

Skrupuły i nerwica eklezjogenna jako podtyp zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych - dynamika i problemy terapeutyczne

Streszczenie: W artykule omówiono chorobę skrupułów i nerwicę eklezjogenną oraz przedstawiono ich podobieństwo do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11. Jednocześnie ukazano najważniejsze różnice między chorobą skrupułów i nerwicą eklezjogenną a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, z których to różnic wynikają znaczące trudności, zarówno w terapii jak i z punktu widzenia chorego. We wstępie artykułu przedstawiony został opis zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz zaproponowano autorski schemat dynamiki przebiegu objawów tego zaburzenia. W dalszej części w ten schemat zostają wpisane objawy typowe dla choroby skrupułów i nerwicy eklezjogennej oraz zostają omówione największe trudności w ich leczeniu.

Słowa kluczowe: Choroba skrupułów, nerwica eklezjogenna, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Scrupulosity Disorder and Ecclesiogenic Neurosis as a Subtype of Obsessive-Compulsive Disorder - Dynamics and Difficulties in Therapy

Abstract: This article discusses scrupulosity disorder and ecclesiogenic neurosis and shows their similarity to obsessive-compulsive disorder as described in the International Statistical Classification of Diseases ICD-11. It shows the most important differences between scrupulosity disorder, ecclesiogenic neurosis and obsessive-compulsive disorder, differences which result in difficulties in therapy and from the perspective of the patient. At the beginning, the article presents a description of obsessive-compulsive disorder and proposes a diagram of the dynamics of the symptoms of this disorder. Later, the symptoms typical of scrupulosity disorder and ecclesiogenic neurosis are included in this diagram, and the difficulties in their therapy are discussed.

Keywords: scrupulosity disorder, ecclesiogenic neurosis, obsessive-compulsive disorder

Wprowadzenie

Obiektem analiz przeprowadzonych w artykule jest tzw. choroba skrupułu, która znana była od średniowiecza (Delumeau 1994, 451). Doświadczali jej liczni święci i ludzie związani z Kościołem, tacy jak: Henryk Suzo, św. Ignacy Loyola, czy doktorzy Kościoła: św. Alfons Liguori i św. Teresa od Dzieciątka Jezus. Termin nerwica eklezjogenna pochodzi od żyjącego w połowie XX w. niemieckiego ginekologa Eberharda Schaetzinga, który wiązał go z zaburzeniami o charakterze seksualnym. W późniejszym czasie Klaus Thomas zauważył, że nerwica ta może przybierać też wiele innych postaci (Molenda 2015, 190).

W Polsce tematami związanymi z chorobą skrupułów i nerwicą eklezjogenną zajmuje się stosunkowo niewiele osób. Na rynku, obok podręczników do psychologii religii, takich jak przełożony na język polski podręcznik Bernharda Groma, znajduje się niewiele publikacji i artykułów (Grom 2019). Do ważniejszych postaci zajmujących się tą problematyką w Polsce należy z pewnością Andrzej Molenda, do którego dorobku naukowego należy książka *Rola obrazu Boga w nerwicy eklezjogennej* oraz artykuły naukowe (Molenda 2013; Molenda 2015). Innymi ważnymi postaciami z polskiej nauki podejmujących zagadnienia związane z tą tematyką są Zdzisław Chlewiński, Damian Janus, Jacek Prusak czy Marek Jarosz.

1. Charakterystyka i typy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11, która weszła w życie 1 stycznia 2022 roku, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne mieszczą się pod kodem 6B20. W jego ramach wyróżnia się podtypy zaburzeń, które można określić jako: (1) zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne z dobrym wglądem (6B20.0) oraz (2) zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne ze słabym lub brakiem wglądu (6B20.1). Wcześniej, w ramach klasyfikacji ICD-10 wyróżniano: (1) zaburzenie z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych (F42.0) oraz (2) zaburzenie z przewagą czynności natrętnych [rytuały obsesyjne] (F42.1). Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne charakteryzują się nawracającymi, przykrymi myślami, impulsami czy wyobrażeniami oraz przymusem wykonywania rytualnych czynności, takich jak wielokrotne mycie rąk, sprawdzanie wyłączenia żelazka, zamknięcia drzwi. Kliniczna postać tych zaburzeń uniemożliwia osobom ich doświadczającym normalnego funkcjonowania przez przymus skupienia na danej myśli, czy rytuale, które może trwać nawet wiele godzin.

