

Ks. DARIUSZ KROK

Opole, UO

PSYCHOPATOLOGICZNE PRZEJAWY ŻYCIA RELIGIJNEGO

1. Norma i patologia psychiczna – 2. Neurotyczny obraz Boga – 3. Patologiczne poczucie winy – 4. Natręctwa i skrupuły religijno-moralne – 5. Choroby psychiczne a zjawiska o charakterze religijnym

Życie społeczne składa się w przeważającej mierze z zachowań, które określamy popularnym słowem „normalne”. Czasami jednak spotykamy się z zachowaniami wykraczającymi w swoim obrazie poza normy zdrowia psychicznego czy ogólnie przyjętych wzorców i zasad społecznych. Mówimy wówczas o zaburzeniach zachowania, które są jednym z elementów naszego codziennego doświadczenia. Przejawy nienormalności, takie jak schizofrenia, depresja czy mania, które jeszcze sto lat temu wydawały się dziwne i niezrozumiałe, dzisiaj podlegają naukowemu badaniu i racjonalnym wyjaśnieniom. Ze względu na swoją charakterystykę należą one do obszaru psychopatologii, czyli dziedziny wiedzy zajmującej się opisem zaburzeń psychicznych i wskazującej na powstawanie oraz przyczyny zaburzeń. Przejawy zachowań patologicznych występują praktycznie we wszystkich sferach indywidualnego i społecznego życia człowieka, nie wyłączając i sfery życia religijnego. Przyczyną powiązań zdrowia psychicznego z religijnością jest fakt, że system wierzeń religijnych wywiera silny wpływ na myślenie, uczucia i zachowanie ludzi. Wszystko to, w co człowiek wierzy, określa w znacznym stopniu jego umysłowe i fizyczne zdrowie. Z tego powodu zaburzenia psychiczne, naruszające prawidłowość funkcjonowania różnych sektorów życia ludzkiego, oddziałują także i na sferę religijności, powodując zmiany w zakresie życia religijnego.

Przyczyna zachowań patologicznych może być dwojaka: z jednej strony treści religijne czy sam sposób przekazu mogą być zniekształcone i prowadzić do niewłaściwych przejawów życia religijnego, a z drugiej — dana osoba może wykazywać zaburzenia psychiczne, co objawiać się będzie patologicznymi z punktu widzenia psychologii zachowaniami religijnymi. Wyjaśnienie tych zjawisk wydaje się być bardzo ważne zarówno dla ogólnego obrazu religii, jak i przedstawienia obiektywnego i naukowo potwierdzonego wpływu religii na psychiczne i społeczne funkcjonowanie jednostki. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja i szczegółowa analiza najczęściej występujących psychopatologicznych przejawów życia religijnego, a tak-

że ukazanie przyczyn, dlaczego pewne zachowania okazują się posiadać charakter patologiczny i gdzie tkwią źródła tych zaburzeń. Opierając się na danych z dziedziny psychologii religii, psychologii klinicznej i psychiatrii wskażemy na zaburzenia psychiczne, które doprowadzają do patologicznych praktyk i zachowań religijnych.

1. Norma i patologia psychiczna

Precyzyjne zdefiniowanie normy psychicznej, czyli tego, co nie jest patologią, okazuje się być trudne. Wynika to z faktu, że zaburzenia psychiczne bywają najczęściej opisywane przez wiele objawów, tworzących zespoły. Te same objawy mogą występować w różnych zespołach i dopiero ich nasilenie lub częstość występowania oraz ich interakcje pozwalają wnioskować o tym, czy są to zachowania nienormalne. Wnioskowanie o rodzaju objawów zaburzeń odbywa się na podstawie subiektywnego opisu doznań pacjenta i obserwacji prowadzonej przez psychologa lub psychiatrę, która także zawiera duży ładunek subiektywizmu. Dodatkowo, osiągnięcie porozumienia na temat tego, co ma zostać uznane za zaburzenie, związane jest z wieloma kwestiami medycznymi i pozamedycznymi, np. ogólnym stanem zdrowia, przebytymi chorobami fizycznymi, ewentualnymi wypadkami czy przeżyciami traumatycznymi, a także regulacjami prawnymi¹

Niemożność dokładnego określenia patologii nie oznacza jednak, że samo zjawisko nie istnieje lub że nie można go rozpoznać. Zdaniem J. CZABAŁY, większość zaburzeń psychicznych jest opisywana i definiowana przez opisy społecznych zachowań jednostki². Z tego względu są one najczęściej odnoszone do szeroko rozumianych norm społecznych w trzech następujących znaczeniach: (1) jako powszechność, masowość, częstość występowania w danej populacji; (2) jako zgodność z oczekiwaniami, ustaloną konwencją i wzorcami zachowań w populacji; (3) jako zgodność z normami zachowań obowiązującymi dla danej populacji. Odstępstwo od normy w postaci zmiany częstości występowania określonej cechy czy zachowania niezgodnego z ustalonymi zasadami można nazwać patologią, chociaż w innych społecznościach lub warunkach kulturowych te same cechy czy zachowania mogłyby zostać uznane za mieszczące się w granicach normy. Jako przykład można podać rytuały i obrzędy inicjacji praktykowane przez niektóre plemiona afrykańskie, obejmujące nacinanie skóry, używanie środków odurzających, ekstatyczny taniec, które to zachowania z trudem mieszczą się w ramach europejskich wzorców normalności, a jednak od wielu pokoleń są częścią życia społecznego tych plemion.

¹ Por. M.T. NIETZEL, D.A. BERNSTEIN, G.P. KRAMER, R. MILICH, G. KRAMER, *Introduction to clinical psychology*, Upper Saddle River 2002, s. 92–93.

² J.CZ. CZABAŁA, *Norma a patologia psychiczna*, w: J. STRELAU (red.), *Psychologia*, t. III, Gdańsk 2000, s. 561.

W celu określenia definicji nienormalności G. DAVEY proponuje następujące kryteria: (1) odchylenie od statystycznej normy, (2) odchylenie od społecznych norm, (3) niewłaściwe zachowania adaptacyjne oraz (4) cierpienie i niesprawność³ Poniżej krótko omówimy poszczególne kryteria.

Pierwsze kryterium mówi, że dane zachowanie może być sklasyfikowane jako nienormalne, gdy znacząco wykracza poza normę statystyczną. Np. w dziedzinie trudności uczenia się, jeśli iloraz inteligencji (IQ) jest dużo poniżej średniej wynoszącej 100, jest to traktowane jako wskaźnik upośledzenia umysłowego i wymaga specjalnej uwagi oraz pomocy. Osoby znajdujące się w przedziale wyników średnich opisywane są jako normalne. Oczywiście samo odchylenie od normy statystycznej nie jest kryterium wystarczającym do uznania kogoś za posiadającego zaburzenia, np. nie uważamy członka Mensy posiadającego bardzo wysokie IQ za osobę nienormalną, chociaż jest poza normą statystyczną. Drugie kryterium zakłada, że zachowanie lub aktywność jest wskaźnikiem zaburzenia zachowania, jeśli znacząco wykracza poza normy społeczne przyjęte w naszej kulturze. Wynika to z poglądu, że społecznie normalne i akceptowalne zachowania wyewoluowały w sposób umożliwiający adaptację do społeczeństwa⁴ Trzecie kryterium uznaje za psychopatologiczny stan, w którym jednostka, będąc niezdolną do normalnego funkcjonowania w codziennym życiu, stanowi zagrożenie dla innych ludzi lub siebie samej. Jako przykłady takich zachowań można podać samobójstwa albo przypadki schizofrenii, gdzie na skutek zaburzeń myślenia osoba jest niezdolna zrozumieć otaczający świat i w nim normalnie żyć⁵ Czwarte kryterium zakłada, że występujące symptomy zaburzeń powodują klinicznie istotne cierpienie lub niesprawność dla poznawczego, społecznego lub zawodowego funkcjonowania. Kryterium to jest uważane za bardzo ważne w uznaniu danego zachowania za patologiczne. Jednak aby cierpienie i niesprawność były diagnostycznymi wskaźnikami zaburzeń, muszą występować przez relatywnie długi czas i zawierać składnik psychologiczny (cierpienie jest spowodowane przyczyną psychologiczną, a nie wynikiem wypadku czy przypadkowego uszkodzenia ciała).

