull. 1996; 119(3): 448–487.
10. Pargament KI, Murray-Swank NA, Tarakeshwar N. *An empirically-based rationale for a spirituality-integrated psychotherapy*. Ment. Health Relig. Cult. 2005; 8(3): 155–165.
11. Exline JJ, Rose E. *Religious and spiritual struggles*. W: Paloutzian RF, Park CL. red. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford; 2005. s. 315–330.
12. Johnson C, Hayes J. *Troubled Spirits: Prevalence and predictors of religious and spiritual concerns among university students and counseling center clients*. J. Couns. Psychol. 2003; 50: 409–419.
13. Peteet JR, Lu FG, Narrow WE. red. *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2011.
14. Lukoff D, Lu FG, Yang CP. *DSM-IV religious and spiritual problems*. W: Peteet JR, Lu FG, Narrow, WE. red. *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2011. s. 182–185.
15. Allman L, Rocha de la O, Elkins D, Weathers R. *Psychotherapists' attitudes towards clients reporting mystical experiences*. Psychotherapy 1992; 29: 564–569.
16. Lannert J. *Resistance and countertransference issues with spiritual and religious clients*. J. Humanist. Psychol. 1991; 31: 68–76.
17. Sanderson S, Vandenberg B, Paese P. *Authentic religious experience or insanity? J. Clin. Psychol.* 1999; 55: 607–616.
18. Lu FG. *Religious and spiritual issues in psychiatric education and training*. W: Boehnlein JK. red. *Psychiatry and religion. The convergence of mind and spirit*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000. s. 159–168.
19. Pargament KI. red. *APA handbook of psychology, religion and spirituality*. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
20. Barbaro B. de. *Psychiatria a religia*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. T. 3. Wrocław: Urban & Partner; 2003. s. 551–563.
21. Hackney CH. *Religion and mental health: What do you mean when you say 'religion'? What do you mean when you say 'mental health'?* W: Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox JL, Moussaoui D. red. *Religion and psychiatry. Beyond Boundaries*. Oxford, New York: John Wiley & Sons; 2010. s. 343–360.
22. Toussaint L, Webb JR, Keltner W. *Religion, spirituality and mental health*. W: Atken JD, O'Grady KA, Worthington EL. red. *The psychology of religion and spirituality. Using research in your practice*. New York: Guilford; 2005. s. 331–356.
23. Grzymała-Moszczyńska H. *Religia a kultura. Wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004. s. 182–198.

24. Wciórka J. *DSM-IV: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na tle międzynarodowej klasyfikacji ICD-10*. W: Carson RC, Butcher JN, Mineka S. red. *Psychologia zaburzeń*. T. 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003. s. 1067.
25. Ellor JW. *Religion and spirituality among older adults in light of DSM-5*. Soc. Work Christian. 2013; 40(4): 375.
26. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
27. Turner R, Lukoff D, Barnhouse R, Lu F. *Religious and spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV*. J. Nerv. Ment. Dis. 1995; 183(7): 435–444.
28. Verhagen PJ, Cox JL. *Multicultural education and training in religion and spirituality*. W: Verhagen PJ, van Praag van. HM, Lopez-Ibor JJ, Cox JL, Moussaoui D. red. *Religion and psychiatry. Beyond Boundaries*. Oxford, New York: John Wiley & Sons; 2010. s. 587–613.
29. Reid WH, Wise MG. *DSM-IV: Training guide*. New York: Brunner-Mazel; 1995. s. 307.
30. Sperry L. *Spirituality in clinical practice: incorporating the spiritual dimension in psychotherapy and counseling*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge; 2001. s. 80–81.
31. Lukoff D, Cloninger CR, Galanter M, Gellerman DM, Glickman L, Koenig H. *Religious and spiritual considerations in psychiatric diagnosis: Considerations for the DSM-V*. W: Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox JL, Moussaoui D. red. *Religion and psychiatry. Beyond Boundaries*. New York: John Wiley & Sons; 2010. s. 423–444.
32. Cardena E, Lynn SJ, Krippner S. red. *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
33. Schreurs A. *Psychotherapy and spirituality. Integrating the spiritual dimension into therapeutic practice*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
34. Scott S, Garver S, Richards J, Hathaway WL. *Religious issues in diagnosis: the V-Code and beyond*. Ment. Health Relig. Cult. 2003; 6: 161–173.
35. Hathaway WL, Scott S, Garver S. *Assesing religious/spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice?* Prof. Psychol. Res. Pract. 2004; 1: 97–104.
36. Hartter DK. *The identification of spiritual emergencies in the practice of clinical psychology by frequency and ability of therapist to recognize*. Rozprawa doktorska. Cincinnati, OH: The Union Institute; 1995.
37. Neeleman J, King MB. *Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 40: 420–424.
38. Sims A, Cook CCH. *Spirituality in psychiatry*. W: Cook CCH, Powell A, Sims A. red. *Spirituality and religion in psychiatric practice*. London: The Royal College of Psychiatrists; 2009. s. 1–15.
39. Larson D, Thielman S, Greenwold M, Lyons J, Post S, Sherill K. i wsp. *Religious content in the DSM-3 (R) glossary of technical terms*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 1884–1885.
40. Shafranske EP. red. *Religion and clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 1996.
41. Aten JD, O'Grady KA, Worthington EL. red. *The psychology of religion and spirituality for clinicians. Using research in your practice*. New York, London: Routledge; 2012.
42. Verhagen PJ, van Praag, HM, Lopez-Ibor JJ, Cox JL, Moussaoui D. red. *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Oxford, New York: John Wiley & Sons; 2010.
43. Cook CCH, Powell A, Sims A. red. *Spirituality and religion in psychiatric practice*. London: The Royal College of Psychiatrists; 2009.
44. Boehnlein JK. red. *Psychiatry and religion. The convergence of mind and spirit*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.