Nerwice eklezjogenne oraz choroba skrupułów, zgodnie z kategoriami z klasyfikacji ICD-11, będą się charakteryzować, co do zasady, słabszym wglądem, ze względu na ich powiązany z religijnością charakter. Zostanie to bardziej omówione w dalszej części

artykułu. Jako, że podtypy zaburzeń opisane w ICD-11 mają charakter bardziej podmiotowy, a opisane w ICD-10 bardziej przedmiotowy, w poniższych podrozdziałach skupiono się na przedstawieniu obrazu tych zaburzeń w oparciu o kryteria przedmiotowe (przewaga myśli czy ruminacji natrętnych oraz przewaga czynności natrętnych) w celu lepszego ich porównania z chorobą skrupułów i nerwicą eklezyjogenną. W dalszych częściach zostaną uwzględnione również kryteria bardziej podmiotowe, czyli wgląd danej osoby w zaburzenie.

1.1. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych charakteryzują się doświadczaniem obsesji, czyli uporczywymi, natrętnymi myślami, wyobrażeniami czy impulsami, przykrymi dla osoby, która ich doświadcza. Obsesje te są niezgodne z systemem wartości przyjętym przez daną osobę, ale jednocześnie są odbierane jako myśli należące do tej osoby, czyli powstające w jej umyśle, a nie jako słyszane przez nią (Cierpiałkowska 2019, 355). Osoba doświadczająca tych myśli podejmuje liczne próby obrony, jednak mimo to doświadcza ona silnego niepokoju i często próby obrony nie osiągają zamierzonego rezultatu. Przykładem takich zaburzeń jest matka trzymająca niemowlę na rękę, która może doświadczać uporczywych myśli o rzuceniu nim na ziemię. Innym przykładami są:

- a) profesor prowadzący wykład, który może doświadczyć myśli, że zaraz zacznie przeklinać czy obnaży się przed wszystkimi;
- b) chłopak idący z dziewczyną może doświadczać impulsów o charakterze homoseksualnym;
- c) księdza odprawiającego mszę świętą mogą nachodzić myśli o profanacji hostii.

Najczęściej wszystkie te myśli, wyobrażenia i impulsy, jak pokazano na przykładach, są w całkowitej opozycji do tego co doświadczająca ich osoba myśli o sobie, jaki przyjmuje system wartości i jakim chciałaby być człowiekiem. Sprawia to, że powodują one bardzo silny niepokój i chęć zwalczania ich lub udowodnienia ich nieprawdziwości. Dzieje się to przez nadmierną samokontrolę, zachowania stanowiące opozycję tych myśli, czy zwalczanie ich przez np. wielokrotne powtarzanie w myślach danego słowa.

Anita Bryńska w monografii omawiającej zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne wyróżnia cztery cechy obsesji charakterystycznych dla tych zaburzeń (Bryńska 2007, 9-10):

- a) intruzywność, czyli wdarcie się obsesji bez zgody i wbrew woli osoby;
- b) nieakceptowalność, związana z wystąpieniem silnego niepokoju i braku zgody na dane myśli, impulsy, czy wyobrażenia;
- c) subiektywny opór, czyli przymus do opierania się obsesjom przez poszukiwanie różnych metod takich jak unikanie, czy różne metody kontroli;
- d) egodystoniczność, czyli silna opozycja w jakiej doświadczane obsesje pozostają w stosunku do osoby, która ich doświadcza i wyznawanych przez nią wartości.

1.2. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne z przewagą czynności natrętnych

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne z przewagą czynności natrętnych charakteryzują się występowaniem licznych kompulsji, czyli powtarzających się zachowań czy aktów psychicznych czynionych w celu redukcji niepokoju (Bryńska 2007, 11). Często występują one w postaci bardzo skomplikowanych rytuałów, ciągłego sprawdzania, mycia rąk, powtarzania danej czynności. Mają one za zadanie ochronić osobę przed niebezpieczeństwem i rozładować narastający niepokój. Dana osoba może doświadczać silnego lęku przed brudem i za każdym razem gdy dotknie czegoś nieczystego będzie zmuszona umyć ręce. Osoba bojąca się włamywaczy będzie musiała za każdym razem przed snem sprawdzać kilkakrotnie wszystkie zakamarki swojego domu.

Często jednak osoba doświadczająca zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych nie wykazuje czystego typu z przewagą samych tylko myśli natrętnych albo czynności rytualnych. Najczęściej są to typy mieszane z dominacją obsesji albo kompulsji.