Współcześnie, chcąc zrozumieć zachowania patologiczne i ustalić normy zdrowia psychicznego, posługujemy się najczęściej biologicznym i psychologicznym po-

³ G. DAVEY, *Abnormal, clinical, and health psychology*, w: G. DAVEY (red.), *Complete psychology*, London 2004, s. 549–552.

⁴ R.M. RAPEE, S.H. SPENCE, *The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model*, „Clinical Psychology Review” 24 (2004), nr 27, s. 737–767.

⁵ Por. R.C.K. CHAN, E.Y.H. CHEN, E.F.C. CHEUNG, H.K. CHEUNG, *Executive dysfunctions in schizophrenia: relationships to clinical manifestations*, „European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience” 254 (2004), s. 256–262; A.S. COHEN, C.B. FORBES, M.C. MANN, J.J. BLANCHARD, *Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia*, „Schizophrenia Research” 81 (2006), nr 2–3, s. 227–229; L.A. TOWSEND, A.K. MALLA, R.M.G. NORMAN, *Cognitive functioning in stabilized first-episode psychosis*, „Psychiatry Research” 104 (2001), s. 119–131.

ziomem wiedzy. Wychodząc z tego założenia, M.E.P. SELIGMAN, E.F. WALKER i D.L. ROSENHAN przedstawili interesującą koncepcję występowania patologii (zachowań nienormalnych). Wyróżnili oni siedem cech lub elementów, na podstawie których możliwe jest stwierdzenie, że jakieś działanie lub osoba wykazują zaburzenia psychiczne⁶:

- 1) Cierpienie — oznacza, że dana osoba doświadcza cierpienia, które uniemożliwia normalne życie. Jesteśmy skłonni nazwać ludzi nienormalnymi, jeśli cierpią psychicznie. Im cierpienie jest większe, tym prawdopodobieństwo zaburzeń psychicznych jest wyższe. Cierpienie nie jest jednak koniecznym warunkiem nienormalności, gdyż nie musi występować, aby dane zachowanie potraktować jako wykraczające poza normę, np. w wielu sytuacjach (śmierć kogoś bliskiego, wypadek) doświadczamy cierpienia jako normalnej kolei losu. Dla zdiagnozowania patologii istotny jest kontekst, w którym występuje cierpienie.
- 2) Nieprzystosowanie — chodzi tutaj o takie zachowanie, które zdecydowanie zakłóca dobrostan człowieka i jego funkcjonowanie. Nieprzystosowanie jest podstawowym elementem decydującym o normalności bądź nienormalności zachowania. Mówiąc o indywidualnym dobrostanie, rozumie się je jako zdolność do pracy i utrzymywania satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi. Jako przykłady można podać agorafobię (lęk przed otwartymi przestrzeniami), zmuszającą człowieka do pozostawania w zamkniętym pomieszczeniu, np. mieszkaniu, i uniemożliwiającą normalne funkcjonowanie zawodowe czy towarzyskie. Im wyższa szkodliwość dysfunkcji, tym stopień nienormalności jest wyższy⁷
- 3) Irracjonalność — odnosi się do zachowania, które nie posiada racjonalnego znaczenia. Jednym z rodzajów irracjonalności, wskazujących na patologię, są zaburzenia myślenia, będące głównym objawem schizofrenii. W tej chorobie występują całkowicie absurdalne i dziwaczne przekonania, spostrzeżenia, które nie mają uzasadnienia w obiektywnej rzeczywistości, a także nagłe przechodzenie z jednej myśli do drugiej bez żadnego logicznego związku⁸. Irracjonalność stanowi ważny wskaźnik kwalifikujący daną osobę do kategorii zaburzeń psychicznych.
- 4) Nieprzewidywalność i brak kontroli — w życiu społecznym oczekujemy od ludzi, iż będą konsekwentni i przewidywalni w różnych sytuacjach i że na ogół będą umieli nad sobą panować. Dzięki przewidywalności zachowujemy poczucie kontroli nad wieloma sytuacjami. Natomiast w świecie nieprzewidywalnym czujemy

⁶ M.E.P. SELIGMAN, E.F. WALKER, D.L. ROSENHAN, *Psychopatologia*, tł. J. Golewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2003, s. 35–37.

⁷ Por. J.C. WAKEFIELD, *Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder*, *JASP* 108 (1999), nr 3, s. 374–378.

⁸ P. KOISTINEN, K.-E. WAHLBERG, H. ANIAS-TANNER, P. KESKITALO, T. TARVAINEN, J. MORING, H. HAKKO, *Thought disorder in subjects with schizophrenia spectrum disorders*, „Schizophrenia Research” 24 (1997), nr 1–2, s. 133.

się zagrożeni i zagubieni. Z tego powodu zachowania nieprzewidywalne i brak umiejętności kontrolowania swego zachowania są uważane za objaw patologii. Będziemy wówczas mieli do czynienia z zachowaniem dysfunkcyjnym⁹. Dane zachowanie można nazwać niekontrolowanym, jeśli spełnione są dwa warunki: nagłe złamanie przyjętych reguł zachowania oraz brak racjonalnego uzasadnienia dla takiego zachowania.

- 5) Rzadkość i niekonwencjonalność — odnosi się to głównie do zachowań, które są rzadkie i niepożądane z punktu widzenia większości populacji. Aby dane zachowanie zostało nazwane rzadkim, musi ono zostać uznane za takie w kontekście danej kultury, np. niektóre zachowania seksualne i agresywne są np. dość powszechne, lecz postrzegamy je jako rzadkie i dlatego wykraczające poza przyjęte normy — uznajemy je wówczas za niekonwencjonalne. Sama rzadkość nie jest koniecznym warunkiem patologii, gdyż np. sztywne przestrzeganie rytuałów, charakterystycznych dla zaburzeń kompulsywnych, może być czymś normalnym w niektórych konserwatywnych grupach religijnych¹⁰. Z tego powodu dochodzi tutaj drugi składnik, a mianowicie społeczna niepożądaność, której obecność dopiero świadczy o nienormalności zachowania.
- 6) Dyskomfort obserwatora — osoby, które są bardzo zależne, uległe lub agresywne wobec innych, powodują dyskomfort obserwatora. Chociaż ich zachowanie pomaga im czuć się lepiej, to jednak występujące konflikty psychiczne okazują się dokuczliwe dla innych. Dyskomfort obserwatora pojawia się wtedy, gdy ktoś narusza niepisane reguły zachowania w danej kulturze. Generuje to nieprzyjemne wrażenie, że zachowanie to jest nienormalne. Dyskomfort obserwatora widać wyraźnie w relacjach interpersonalnych osób zdrowych psychicznie z osobami chorymi, kiedy ci pierwsi nie wiedzą, jak się zachować, odczuwają lęk i niepokój, doświadczają nieprzyjemnych uczuć, wycofują się z rozmowy i dążą do jak najszybszego zakończenia kontaktu. Stawia to dodatkowe wyzwania w prawidłowym komunikowaniu się z osobami chorymi¹¹.
- 7) Naruszanie norm — w niektórych kulturach zachowań nie ocenia się na podstawie sądów dotyczących powszechności i konwencjonalności, lecz poprzez odniesienie do norm moralnych i idealnych zasad, które są powszechnie obowiązujące¹².