45. Prusak J. *Psychoterapia pacjenta religijnego z perspektywy teologii chrześcijańskiej*. W: Grzesiuk L, Suszek H. red. *Psychoterapia pogranicza. Podręcznik akademicki*. T. 7. Warszawa: ENETEIA; 2012. s. 325–344.
46. Holas P, Brazier C. *Buddyzm i psychoterapia*. W: Grzesiuk L, Suszek H. red. *Psychoterapia pogranicza. Podręcznik akademicki*. T. 7. Warszawa: ENETEIA; 2012. s. 347–369.
47. Jabłońska K, Gawryś C. red. *Między konfesjonalem a kozetką*. Warszawa: Biblioteka Więzi; 2010.
48. Ostaszewska A. *Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2015.
49. Post BC, Wade NG. *Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review research*. *J. Clin. Psychol.* 2009; 65(2): 131–146.
50. de Barbaro B. *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*. W: de Barbaro. red. *Konteksty psychiatrii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014. s. 235–251.
51. Sieradzian J. *Szaleństwo w religiach świata*. Kraków: Inter Esse; 2005.
52. Peteet JR, Lu FG, Narrow WE. red. *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2011.
53. Jackson MC. *Psychotic and spiritual experience: A case study comparison*. W: Clarke I. red. *Psychosis and spirituality: Exploring the new frontier*. London: Whurr; 2001. s. 165–190.
54. Prusak J. *Doświadczenie mistyczne z „cechami psychotycznymi”*. *Granice psychopatologii opisowej DSM-IV w diagnozie duchowych sytuacji kryzysowych*. Rozprawa doktorska. Kraków: Archiwum UJ, dokt.020; 2012.
55. Hennel-Brzozowska A, Jaromi S. red. *Przeciw melancholii w 40. rocznicę wydania „Melancholii” Antoniego Kepińskiego – Perspektywy fides i ratio*. Kraków: Polska Akademia Umiejętności; 2014.
56. Blazer DG. *Spirituality and depression*. W: Peteet JR, Lu FG, Narrow, WE. red. *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2011.
57. Ansermet F. *Obietnice DSM V*, *Psychoanaliza*. 2012; 4: 128-133.
58. Gartner J, Carbo RA. *Serving two masters? Commentary on ‘dealing with religious resistance in psychotherapy’*. *J. Psychol. Theol.* 1994; 22(4): 259–260.
59. Symington N. *The spirit of sanity*. London, New York: Karnac; 2001.
60. Symington N. *Narcyzm. Nowa teoria*. Gdańsk: Imago; 2013.
61. Griffith JL, Griffith ME. *Odkrywanie duchowości w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2008.
62. Black DM. red. *Psychoanaliza i religia w XXI wieku. Współzawodnictwo czy współpraca?* Kraków: Wydawnictwo WAM; 2009.
63. Griffith JL. *Religia, która uzdrawia. Religia, która szkodzi. Wskazówki dla terapeutów i szukających pomocy*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2013.

Adres: Jacek Prusak  
Akademia Ignatianum  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 26

Otrzymano: 5.12.2014  
Zrecenzowano: 22.03.2015  
Otrzymano po poprawie: 22.07.2015  
Przyjęto do druku: 17.08.2015