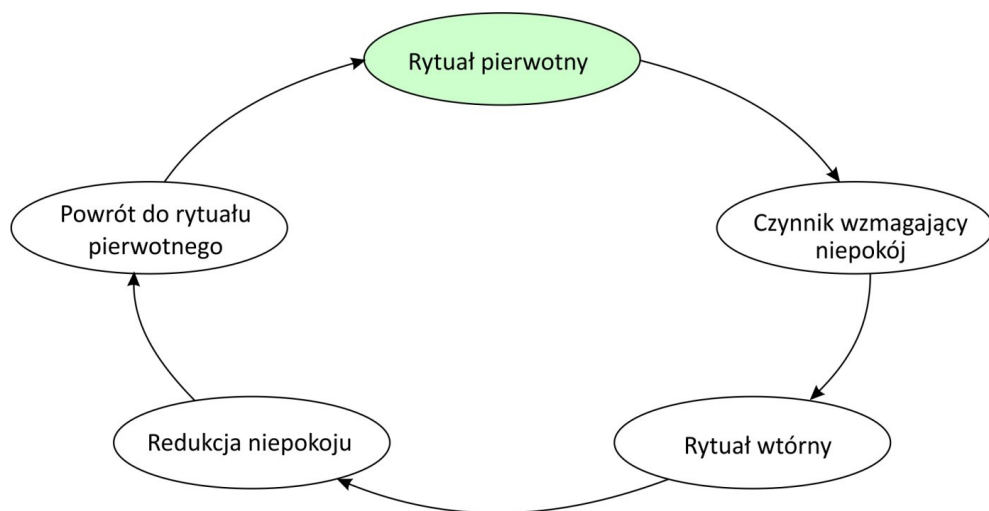
2. Schemat dynamiki zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Przeprowadzona analiza podobieństw między zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, a tak zwanymi skrupułami religijnymi, czy chorobą skrupułu, doświadczaną już m.in. przez św. Ignacego Loyolę, czy św. Teresę od Dzieciątka Jezus oraz tak zwaną nerwicą eklezjogenną, pozwoliła zaobserwować występowanie wspólnych cech. Na tej podstawie zaproponowano autorski schemat przebiegu dynamiki zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Próba odtworzenia typowego schematu dynamiki wspomnianych zaburzeń może być przeprowadzona w oparciu o lekturę literatury (Bryńska 2007; Działa 2019; Janus 2004; Molenda 2015; Prusak 2016). Może być również przeprowadzona w oparciu o opisy przypadków osób doświadczających skrupułów i nerwicy eklezjogennej (Bryńska 2007; Działa 2019; Grzywocz 2020; Loyola 2018, 58-61; Janus 2004; Teresa od Dzieciątka Jezus 2013, 99). Zaproponowany uproszczony schemat przebiegu wystąpienia objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych można opisać następująco. Dana osoba wykazuje obawę przed konkretnym zjawiskiem, np. obawia się dotknięcia zabrudzonej ściany ponieważ boi się zarażenia chorobą. Po dotknięciu ściany następuje znaczne nasilenie lęku, który przybiera coraz bardziej na sile i musi zostać zredukowany przez podjęcie czynności kompulsyjnej, w tym przypadku może to być siedmiokrotne umycie rąk i odkażenie ich płynem antybakteryjnym. Niedopełnienie rytuału będzie powodować znaczne nasilenie lęku, jak dotknięcie ściany w poprzednim przykładzie, i ten lęk będzie musiał zostać zredukowany przez prawidłowe dopełnienie rytuału. Kolejnym przykładem będzie przypadek zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych z przewagą ruminacji i myśli natrętnych. Osoba taka z obawy przed doświadczeniem obsesji, czyli natrętniej, niechcianej myśli, impulsu lub wyobrażenia,

będzie za wszelką cenę unikać sytuacji, w której one mogą wystąpić albo będzie podejmować swojego rodzaju wewnętrzny rytuał, który ma na celu niedopuszczenie do pomyślenia niechcianej myśli czy nadejścia wyobrażenia. W przypadku wystąpienia obsesji osoba ta będzie podejmować próby zredukowania związanego z jej wystąpieniem silnego lęku przez odczynianie w postaci rytuału powtórzenia danej sytuacji albo szybkiego pomyślenia myśli przeciwnej, czy też podjęcia czynności opozycyjnej do obsesji. Na przykład w przypadku myśli bluźnierczej będą to afirmacje czy akty strzeliste skierowane w stronę Boga.