⁹ A.M. KRING, G.C. DAVISON, J.M. NEALE, S.L. JOHNSON, *Abnormal Psychology*, Chichester 2006, s. 6.

¹⁰ CZABAŁA, *dz. cyt.*, s. 562.

¹¹ Por. P.S. RICHARDS, A.E. BERGIN, *Toward religious and competency for mental health professionals*, w: P.S. RICHARDS, A.E. BERGIN (red.), *Handbook of psychotherapy and religious diversity*, Washington 2000, s. 16–20; A. SCARDOVI, P. RUCCI, L. GASK, D. BERARDI, G. LEGGIERI, G.B. CERONI, G. FERRARI, *Improving psychiatric interview skills of established GPs: Evaluation of a group training course in Italy*, „Family Practice” 20 (2003), nr 4, s. 363–364.

¹² T.R. SARBIN, *On the futility of psychiatric diagnostic manuals (DSMs) and the return of personal agency*, „Applied and Preventive Psychology” 6 (1997), s. 238–239.

Źródło takiego podejścia tkwi w przekonaniu, że ludzie powinni zachowywać się w określony sposób, niezależnie od tego, czy naprawdę tak się zachowują. Wynikiem jest traktowanie zachowania zgodnego z obowiązującymi normami jako normalnego, natomiast jako nienormalnego — zachowania niezgodnego. M.E.P. Seligman, E.F. Walker i D.L. Rosenhan, podając przykłady, w których niniejsza cecha znajduje zastosowanie, stwierdzają, że „nienormalna jest zbytnia agresywność i zbytnia uległość, nadmierna nieśmiałość i nadmierna pewność siebie, nadmiar ambicji i jej niedostatek”¹³. Zastanawiając się nad powyższymi słowami można dojść do wniosku, że ustalenie norm i zasad jest w głównej mierze wynikiem przyjętych wzorców kulturowych, w tym przypadku zachodniego stylu myślenia opartego na racjonalizmie i zdroworozsądkowym podejściu do rzeczywistości.

W celu uznania danego zachowania za patologiczne przynajmniej jedna z powyższych cech musi wystąpić. Im więcej cech jest obecnych i im wyraźniej są one widoczne w zachowaniu, tym bardziej dana osoba lub zachowanie są patologiczne. Żadna jednak z cech nie musi występować w każdym przypadku i prawie nigdy nie występują wszystkie naraz. Oznacza to, że cechy definiujące patologię psychiczną są względnie niezależne i dopiero całościowy obraz zachowania daje podstawy do uznania go za patologiczny, czyli wykraczający poza normy zdrowia psychicznego.

Po omówieniu kryteriów normy i patologii psychicznej zaprezentujemy teraz główne patologiczne przejawy życia religijnego.

2. Neurotyczny obraz Boga

Pojęcie Boga nie jest pojęciem wrodzonym, posiadany od urodzenia, ale podobnie jak i inne ma podłoże empiryczne i powstaje stopniowo w umyśle dziecka. Kształtuje się ono w procesie socjalizacji i jest modyfikowane na podstawie własnych czynności poznawczych oraz doświadczeń emocjonalnych, związanych zwłaszcza ze strukturą życia rodzinnego. Badania empiryczne w tej dziedzinie pokazują, że w naszej kulturze dominujący wpływ na kształtowanie się pojęcia Boga mają postawy rodziców wobec dzieci, a także poziom samoakceptacji. Wszystkie rezultaty badań potwierdzają silny związek między obrazami rodziców i obrazem Boga u dzieci i młodzieży¹⁴. Ponadto niektóre badania, np. J.L. BARRETTA i F.C. KEILA, sugerują, że rodzaj obrazu Boga posiadanego przez ludzi zależy od zastosowanych metod badawczych¹⁵. Jeśli zastosowane zostaną metody pośrednie, takie jak przypominanie i rozumienie religijnych historii, wówczas obrazy będą bardziej antropomorficzne

¹³ SELIGMAN, WALKER, ROSENHAN, *dz. cyt.*, s. 37.

¹⁴ J. KRÓL, *Psychologiczne aspekty badania fenomenu religii*, Opole 2002, s. 170.

¹⁵ J.L. BARRETT, F.C. KEIL, *Conceptualizing a nonnatural entity: anthropomorphism in God concepts*, „Cognitive Psychology” 31 (1996), s. 245–246.

niż przy użyciu bezpośrednich metod (pytań dotyczących natury Boga), prowadzących do uzyskania bardziej abstrakcyjnych i apersonalnych obrazów. Powyżsi badacze dodają, że osoby posiadają obydwa rodzaje obrazów pomimo różnic występujących między nimi.

Religijność dziecka kształtuje się w procesie identyfikacji z rodzicami, w trakcie którego wykorzystuje ono elementy osobowości rodziców do budowania własnej. „Najwcześniejszym Bogiem” dla dziecka są jego rodzice. Na nich rzutuje atrybuty Bożej wszechwiedzy, wszechmocy, ich uważa za pierwszą i najwyższą instancję moralną, rozstrzygającą o dalszych losach. W pierwszym etapie budowania obrazu Boga zachodzi identyfikacja z matką, a następnie z ojcem. W zależności od postawy rodziców wobec dziecka, a także od przyjemnych lub przykrych doznań w kontaktach z rodzicami, dziecko kształtuje w sobie albo obraz Boga troskliwego, czułego i miłego (antropomorfizm pozytywny), albo obraz Boga siejącego zgrozę, surowego i karzącego (antropomorfizm negatywny)¹⁶

Najnowsze badania analizujące rolę matki, ojca i własnych cech osobowości wskazują, że rodzice, szczególnie matka, wywierają wpływ na obraz Boga nawet u osób w wieku młodzieńczym¹⁷ Oznacza to, że proces kształtowania się obrazu Boga nie kończy się w okresie dzieciństwa, jak sugerowały wcześniejsze badania, ale trwa w późniejszych latach rozwoju.

U osób neurotycznych obraz Boga może pojawiać się w wypaczonych formach, np. Bóg będzie widziany jako bezduszny sędzia czy straszny kat. Obraz Boga może zostać wykrzywiony, gdy zostaną nań nałożone cechy neurotyczne, odpychające, wręcz demoniczne, które stanowią samo centrum procesów kompleksowych¹⁸ W zależności od rodzaju i siły cech neurotycznych oraz od danej postaci nerwicy będziemy mieli inny, charakterystyczny, a jednocześnie neurotyczny obraz Boga.

W religijnej nerwicy niepokoju ośrodkową rolę odgrywa lęk. Jednak nie jest to zwykły lęk, jaki każdy człowiek odczuwa przed *numinosum*, ani tzw. bojaźń Boża, bazująca na uznaniu faktu absolutnego dystansu pomiędzy stworzeniem a Stwórcą. Chodzi tutaj o lęk patologiczny, który jako uczucie tłumiące staje się w nerwicy lękowej tak wszechobecny, że odciska się na całej osobowości¹⁹. Przenika wszystkie sfery życia psychicznego. Wywiera wpływ na myślenie i wyobraźnię, a także na aktywność motoryczną. Zakłóca przy tym procesy myślowe, co wpływa na powstawanie niepewności i brak zdecydowania, szczególnie wtedy, gdy potrzebne jest szybkie działanie. Jak trafnie zauważają R.N. DAVIS i D.P. VALENTINER, lęk patologiczny

¹⁶ J. KRÓL, *Postawy rodzicielskie, poziom samoakceptacji a pojęcie Boga*, Lublin 1989, s. 74.

¹⁷ J.R. DICKIE, L.V. AJEGA, J.R. KOBYLAK, K.M. NIXON, *Mother, father, and Self: Sources of young adults' God concepts*, JSSR 45 (2006), nr 1, s. 68–69.

¹⁸ Por. S. KUCZKOWSKI, *Psychologia kształtowania się obrazu Boga*, Kraków 1982, s. 21–25.

¹⁹ A.A. TERRUWE, C.W. BAARS, *Integracja psychiczna*, tl. W. Unolt, Poznań 1989, s. 86.

powoduje, że człowiek jest niezdolny do prawidłowego spostrzegania i oceny rzeczywistości oraz siebie samego²⁰. W porównaniu z normalnym lękiem, lęk patologiczny charakteryzuje się zwiększoną proporcją werbalizowanych myśli w stosunku do wyobrażeń. Osoby opanowane lękiem patologicznym odczuwają potrzebę mówienia o tym, wyrażania swoich myśli za pomocą dużej liczby słów.

W przypadku nerwicy niepokoju bardzo łatwo może się uformować obraz Boga jako „absolutnego władcy”²¹. Jest On wówczas rozumiany jednostronnie na podstawie jednego tylko dogmatu wiary i przeżywany wyłącznie jako absolutny zwierzchnik. Wyobrażany Bóg upodabnia się do boskiego despoty i nieludzkiego tyrana, który z zimną krwią przeznaczają jednych ludzi na wieczne potępienie, innych zaś bezpodstawnie traktuje jako swych ulubieńców. Bóg bywa też nieosiągalnie daleki. Jest tym, który króluje w wiecznym majestacie i nie troszczy się o „nędzny ród ludzki”, wrzucony za sprawą Jego kaprysu w bezkres istnienia. Obraz Boga bywa również konsekwentnie antropomorfizowany, np. jako starca z rozwianą brodą.

Innym przykładem neurotycznego obrazu Boga jest postać Boga jako „surowego moralizatora”, który jawi się jako skostniały Bóg prawa, w sposób małostkowy i mściwy czuwający nad przestrzeganiem swych nakazów, np. postać ojca z Biblią w ręku²². Bóg ten w sposób nie znoszący sprzeciwu przestrzega prawnych zasad i uznaje paragrafy za jedyny punkt odniesienia. W tym przypadku dominują uczucia lęku i strachu. Osoba jest przekonana, że gdy przez dziecinną lekkomyślność czy też z powodu własnej słabości czymś Go urazi, wówczas zemsta będzie straszliwa. Moralne nakazy stoją na straży zasad, od których nie ma odstępstwa. Bóg spostrzegany jest jako „karzący”, „zastraszający”, „mogący zabrać życie”²³. Podejście takie wydaje się posiadać swoje źródło w absolutyzowaniu przez jednostkę wymiaru kary i jednocześnie nie dostrzeganiu pozytywnych cech Boga (miłości, dobroci, wybaczenia).

Rodzajem neurotycznego obrazu Boga jest „Bóg humanista”, w którym atrybuty Absolutu są transponowane na wymiar rzeczywistości ziemskiej. Boża wszechmoc jest utożsamiana z państwem lub przywódcą, Boża wszechwiedza jest przypisywana nauce, natomiast Boża dobroć bywa nietrafnie przekształcana w zwykły humanizm. Osoby z takim obrazem Boga będą bezkrytycznie wierzyć w postęp naukowy i techniczny, pokładać nadzieję w „zbawieniu” świata przez naukę, a także oczekiwać od

²⁰ R.N. DAVIS, D.P. VALENTINER, *Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety?*, „Personality and Individual Differences” 29 (2000), nr 3, s. 514; zob. też: K. FRANCIS, M.J. DUGAS, *Assessing positive beliefs about worry: validation of a structured interview*, „Personality and Individual Differences” 37 (2004), nr 2, s. 406–407; P. TILLICH, *Lęk patologiczny, żywotność i odwaga*, w: K. JANKOWSKI (red.), *Psychologia wierzeń religijnych*, Warszawa 1981, s. 274–276.

²¹ J. RUDIN, *Psychoterapia i religia*, Warszawa 1992, s. 140.

²² *Tamże*, s. 141.

²³ M.A. KUNKEL, S. COOK, D.S. MESHEL, D. DAUGHTRY, A. HAUENSTEIN, *God images: A concept map*, JSSR 38 (1999), nr 2, s. 200.

Boga wyłącznie pozytywnych i dobrych rzeczy. Grozi to niebezpieczeństwem, że w przypadku tragedii czy nieszczęść nie będą potrafili znaleźć właściwego uzasadnienia, co zburzy ich obraz Boga i zachwieje wiarę. W tym kontekście K. SOO-YOUNG przeprowadził interesującą próbę interpretacji obrazów Boga w ramach psychologii kulturowej²⁴. Jego zdaniem, w celu zrozumienia obrazów Boga u danego człowieka należy uwzględniać relacje pomiędzy psychicznymi wyobrażeniami jego umysłu a pojęciami kultury, w której on żyje. Tłumaczy to pośrednio, dlaczego humanistyczna i pozytywistyczna wizja Boga może być charakterystyczna dla społeczeństwa zachodniego w przeciwieństwie do kultur dalekowschodnich.

Kolejnym zniekształconym obrazem Boga jest postać „magicznego uzdrowiciela” W tym obrazie Boże atrybuty są nie tylko projektowane na sferę rzeczywistości doczesnej, ale ukazują się jako wcielone w dziwaczne postacie i naładowane magiczną siłą, np. wiara w różnego rodzaju amulety czy talizmany posiadające boską moc. W wielu przypadkach prowadzi to do pojawienia się rozczarowania i frustracji, ponieważ taki Bóg nie jest w stanie sprostać wymaganiom człowieka i zapewnić spełnienia marzeń. Wiąże się z tym obraz Boga jako „czarnego szamana” W tym obrazie Bóg posiada cechy kogoś nieobliczalnego, złowrogiego i makabrycznego, a także będącego uosobieniem złości i okrucieństwa. Powstałe wyobrażenia uzyskują tutaj dominantę czegoś przymusowego i w ostateczności zagrażającego egzystencji człowieka. Na poziomie wyobrażeniowym Bóg pojawia się w postaciach baśniowych zwierząt i istot, np. smoka, ziejącego czarnym jadem, czy węża, który podstępnie kusi, aby w końcu udusić swoją ofiarę²⁵

Przegląd neurotycznych obrazów Boga prowadzi do wniosku, iż są one w dużej mierze związane z zaburzonym funkcjonowaniem psychicznym, co doprowadzić może do ukształtowania się stylizowanego i wypaczonego Jego obrazu. Bóg będzie wówczas doświadczany wyłącznie jako *mysterium tremendum*. Będzie przypominać despotę, kapryśnego i nieludzkiego tyrana, a nie Boga, w którym obok sprawiedliwości jest także i miejsce na cechy pozytywne: miłość i dobroć.

3. Patologiczne poczucie winy

Zjawisko poczucia winy spełnia niezwykle ważną rolę w funkcjonowaniu osobowości. Jest ono najdelikatniejszym, a zarazem najsilniejszym łącznikiem z społecznością ludzką. Jak stwierdza A. KĘPIŃSKI, poczucie winy można traktować jako karę za naruszenie systemu wartości moralnych, co wiąże się ze skomplikowanymi formami interakcji jednostki z otoczeniem społecznym²⁶ Poczucie winy jest nega-

²⁴ K. SOO-YOUNG, „God may NOT be a Personexcl”: A case of cultural construction of God representations, PaPs 53 (2005), nr 5, s. 417–418.

²⁵ RUDIN, dz. cyt., s. 142.