W rozważanym schemacie można zatem wyróżnić (1) rytuał pierwotny; (2) czynnik wzmagający niepokój; (3) rytuał wtórny; (4) redukcję niepokoju; (5) powrót do rytuału pierwotnego (Rys. 1). Ponadto zarówno rytuał pierwotny jak i wtórny można podzielić na rytuał pozytywny i negatywny.



Rys. 1. Autorski schemat przedstawiający dynamikę zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Rytuał pierwotny jest zespołem czynności czy też jedną konkretną czynnością podejmowaną w celu niedopuszczenia do powstania czynnika wzmagającego niepokój. Jak wspomniano, może on wystąpić w postaci negatywnej i pozytywnej. Przypadkiem rytuału pierwotnego pozytywnego będzie np. wielokrotne sprawdzanie wszelkich zakamarków domu, czy też dokładne sprawdzanie zamknięcia drzwi, aby nie dopuścić do wyzwolenia czynnika wzmagającego niepokój, jakim może być możliwość niezamknięcia drzwi albo ukrywania się zabójcy w mieszkaniu. Przykładem rytuału pierwotnego negatywnego będzie wszystko to, co ma na celu niedopuszczenie do wystąpienia czynnika wzmagającego niepokój przez unikanie, np. niewychodzenie z domu, aby nie narazić się na zakażenie; unikanie kobiet, aby nie dopuścić do impulsów i wyobrażeń, które wyzwalająby lęk przed tym, że jest się

grzesznym i niemoralnym; unikanie mężczyzn, aby nie dopuścić do niechcianych impulsów homoseksualnych itp.

Rytuał wtórny jest czynnością podejmowaną w celu zredukowania zaistniałego już niepokoju spowodowanego przez niepowodzenie rytuału pierwotnego. W przypadkach zaburzeń z dominacją czynności natrętnych często będzie on tożsamy z rytuałem pierwotnym i będzie polegał na powtórzeniu go w bardziej dokładny sposób, zgodny z przyjętym schematem rytuału (np. siedmiokrotne umycie rąk i odkażenie ich płynem antybakteryjnym w przypadku tylko sześciokrotnego umycia rąk). W przypadku zaburzeń z dominacją ruminacji i myśli natrętnych będzie się on już różnił od rytuału pierwotnego i polegać będzie na odczynieniu myśli, impulsu, czy wyobrażenia. Częstym schematem w tym przypadku będzie: (1) rytuał pierwotny negatywny - polegający na unikaniu sytuacji, w których nadejść może niechciana myśl, wyobrażenie, czy impuls; (2) pojawienie się czynnika wzmagającego niepokój - nadejście danej myśli, wyobrażenia, czy impulsu; (3) rytuał wtórny pozytywny - polegający na odczynieniu tej myśli, wyobrażenia, czy impulsu przez podjęcie określonych zachowań, opozycyjnych do zaistniałej obsesji, czy pomyślenie o czymś przeciwnym; (4) redukcja niepokoju przez wykonanie rytuału wtórnego; (5) powrót do rytuału pierwotnego negatywnego, czyli unikania sytuacji zagrożenia niechcianą obsesją.

Terapia ekspozycyjna omawiana przez Anitę Bryńską w jej monografii poświęconej zaburzeniom obsesyjno-kompulsywnym polega na przerwaniu schematu w miejscu wystąpienia czynnika wzmagającego niepokój przez niedopuszczenie do rytuału wtórnego (Bryńska 2007, 54-123). Spowoduje to duże narastanie niepokoju, które jednak nie będzie trwać wiecznie i zacznie się stopniowo obniżać, jeżeli przez określony czas nie zostanie podjęty rytuał wtórny.

3. Skrupuły religijne jako podtyp zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Różni autorzy zwracają uwagę na to, że nie każde skrupuły religijne są podtypem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Chlewiński 1989-1990; Chlewiński 1997). Zdzisław Chlewiński wyróżnia w swoim artykule skrupuły (Chlewiński 1989-1990):

- a) przejściowe;
- b) z dominującymi objawami lęku;
- c) z dominującymi objawami nerwicy natręctw;
- d) z dominującym poczuciem winy;
- e) „zależności”;
- f) kompensacyjne;
- g) „identyfikacyjne”.

Jako najbardziej charakterystyczne dla typów choroby skrupułów będącej podtypem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych omówione zostaną skrupuły z dominującymi objawami

lęku oraz skrupuły z dominującymi objawami nerwicy natręctw. Przy czym podjęto próbę wpisania dynamiki przebiegu reakcji lękowej charakterystycznej dla tej dolegliwości do zaproponowanego wcześniej schematu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i omówienia związanych z nimi trudności w przypadku próby pomocy technikami terapii ekspozycyjnej.

Zdzisław Chlewiński charakteryzuje skrupuły z dominującymi objawami lęku jako zdominowane przez lęk, który powiązany jest z konkretnym obszarem np. seksualnością, sprawiedliwością, odpowiedzialnością za innych (Chlewiński 1989-1990, 36). Osoby doświadczające tego typu dolegliwości w celu uniknięcia lęku mogą zacząć podejmować różne strategie unikania. Może to być unikanie sytuacji, w których należy podjąć określony rodzaj decyzji moralnej np. prośba o pieniądze, aż do unikania związanych z budzącymi lęk (przez np. wystąpienie niechcianych myśli bluźnierczych czy obaw w stosunku do poprawności wykonania praktyki religijnej) sytuacjami czy miejscami kultu religijnego albo świętymi obrazami (Chlewiński 1989-1990, 37).

Skrupuły z dominującymi objawami nerwicy natręctw mają podobne objawy do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Pojawiają się w nich natrętne myśli i wyobrażenia oraz przymus wykonywania natrętnych czynności. Czynność natrętna ma za zadanie zredukować powstały wcześniej lęk. Obsesje dotyczą tu często wątpliwości o charakterze moralnym i muszą zostać rozładowane przez kompulsywną spowiedź, modlitwę, praktykę religijną itp. (Chlewiński 1989-1990, 39). Często sam skrupulat zdaje sobie sprawę z absurdalności swojego zachowania: „Osoba przeżywająca natręctwa najczęściej zdaje sobie sprawę z tego, że te obsesyjne myśli o treści bluźnierczej lub seksualnej, a także kompulsywne powtarzanie modlitw, spowiedzi czy innych praktyk religijnych nie ma żadnego sensu. Odczuwa wobec nich obrzydzenie i wysiłkiem woli stara się im przeciwdziałać myśląc o czymś innym, ale bez powodzenia, gdyż nie jest w stanie zahamować ich powstawania” (Chlewiński 1989-1990, 39).

Widać w tym przypadku podobieństwo do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych z przewagą ruminacji i myśli natrętnych. Osoba doświadczająca skrupułów, tak jak osoba doświadczająca zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych z przewagą ruminacji i myśli natrętnych, boi się nadejścia niechcianych myśli, impulsów, wyobrażeń związanych z kontaktem z miejscami kultu, lub też obawia się lęku związanego z nadejściem myśli o niepoprawnym wykonaniu praktyki religijnej lub przystąpieniem do sakramentu i przez to zaczyna unikać tego rodzaju sytuacji. Można to wpisać w wyżej zaproponowany schemat zaburzeń z przewagą ruminacji i myśli natrętnych, co można przedstawić w następujący sposób: (1) rytuał pierwotny negatywny - unikanie sytuacji gdzie mogą wystąpić niechciane myśli bluźniercze, impulsy seksualne, myśli o popełnieniu grzechu, aż do izolacji od wszelkich ludzi i sytuacji mogących wystawić na zagrożenie grzechem; (2) pojawienie się czynnika wzmagającego niepokój - nadejście danej myśli, wyobrażenia, czy impulsu, sytuacji dwuznacznej moralnie, konieczności podjęcia decyzji o konsekwencji moralnej; (3) rytuał wtórny pozytywny - polegający na odczynieniu tej myśli, wyobrażenia, impulsu, tego co osoba doświadczająca tego typu skrupułów uważa za grzech. Bardzo często rytuałem wtórnym pozytywnym będzie

tu spowiedź, która odczynia lęk przez odpuszczenie winy związanej z daną sytuacją, może to być również odprawienie określonych praktyk religijnych, odmówienie modlitwy, spełnienie uczynków miłosierdzia itp.; (4) redukcja niepokoju przez wykonanie rytuału wtórnego; (5) powrót do rytuału pierwotnego negatywnego, czyli unikania sytuacji zagrożenia.