²⁶ A. KĘPIŃSKI, *Melancholia*, Warszawa 1993, s. 125.

tywnym emocjonalnym stanem, który spowodowany jest świadomością przekroczenia norm i zasad moralnych. Posiada pozytywne znaczenie dla kształtowania osobowości, ale też w niektórych przypadkach okazuje się czynnikiem destruktywnym, doświadczanym nader boleśnie. Poczucie winy pociąga za sobą uczucia żalu, wyrzutów sumienia i rozczarowania z powodu popełnienia niewłaściwych moralnie czynów. Lęk i niepokój wywoływany przez poczucie winy motywuje osobę do tzw. działań reparacyjnych (spowiedź, przeproszenie, zadośćuczynienie)²⁷ Osoby wykonują wówczas szereg gestów mających na celu naprawienie „popełnionej szkody” psychicznej czy fizycznej, co przynosi ulgę i obniżenie napięcia psychicznego.

Poczucie winy może występować w różnych nasileniach i formach. Wyróżnia się trzy główne rodzaje poczucia winy: (1) normalne poczucie winy — odpowiada sytuacji realnej, w której jednostka czuje się obiektywnie winna; (2) neurotyczne (patologiczne) poczucie winy — poczucie nie odpowiada realnej sytuacji i jest nieproporcjonalne do obiektywnego wykroczenia; (3) nieświadome poczucie winy — wynika z nieuświadomionej potrzeby bycia ukaranym i ma swoje odniesienie do teorii psychoanalitycznej²⁸ Z uwagi na zakres niniejszego artykułu zajmiemy się głównie patologicznym poczuciem winy.

Z psychologicznego punktu widzenia patologiczne poczucie winy jest emocjonalną reakcją osoby, która wyraża przekonanie, że zasługuje na karę za czyny, pragnienia lub myśli sprzeczne z jej własnymi zasadami etycznymi, za które nie zdążyła odpokutować. Reakcja ta charakteryzuje się nieproporcjonalnością do świadomie przeżywanej sytuacji, irracjonalnością, brakiem kontroli i wglądu w motywy działania²⁹ O istnieniu neurotycznego poczucia winy świadczą bezustannie podejmowane próby usprawiedliwiania się przed samym sobą i przed innymi. Bardzo ważne jest tutaj stwierdzenie, że nieświadomy nie jest sam stan psychiczny, lecz faktyczna jego motywacja. Zgodnie z poglądem R.L. DEARING, J. STUEWIGA i J.P. TANGNEY, poczucie winy może łączyć się z takimi cechami, jak empatia czy reakcje złości³⁰ Jeśli chodzi o uzewnętrznianie poczucia winy to może następować albo w sferze prywatnej, albo publicznej. Poczucie winy należy odróżnić od wstydu, w którym istotną rolę odgrywa fakt, że inne osoby wiedzą o wykroczeniu.

Obszar życia religijnego jest szczególnie wrażliwy na powstawanie poczucia winy w wymiarze normalnym i patologicznym. Wynika to z faktu, że świadomość grzesz-

²⁷ B.A. FEDEWA, L.R. BURNS, A.A. GOMEZ, *Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics*, „Personality and Individual Differences” 38 (2005), nr 7, s. 1610; zob. też J.J. EXLINE, A.M. YALI, *Guilt, discord and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality*, „Journal of Clinical Psychology” 56 (2000), nr 12, s. 1481–1496; T. STOMPE, *Guilt and depression: a cross-cultural comparative study*, „Psychopathology” 34 (2001), nr 6, s. 289–298.

²⁸ S. KUCZKOWSKI, *Psychologia religii*, Kraków 1993, s. 293.

²⁹ W. COVILLE, T. COSTELLO, L. ROUKE, *Abnormal psychology*, New York 1963, s. 233.

³⁰ R.L. DEARING, J. STUEWIG, J.P. TANGNEY, *On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use*, „Addictive Behaviors” 30 (2005), nr 7, s. 1393; J.P. TANGNEY, R.L. DEARING, *Shame and guilt*, New York 2002, s. 23–29.

ności i potrzeba uzyskania przebaczenia są centralnymi aspektami wielu religii. Osoby religijne mogą doznawać uczuć bycia „obserwowanym” przez Boga, który karze za złe czy³¹. U ludzi z patologicznym poczuciem winy występują tendencje do zupełnego zdania się na siebie samych, przy jednoczesnej świadomości swej nieadekwatności. Przejawia się to w próbach permanentnych religijnych ekspiacji za faktyczne lub domniemane błędy moralne. Osoba bezustannie próbuje wynagrodzić popełniony czyn poprzez religijne praktyki. H. BLESS podaje trafny przykład takiego zachowania, cytując list pacjenta z patologicznym poczuciem winy:

Wina moja przed Bogiem jest do tego stopnia wielka, iż nigdy nie może zostać zupełnie zmazana. Sprawę tę wielokrotnie omawiałem z moim spowiednikiem, lecz ilekroć odchodzę od konfesjonału spostrzegam, że zapomniałem coś powiedzieć i przychodzą mi na myśl inne grzechy: nawet gdybym się cały dzień spowiadał, nie mógłbym sumienia uspokoić. (...) Nie ma już we mnie spokoju. Wstydę się przed Bogiem i ludźmi³².

Analizując powyższy tekst zauważamy, że jednostka z patologicznym poczuciem winy prawie zawsze czuje się grzeszna i niegodna, aby przystępować do sakramentów św. czy wykonywania praktyk religijnych. Może to prowadzić do kompulsywnych zachowań, takich jak: ciągłe praktykowanie modlitw, nakładanie sobie ciężkich pokut i postów, obsesyjne i dosłowne interpretowanie nakazów i zakazów biblijnych. Konsekwencją jest dezorganizacja funkcjonowania osobowości i znaczne odchylenia od norm zdrowia psychicznego.

Badania z dziedziny psychologii religii pokazują odmienny wpływ różnych rodzajów religijności na doświadczenie poczucia winy. Religijność wewnętrzna (dojrzała), czyli traktująca religię jako cel sam w sobie, jest negatywnie skorelowana z poczuciem winy, w przeciwieństwie do religijności zewnętrznej (niedojrzałej), czyli takiej, która wykorzystuje religię jako środek do osiągnięcia innych celów. Oznacza to, że osoby charakteryzujące się dojrzałą religijnością, w ramach której religia jest najwyższą wartością, będą doświadczać mniejszego poziomu patologicznej winy w porównaniu z osobami o religijności niedojrzałej, wykorzystującej religię dla własnych korzyści³³. Analogicznie K.R. MEEK, J.S. ALBRIGHT i M.R. MCMINN odkryli, że osoby o wewnętrznej orientacji religijnej były bardziej zdolne wybaczyć sobie samym, a także konstruktywnie zmagać się z poczuciem winy. Odwrotnie — osoby o zewnętrznej orientacji nie potrafiły dojrzałe przepracować odczuwanej winy, spychały ją do podświadomości, co prowadziło do wytworzenia się patologicznego poczucia winy³⁴

³¹ CH.M. FAIVER, E.M. O'BRIEN, R.E. INGERSOLL, *Religion, guilt, and mental health*, „Journal of Counseling and Development” 78 (2000), nr 2, s. 155–156; J. KROLL, *Moral conflict, religiosity, and neuroticism in an outpatient sample*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 10 (2004), s. 682–684.

³² H. BLESS, *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, Warszawa 1980, s. 105.

³³ L. FISCHER, P.S. RICHARDS, *Religion and guilt in childhood*, w: J. BYBEE (red.), *Guilt and children*, London 1998, s. 152–153; P.S. RICHARDS, *Religious devoutness in college students: Relations with emotional adjustment and psychological separation from parents*, „Journal of Counseling Psychology” 2 (1991), s. 194.

³⁴ K.R. MEEK, J.S. ALBRIGHT, M.R. MCMINN, *Religious orientation, guilt, confession, and forgiveness*, „Journal of Psychology and Theology” 23 (1995), nr 3, s. 195.

Rozwinięciem powyższych stwierdzeń były badania J. MALTBY'EGO nad relacjami wymiarów religijności z patologicznym poczuciem winy (*unhealthy guilt*)³⁵ Autor przebadał 344 osoby, mierząc orientację religijną oraz odczuwaną winę. Wyróżnił dwa rodzaje religijności zewnętrznej czyli takiej, która traktuje religię instrumentalnie: religijność społeczną (religia służy celom pozareligijnym, np. społecznej socjalizacji, jest wartością instrumentalną, mającą zapewnić aprobatę społeczną, potrzebę towarzystwa i rozrywki, „Chodzę do Kościoła, aby znaleźć przyjaciół”) oraz religijność indywidualną (religia zaspakaja indywidualne potrzeby, takie jak opiekę, poczucie bezpieczeństwa, dobre samopoczucie, „Modłę się, gdyż daje mi to wewnętrzny pokój i radość”). W analogiczny sposób, opierając się na wcześniejszych badaniach W.H. JONESA, wyróżniono trzy aspekty poczucia winy: winę jako cechę (myśli i uczucia winy oraz wyrzutów sumienia występujące przez dłuższy czas), winę jako stan (tymczasowe uczucia winy) oraz winę związaną ze standardami moralnymi (wina wynikająca z przekroczenia norm moralnych)³⁶ Rezultaty ukazały, że osoby ze społecznie zewnętrzną religijnością charakteryzują się tendencją do doświadczenia winy jako cechy i stanu, natomiast osoby z indywidualnie zewnętrzną religijnością — winy związanej ze standardami moralnymi.

Oznacza to, że zewnętrzna religijność i patologiczne poczucie winy uwarunkowane są wewnętrznymi i zewnętrznymi konfliktami przeżywanymi przez jednostki. Nasuwa się wniosek, że badacze, terapeuci kliniczni czy psychologowie pracujący z osobami doświadczającymi patologicznego poczucia winy, aby efektywnie im pomagać, powinni rozróżniać między poszczególnymi rodzajami tak religijności, jak i poczucia winy.

W praktyce psychologiczno-pastoralnej patologiczne poczucie winy można poznać po tym, że osoba jest smutna w trakcie wzbudzenia aktu żalu, występują u niej stany depresyjne, nie ma nadziei przebaczenia, a nałożona pokuta wydaje się niewystarczająca. Nieustannie wyszukuje winy nie popełnione i dopatruje się grzechu w każdej rzeczy. Nie umie rozróżnić czynu dobrowolnego od niedobrowolnego, grzechu od pokusy, bezpodstawnie oskarża się o to, że jest największym grzesznikiem świata i dochodzi do takiego stanu, że grzech innych poczytuje za swoje. Opanowana lękiem przed grzechem, żyje w ciągłym stresie, doznając przy tym straszliwych udreń i cierpień³⁷ Można powiedzieć, że człowiek z patologicznym poczuciem winy, choć tego pragnie, nie może wyzwolić się ze swych chorobliwych urojeń — jego życie przypomina metaforyczną „drogę przez mękę”

³⁵ J. MALTBY, *Protecting the sacred and expressions of rituality: examining the relationship between extrinsic dimensions of religiosity and unhealthy guilt*, „Psychology and Psychotherapy” 78 (2005), s. 77–93.

³⁶ Por. W.H. JONES, *The Guilt Inventory*, w: J. MALTBY, C.A. LEWIS, A.P. HILL (red.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests*, t. I, Lampeter 2000, s. 318–320; W.H. JONES, K. KUGLER, *Interpersonal correlates of the Guilt Inventory*, „Journal of Personality Assessment” 61 (1993), s. 246–258.

³⁷ S. KUCZKOWSKI, *Poczucie winy w świetle praktyki klinicznej*, *Znak* 25 (1973), nr 8, s. 1023–1025.

4. Natręctwa i skrupuły religijno-moralne

Natręctwa należą do kategorii zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, przejawiających się występowaniem niechcianych obsesyjnych myśli i nieprzyjemnych obrazów. Towarzyszy temu zazwyczaj przymusowe zachowanie, którego celem jest neutralizowanie obsesyjnych myśli i obrazów lub zapobieganie wydarzeniom i sytuacjom wzbudzającym lęk.

Kompulsje, czyli natręctwa, należy odróżnić od obsesji. Kompulsje są reakcjami na obsesyjne myśli i dotyczą jawnych czynności (mycie rąk, ciągłe sprawdzanie pewnych czynności) lub ukrytych (liczenie rzeczy, modlenie się czy powtarzanie określonych słów w myślach). Jak stwierdza A.S. REBER, kompulsje są stanami psychologicznymi, w których osoba jest zmuszona do działania wbrew sobie, jednocześnie czuje przymus tego działania³⁸. Celem wykonywania kompulsji jest zmniejszenie napięcia lub zapobieganie przykrym sytuacjom i wydarzeniom. Obsesje są nieustannie powracającymi myślami, obrazami lub bodźcami, które są odczuwane jako niepokojące i trudne do usunięcia³⁹. Osoby charakteryzujące się obsesjami, chcąc się ich pozbyć, próbują ignorować albo tłumić nieprzyjemne uczucia przy pomocy innych myśli lub działań.

W nerwicy natręctw odróżniamy psychiczny przymus od świadomości i poczucia wewnętrznego samozobowiązania. Jak podają W. ARNOLD, H. EYSENCK i R. MEILI, nerwica natręctw jest psychicznym zakłóceniem, w którym pacjent jest dotknięty pewną powtarzającą się natrętną zmianą albo natrętnie powracającymi myślami, wyobrażeniami, których nie potrafi powstrzymać⁴⁰. Wytwarza się w umyśle jednostki psychiczny przymus ograniczający możliwość działania. Występuje tendencja do przewagi myślenia abstrakcyjnego, symbolicznego i magicznego, do stosowania generalizowanych uogólnień, które hamują aktywność intelektualną. Następuje powolna dezintegracja osobowości człowieka, prowadząc do wzmożonego korzystania z mechanizmów obronnych w celu zapewnienia wewnętrznego spokoju.

Natręctwa występują na płaszczyźnie życia religijnego. Człowiek z nerwicą natręctw zmusza do określonych zachowań nie tylko siebie i innych, ale i także samego Boga. Zdaje się wołać: „Bóg musi mi pomóc!”, „Bóg nie może pozwolić, aby to się wydarzyło!” Mamy tutaj do czynienia z pewną dysocjacją, która polegać będzie na kompulsywnej, nieświadomej nienawiści Boga, przy jednoczesnym świadomym dążeniu do kochania Go⁴¹. W przypadku nerwicy natręctw możemy mieć do czynienia z takimi zachowaniami, jak stereotypowy przymus powtarzania modlitw, automatyczne wykonywanie znaku krzyża, uciekanie się do magicznych rytuałów, naduży-

³⁸ A.S. REBER, *Słownik psychologii*, Warszawa 2000, s. 308.

³⁹ R.C. CRASON, J.N. BUTCHER, S. MINEKA, *Psychologia zaburzeń*, t. I, Gdańsk 2005, s. 298.

⁴⁰ W. ARNOLD, H. EYSENCK, R. MEILI, *Lexikon der Psychologie*, t. III, Freiburg 1980, k. 2598.

⁴¹ KUCZKOWSKI, *Psychologia religii*, s. 276.

wanie rzeczy świętych (wody święconej, krzyża), bezkrytyczne stosowanie postów i wyrzeczeń oraz nieustanny przymus spowiedzi.