4. Różnice między skrupułami religijnymi a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi i wynikające z tego trudności terapeutyczne

Analiza przeprowadzona w poprzednim rozdziale wyraźnie pokazuje różnicę między chorobą skrupułów a innymi rodzajami zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Różnica ta przejawia się w charakterze rytuału wtórnego. W innych rodzajach zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych będzie to rytuał nieracjonalny, wyglądający dziwnie z perspektywy obserwatora. Często sama osoba go odprawiająca będzie zdawać sobie sprawę z jego nieracjonalności i dziwności. W przypadku choroby skrupułów rytuał wtórny nie jest na pierwszy rzut oka niczym dziwnym, a jest wręcz czymś dobrym i może z punktu widzenia osób trzecich wyglądać na przejawy głębokiej wiary (częsta spowiedź, długie modlitwy, silny żal za grzechy, liczne praktyki religijne). Dopiero przy bliższym przyjrzeniu się można dostrzec wewnętrzne cierpienie osoby i brak radości charakterystycznej dla prawdziwie pogłębionego życia duchowego. Również z punktu widzenia samej osoby doświadczającej skrupułów rytuał wtórny będzie wydawał się w pełni usankcjonowany przez naukę Kościoła, kazania księży, niektóre lektury duchowe. Podjęcie terapii, która może wymagać zaprzestania praktykowania neurotycznych modlitw czy praktyk religijnych oraz stosowanie się do rad spowiedników, którzy będą nakazywali rzadsze spowiadanie się, może w oczach chorego uchodzić za zdradę Boga.

Przytoczona wcześniej technika terapii ekspozycyjnej, która polega, jak to opisano, na powstrzymaniu się od rytuału wtórnego, będzie w tym wypadku wymagała powstrzymania się od neurotycznej spowiedzi czy kompulsywnej praktyki religijnej, co samo w sobie może stanowić bardzo dużą trudność, choćby ze względu na słabszy wgląd w zaburzenie. Dlatego tak ważne jest usankcjonowanie tego przez doświadczonego spowiednika. Zwraca na to uwagę Zdzisław Chlewiński w swoim artykule omawiając przywileje skrupulata: „Niekiedy w takiej sytuacji należy w ogóle zakazać badania sumienia, bo życie takiej osoby jest ustawicznym, męczącym ją <<rachunkiem sumienia>>. (...) Skrupulat może być również zwolniony, jeśli spowiednik uzna to za konieczne, od tzw. integralności spowiedzi; może również zapewnić skrupulata, że bierze na siebie odpowiedzialność za niego, aby ten w początkowej fazie terapii miał większe poczucie bezpieczeństwa” (Chlewiński 1997, 150-151).

5. Nerwica eklezjogenna jako podtyp zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Termin nerwica eklezjogenna został po raz pierwszy sformułowany przez niemieckiego ginekologa Eberharda Schaetzinga, który odnosił go do zaburzeń na tle seksualnym. Dopiero Klaus Thomas zauważył, że nerwica ta może mieć wiele różnych postaci (Molenda 2015, 190). Charakterystyczny dla niej jest konflikt nerwicowy, który jednocześnie jest konfliktem religijnym (Molenda 2015, 191). Osoba cierpiąca na tę dolegliwość może kompulsywnie uczestniczyć w praktykach religijnych, modlić się wiele godzin, odczuwać przymus składania rąk, wykonywania znaku krzyża na widok świętych obrazów. Andrzej Molenda w swoim artykule przytacza przykład kobiety spędzającej dziennie od 3 do 4 godzin na modlitwie, której myśli praktycznie bez przerwy dotyczyły tematów religijnych (Molenda 2015, 193). Damian Janus, krakowski psycholog, w swojej publikacji opisuje przykład mężczyzny, który na widok krzyża odczuwał wewnętrzny przymus składania rąk jak do modlitwy (Janus 2004, 83). Często tym przymusowym czynnościom towarzyszy ogromny lęk przed tym, że stanie się coś złego, jeżeli nie zostaną należycie wykonane.

Pokazuje to podobieństwo nerwicy eklezjogennej do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych z przewagą czynności natrętnych. Również w tym przypadku zaproponowany i omówiony wcześniej schemat może przyjąć postać: (1) rytuał pierwotny pozytywny - polegający na odprawieniu określonej praktyki, modlitwie z uświadomieniem sobie każdego słowa, składaniu rąk na widok krzyża itp., która ma na celu ochronę przed, często bliżej nieokreślonym, niebezpieczeństwem albo przed potępieniem czy zdradą Boga; (2) czynnik wzmagający niepokój - niepokój związany z niedoskonałym wykonaniem rytuału pierwotnego; (3) rytuał wtórny - który w tym przypadku często będzie dokładnym powtórzeniem rytuału pierwotnego, bez wcześniejszej niedoskonałości, lub też innym rytuałem, często związanym ze spowiedzią z niedoskonałego wykonania wcześniejszego rytuału; (4) redukcja niepokoju przez wykonanie rytuału wtórnego; (5) powrót do rytuału pierwotnego, który bronić ma przed gniewem Bożym czy innym niebezpieczeństwem.