Interesującą charakterystykę natręctw na tle religijnym występujących w judaizmie podają D. GREENBERG i E. WITZTUM. Judaizm jest religią, która przykłada wielką wagę do czystości i dokładności rytuałów i obrzędów. Jakikolwiek odchylenia czy zaniedbania są surowo potępiane przez przepisy liturgiczne. Wymienieni autorzy przeprowadzili badanie w szpitalu psychiatrycznym w Jerozolimie na grupie 34 pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym⁴². Symptomy religijne były obecne u 13 z 19 pacjentów ultraortodoksyjnych oraz u 1 z 15 nieortodoksyjnych. Wyróżniono cztery kategorie patologicznych zachowań: modlitwa, praktyki postu, praktyki czystości menstrualnej oraz czystość przedmodlitewna. Autorzy stwierdzają, że wskazania kodeksów religijnych odnośnie powyższych zachowań stymulowały osoby do kompulsywnego powtarzania swoich religijnych modlitw i rytuałów. Jednocześnie podkreślają, że sama religia nie generuje zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, lecz raczej stanowi „bazę pojęciową” wykorzystywaną przez religijnych pacjentów, tzn. będąc już chorymi korzystają oni z treści religijnych.

Wśród natręctw religijnych możemy wyodrębnić natręctwa bluźnierstwa, należące do dziedziny natręctw kontrastowych, których charakterystyczną cechą jest pojawienie się myśli, pragnień i wyobrażeń wobec osób kultu religijnego będących poza świadomością jednostki. H. BLESS podaje, że u osób religijnych myśli te posiadają często treść religijną. W czasie modlitwy, przystępując w kościele do sakramentów św. czy spoglądając na obrazy religijne osoby doświadczają myśli bluźnierczych. W innych przypadkach występują myśli dotyczące deptania krzyża i hostii⁴³. Wariantem natręctw kontrastowych są natręctwa agresji w stosunku do osób kultu religijnego, które pojawiają się wtedy, gdy jednostka przeżywa przykre dla siebie stany emocjonalne. W chrześcijaństwie przedmiotem natręctw u kobiet jest najczęściej Chrystus, natomiast u mężczyzn Matka Boska. Okazją wystąpienia takich zachowań agresywnych (niszczenia, profanacji obrazów lub figur sakralnych) jest najczęściej pobyt w kościele, odprawianie modlitw czy spoglądanie na obrazy religijne⁴⁴.

Następną formą natręctw są natręctwa seksualne wobec osób będących przedmiotem kultu, tj. głównie świętych. Wynikają one z niedojrzałego popędu seksualnego i łączą się z lękiem tak przed własnym pożądaniem, jak i również ewentualną karą za myślowo-wyobrażeniową profanację. Trafny przykład tego rodzaju natręctw podaje T. BILIKIEWICZ: „Religijny chory w kościele dręczony jest wyobrażeniami

⁴² D. GREENBERG, E. WITZTUM, *The influence of cultural factors on obsessive compulsive disorder: religious symptoms in a religious society*, „The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences” 31 (1994), nr 3, s. 211–220.

⁴³ BLESS, *dz. cyt.*, s. 97.

⁴⁴ S. KUCZKOWSKI, *Niektóre problemy psychopatologii w zakresie doświadczeń, postaw i zachowań religijnych*, w: Z. CHLEWIŃSKI (red.), *Psychologia religii*, Lublin 1982, s. 251.

płciowymi na temat osób stanowiących przedmiot kultu religijnego, musi zadawać sobie obrażające jego poczucie moralne pytanie na temat czynności fizjologicznych własnych rodziców, dręczy go myśl, że zataił ważne grzechy przed spowiednikiem i poprawia tę spowiedź wielokrotnie, choć wie, że skrupuły jego są niedorzecznością⁴⁵ Charakterystyczną cechą takich zachowań jest przymus wykonywania czynności, który jednocześnie wywołuje ogromne napięcie psychiczne. Chory częściowo zdaje sobie sprawę ze swych zachowań, tym niemniej nie potrafi ich opanować na poziomie decyzyjnym.

Osobną kategorię natręctw stanowią natręctwa dotykowe, które polegają na tym, że pacjent odczuwa lęk lub przymus wobec określonych przedmiotów, np. uważa, że jest brudny i chce się oczyścić poprzez rytualne mycie⁴⁶. Przymus dotyków w sferze religijnej może manifestować się w postaci dotykania figur sakralnych w celu uwolnienia się od lęku. Do specyficznych natręctw dotykowych należą natręctwa wątpliwości związane z Komunią św. (czy cząstki Eucharystii nie przyłgnęły do zębów, warg, jamy ustnej; czy usta są dostatecznie czyste przed przyjęciem Komunii św.). Psychiatria dopatruje się u osób z dotykowymi czynnościami przymusowymi występowania głębokich zaburzeń osobowości na tle drobnych zmian organicznych, wymagających ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego⁴⁷

Specyficznym rodzajem natręctw wątpliwości na tle religijnym są skrupuły. Osoba skrupulacka jest ofiarą permanentnego lęku przed grzechem popełnionym w jednym z trzech wymiarów czasowych: przeszłości, teraźniejszości lub przyszłości. Prowadzi to do psychicznego cierpienia powodującego trudności w ocenie tego, co jest dozwolone, a co zabronione, a także, co jest ważne lub bez znaczenia. Motywacja i możliwości podejmowania decyzji skrupulatów są paraliżowane i osłabione przez lęk. Wykonanie danej czynności, nawet w sposób pedantycznie odpowiadający założonemu sposobowi, nie uwalnia od lęku, gdyż osoba zaczyna zastanawiać się nad tym, gdzie popełniła błąd⁴⁸. W ten sposób wykonanie prostych, codziennych czynności może zabierać nienaturalnie dużo czasu, np. ubranie się może przeciągnąć się do kilku godzin.

Charakterystyczną cechą osoby skrupulackiej jest fakt, że na poziomie poznawczym wyraźnie rozumie istniejące zasady i normy. Jest zdolna do oceny słuszności postępowania moralnego, lecz gdy przychodzi do zastosowania oceny do siebie samej, okazuje się to niewystarczające. Jak stwierdza H. Bless, skrupulaci są całkowicie

⁴⁵ T. BILIKIEWICZ, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1979, s. 111.

⁴⁶ Por. M. VAN DEN HOUT, M. KINDT, *Repeated checking causes memory distrust*, „Behaviour Research and Therapy” 41 (2003), s. 301–305.

⁴⁷ KUCZKOWSKI, *Psychologia religii*, s. 290.

⁴⁸ J.S. ABRAMOWITZ, *Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS)*, „Behaviour Research and Therapy” 40 (2002), nr 7, s. 825–38; B.A. FALLON, *The pharmacotherapy of moral or religious scrupulosity*, „The Journal of Clinical Psychiatry” 51 (1990), nr 12, s. 517–521.

opanowani przez bezpodstawny i bezrozumny lęk przed grzechem, dlatego nie umieją już normalnie oceniać osobistych czynów⁴⁹. Człowiek skrupulatny nieustannie poszukuje racji uzasadniających swoje postępowanie, lecz nie jest w stanie znaleźć żadnych poważnych podstaw dla wątpliwości głównie dlatego, iż brak jest jakichkolwiek obiektywnie ważnych przyczyn. Wątpliwości tkwią tutaj przede wszystkim w sferze psychiki⁵⁰. Sfera poznawcza i emocjonalna wydają się funkcjonować oddzielnie, co powoduje, że procesy poznawcze (myślenie) nie są w stanie sprawować właściwej kontroli nad emocjami i uczuciami. Sam proces rozumowania także wydaje się być silnie zaburzony.