Przyporządkowanie to jest oczywiście uproszczeniem. Jednak pamiętać należy, że również nerwica eklezjogenna może przybierać postać zbliżoną do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych z przewagą ruminacji i myśli natrętnych, nie będąc jednocześnie chorobą skrupułów. Również nerwica eklezjogenna i skrupuły religijne bardzo często mogą się przeplatać i przenikać.

6. Różnice między nerwicą eklezjogenną a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi i wynikające z tego trudności terapeutyczne

Analiza nerwic eklezjogennych i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wskazuje na podobne różnice, jakie występują między skrupułami religijnymi a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Różnice te powiązane są z charakterem rytuału, który ma usankcjonowanie religijne i nie jest całkowicie niedorzeczny i absurdalny na pierwszy rzut oka, jak typowe rytuały towarzyszące innym typom zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnym. Rytuał ten związany jest z długimi modlitwami, składaniem rąk, wykonywaniem znaku krzyża, powtarzaniem w myślach słów afirmacji czy aktów strzelistych w stronę Boga. Czynności te mają jednak inny charakter niż typowe rytuały nerwicowe, którymi mogą być wielokrotne mycie rąk, sprawdzanie określonej ilości razy wyłączenia świateł, czy żelazka.

Trudności, jakie wynikają z leczenia nerwicy eklezjogennej, są zatem podobne do trudności spotykanych przy skrupułach religijnych. Stosowana w terapii ekspozycyjnej technika polegająca na niedopuszczeniu do wykonania rytuału wtórnego, po wystąpieniu czynnika wzmagającego niepokój, jest w tym wypadku niedopuszczeniem do wykonania określonej praktyki religijnej, co może być trudne do przyjęcia. Na szczęście ludzie doświadczający tego rodzaju nerwicy często zdają sobie sprawę z niezdrowego charakteru wykonywanych przez nich czynności. Wspomniany wcześniej mężczyzna, opisany przez Damiana Janusa, czuł silną awersję do krzyża ze względu na przymus ciągłego składania do niego rąk (Janus 2004, 83). Jednak również sama awersja odczuwana do krzyża czy innego przedmiotu kultu, jak na przykład świętego obrazu, może być przyczyną lęku i może również powodować przymus wykonania czynności mającej na celu zredukowanie go i przebłaganie Boga przez np. udanie się do spowiedzi.

Rozwiązaniem może być tutaj znowu pomoc doświadczonego duszpasterza, który na mocy swojego autorytetu usankcjonuje rezygnację danej osoby z określonych praktyk religijnych, zapewniając ją o tym, że nie popełnia przez to grzechu i nie naraża się Bogu. Jednak powinno być to obecne tylko we wstępnej fazie terapii, gdyż jej ostatecznym celem powinna być samodzielność chorego i jego zdolność do autonomicznego podejmowania decyzji. Najważniejsza w tym przypadku wydaje się być praca nad obrazem Boga, który w umyśle osób cierpiących na tego rodzaju zaburzenie często przybiera postać surowego, czy wręcz okrutnego sędziego (Molenda 2005).

Można w tym miejscu zadać pytanie, kto i w jaki sposób powinien przede wszystkim udzielać pomocy oraz czy położyć silniejszy nacisk na aspekty duszpasterskie (takie jak praca nad obrazem Boga, właściwa edukacja religijna), czy też psychoterapeutyczne (określone techniki terapeutyczne, psychoedukacja). Trudności doświadczane w skrupułach religijnych i nerwicy eklezjogennej są silnie powiązane z sferą życia danej osoby obejmującą jej religijność i duchowość. Jednak są one również związane ze specyficzną osobowością

cierpiącego. Zdzisław Chlewiński w swoim artykule stwierdza, że psychoterapeuta powinien wyjaśnić danej osobie przyczyny jej zaburzeń. Jednocześnie stwierdza, że właściwą psychoterapię powinien prowadzić właśnie psychoterapeuta, przy czym możliwa jest tu współpraca psychoterapeuty z kapłanem (Chlewiński 1997, 141). Twierdzenie to zasługuje na aprobatę. Specyfika tak skrupułów religijnych, jak i nerwicy eklezjogennej, wymaga profesjonalnej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej, a być może w przypadku silniejszych objawów nawet psychiatrycznej. Dzięki temu możliwe będzie dokonanie prawidłowej diagnozy, która w tym przypadku jest szczególnie ważna, gdyż dotyczy sfery tak delikatnej, jak religijność. Osoby profesjonalnie zajmujące się pomocą osobom zmagającym się z trudnościami tego rodzaju, dzięki profesjonalnym narzędziom diagnostycznym, w szczególności prawidłowo przeprowadzonej diagnozie różnicowej, są w stanie, z pewnym prawdopodobieństwem, określić rodzaj danego zaburzenia i dzięki temu zaplanować dalszą terapię lub leczenie. Mogą również dzięki temu zdecydować o pomocy duchownego i współpracy z nim, kiedy taka pomoc okaże się niezbędna, ze względu na trudności lub też niechęć do leczenia ze strony pacjenta.

Podsumowanie

Choroba skrupułów religijnych jak i nerwica eklezjogenna wciąż pozostają zjawiskiem mało znanym szerszemu gronu ludzi. Są też zjawiskiem nietypowym, różniącym się od zazwyczaj występujących zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych powiązanych z czystością, sprzątaniami, myciem rąk, czy wielokrotnym powtarzaniem określonych czynności. Te różnice jak i bliski związek ze sferą wiary doświadczającej jej osoby, powodują znaczące trudności w leczeniu i pomocy. Powodują również mniejszą chęć podjęcia terapii, co spowodowane może być słabym wglądem w zaburzenie.

Nie jest to jednak zjawisko ze swojej istoty skazane na porażkę terapeutyczną. Jest niewątpliwie trudniejsze w leczeniu, jak i w samej decyzji o podjęciu terapii, co często może być odczuwane jako zdrada Boga. Jednak mimo to możliwa jest pomoc osobom, które doświadczają tego rodzaju dolegliwości. Jak wskazane zostało powyżej i jak wskazują również inni autorzy, często niezbędna jest tutaj współpraca doświadczonego terapeuty ze spowiednikiem czy przewodnikiem duchowym, który udzieli pomocy i niezbędnego wsparcia polegającego na potwierdzeniu chorobowego stanu tej dolegliwości i udzieli osobie jej doświadczającej wsparcia duchowego (Chlewiński 1997).

Bibliografia

- Bryńska A. 2007. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne Rozpoznanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chlewiński Z. 1989-1990. Psychologiczna analiza sumienia skrupulatnego próba typologii. *Roczniki Filozoficzne* XXXVII-XXXVIII (4), 29-58. <https://ojs.tnku.pl/index.php/rf/article/download/14314/13670>
- Chlewiński Z. 1997. Terapia sumienia skrupulatnego. *Roczniki Filozoficzne* XLV (4), 133-159. <https://ojs.tnku.pl/index.php/rf/article/download/14181/15237/>
- Cierpiąłkowska L. 2019. *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Delumeau J. 1994. *Grzech i strach*. Warszawa: Wydawnictwo PAX.
- Działo E. 2019. *Skrupulatom na ratunek*. Poznań: Wydawnictwo w drodze.
- Grom B. 2019. *Psychologia religii*. Warszawa: PWN.
- Grzywoz K. 2020. *Patologia Duchowości*. Kraków: WAM.
- Ignacy Loyola. 2018. *Opowieść Pielgrzyma*. Kraków: WAM.
- Janus D. 2004. *Psychopatologia a religia*. Warszawa: Eneteia.
- Jarosz M. 1999. Skrupuły: typologia i objawy. *Studia Płockie* XXVII, 137-145.
- Molenda A. 2005. *Rola obrazu Boga w nerwicy eklezjogennej*. Kraków: Nomos.
- Molenda A. 2013. Obraz wymagań Boga w nerwicy eklezjogennej. *Przegląd religioznawczy* 1 (247), 177-195. https://www.ptr.edu.pl/images/Przegląd_Religioznawczy/PR_2013/Przegląd%20Religioznawczy%201_2013.pdf#page=177
- Molenda A. 2015. Wybrane aspekty nerwicy eklezjogennej. Perspektywa psychoterapeuty. W: Grzymała-Moszczyńska H., Motak D. (red.), *Religia, religijność, duchowość: w poszukiwaniu nowych perspektyw: księga jubileuszowa dla Pawła M. Sochy od przyjaciół i uczniów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 189-199. https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/20287/molenda_wybrane_aspekty_nerwicy_eklezjogennej_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Prusak J. 2016. Rozróżnienie sumienia od superego u osób religijnych w kontekście pracy z nerwicą eklezjogeną. *Psychoterapia* 4 (179), 33-44. http://psychoterapiaptp.pl/uploads/PT_4_2016/33Prusak_Psychoterapia_4_2016.pdf
- Teresa od Dzieciątka Jezus. 2013. *Dzieje Duszy*. Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.