Przedmiot skrupułów, wokół którego krystalizują się obawy i wątpliwości, może być różnorodny. Z jednej strony mamy do czynienia z interpretowaniem przepisów religijnych jako normujących postępowanie człowieka w najdrobniejszych nawet szczegółach, a z drugiej — odczuwaną przez daną osobę koniecznością ich skrupulatnego i dosłownego przestrzegania. Taki sposób interpretowania wyznawanej religii oraz własnej osoby prowadzi zarówno do głębokich przeżyć lęku, jak i do sparaliżowania przez lęk możliwości uniknięcia popełnienia niewłaściwego czynu⁵¹. W dziedzinie życia religijnego skrupuły występują głównie przy dokonywaniu oceny moralnej. Skrupulat nieustannie, permanentnie draży swoje sumienie, precyzyjnie analizuje swoje religijne zachowania, bacząc, aby nie było w nich nawet cienia wątpliwości odnośnie religijnych zasad. Przed i po wykonaniu każdej praktyki religijnej stawia sobie dziesiątki pytań, które mają utwierdzić go w subiektywnym poczuciu prawidłowego jej wykonania.

Występowanie skrupułów można zauważyć w tych praktykach religijnych, w których wymagana jest szczegółowa ocena moralna własnego postępowania, np. w spowiedzi. Będzie wyrażać się w przymusie powtarzania spowiedzi, wyznawaniu tych samych grzechów kilkakrotnie, przystępowaniu za każdym razem do spowiedzi generalnej, pomimo że z obiektywnego punktu widzenia nie ma takiej potrzeby⁵². P. IONATA, odnosząc się do zagadnienia skrupułów, konstatuje, że skrupulat obsesyjny myśli, że zgrzeszył w każdej sytuacji czy poprzez każde wyrażenie, często myli myśl z rzeczywistością, a pojęcie grzechu z niepokojem, iż zgrzeszył naprawdę. W takiej sytuacji nie pomaga zmiana spowiedników, ponieważ skrupulat nie przyjmuje ich rad. Wówczas częsta praktyka spowiedzi osiąga przeciwny cel, tj. wzmacnia neurotyczny niepokój osoby⁵³. Przyczyną powyższego zachowania są wewnętrzne konflikty i napięcia, wyrażające się we wszechogarniającej wątpliwości, czy dane działanie,

⁴⁹ BLESS, *dz. cyt.*, s. 169.

⁵⁰ Por. D. GREENBERG, *Scrupulosity: religious attitudes and clinical presentations*, „The British Journal of Medical Psychology” 60 (1987), s. 29–32; D.M. WULFF, *Psychologia religii*, Warszawa 1999, s. 253.

⁵¹ H. GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA, *Psychologia religii*, Kraków 1991, s. 109.

⁵² Por. RUDIN, *dz. cyt.*, s. 179–181.

⁵³ P. IONATA, *Psychoterapia a problemy życia religijnego*, tl. H. Urban, K. Hana, Kraków 1993, s. 201.

np. wyznanie grzechów, rzeczywiście nastąpiło i czy było ważne z punktu widzenia zasad religii.

Innym spotykanym przykładem skrupulactwa jest przyjęcie Komunii św. Skrupulaci chcieliby ją przyjąć natychmiast po uzyskaniu absencji sakramentalnej, co powoduje, że następnego dnia znowu chcą przystąpić do spowiedzi. Ponadto skrupuły mogą objawiać się w tym, że człowiek po każdorazowym uczestnictwie we Mszy św. i przyjęciu Komunii św. odczuwa intensywny lęk na myśl o upuszczeniu części hostii, dotknięciu jej o ubranie czy niewłaściwym spożyciu. W rezultacie po powrocie z kościoła doznaje przymusu przebierania się i prania wszystkich części odzieży, które miał na sobie podczas mszy⁵⁴.

5. Choroby psychiczne a zjawiska o charakterze religijnym

Nasz przegląd psychopatologicznych zjawisk religijnych rozpoczniemy od obrazu religijności w schizofrenii. Jest to choroba psychiczna, dla której charakterystycznymi cechami są: dezintegracja funkcjonowania osobowości, występowanie urojeń, halucynacje, zaburzenie myślenia, brak kontaktu z rzeczywistością, oderwanie od rzeczywistości, ołędzenie uczuciowe oraz zaburzenia emocji i nastroju⁵⁵. Schizofrenia jest chorobą bardzo złożoną i trudną do jednoznacznego opisu, istnieje co najmniej kilka różnych koncepcji podejmujących próbę wyjaśnienia jej etiologii. Prowadzi ona do regresji osobowości u pacjenta, która polega na cofaniu się do wcześniejszych form zachowań. Jak podają CH. MICHEL i F. NOVAK, chory na schizofrenię żyje w takim świecie, który dla obserwatora zewnętrznego nie jest zrozumiały, ponieważ jest to jednocześnie świat urojony i rzeczywisty⁵⁶.

Przy łżejszych formach schizofrenii chorzy wykazują zainteresowanie tematami religijnymi lub filozoficznymi, objawiają skłonności do mistycyzmu, okultyzmu i dewocji. Wiele czasu spędzają na czytaniu Pisma św., notowaniu interesujących ich cytatów biblijnych, podejmują próby nawracania współtowarzyszy, lekarzy i pielęgniarek. Przy postępującym rozpadzie osobowości na plan pierwszy wysuwają się przeżycia ołędne i urojenia religijne⁵⁷. Z perspektywy psychiatrycznej A. KĘPIŃSKI opisuje takie zachowanie następująco:

W każdym oddziale psychiatrycznym zawsze trafiają się chorzy, którzy w stanie ostrej psychozy zmieniają się w swoim subiektywnym odczuciu w Boga lub szatana. Są to na ogół

⁵⁴ TERRUWE, BAARS, *dz. cyt.*, s. 162.

⁵⁵ A.M. COLMAN, *A dictionary of psychology*, New York 2003, s. 653.

⁵⁶ CH. MICHEL, F. NOVAK, *Kleines Psychologisches Wörterbuch*, Freiburg 1991, s. 340; zob. też M. METSANEN, K.-E. WAHLBERG, H. HAKKO, O. SAARENTO, P. TIENARI, *Thought Disorder Index: A longitudinal study of severity levels and schizophrenia factors*, „Journal of Psychiatric Research” 40 (2006), nr 3, s. 258–266.

⁵⁷ GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA, *dz. cyt.*, s. 98.

krótkotrwałe momenty olbrzymiego napięcia psychicznego, kiedy chory odczuwa swoją wszechmoc; świat, który przez całe życie był mu więcej przeszkodą niż pomocą, leży teraz u jego stóp; ludzie, którzy go zawsze onieśmielali, teraz jak automaty wypełniają jego rozkazy; jego własne ciało, które dotychczas sprawiało mu tyle kłopotu, przemieniło się w ciało boskie, nie potrzebujące pokarmów ani napojów, zdolne do największych wysiłków⁵⁸.

Analizując niniejszą wypowiedź, widać, że umysł osoby chorej na schizofrenię działa w nienaturalnie szybkim tempie, zburzone zostają bariery normalnie chroniące umysł przed naporem chaotycznych bodźców i własnej podświadomości. Świat wewnętrznych myśli miesza się ze światem zewnętrznym.

Pojawia się pytanie, do jakiego stopnia religia jako system wierzeń i przekonań wpływa na choroby psychiczne. Odpowiadając na nie, M. ARGYLE stwierdza, że w większości przypadków chorobowych osoby były już wcześniej chore psychicznie i zaczęły wykorzystywać treści religijne, używając pojęć i idei zaczerpniętych z ich własnych religii w ten sam sposób, w jaki inni pacjenci wykorzystują informacje naukowe czy techniczne⁵⁹. Z tego względu tematyka urojeń czy halucynacji może dotyczyć wierzeń religijnych i przesądów magicznych opartych często na zabobonach.

Badania nad wiarą w przesady przeprowadzone przez A. GRZYWĘ i B. ŚPIŁA wykazały, że chorzy na schizofrenię paranoidalną częściej niż ludzie zdrowi psychicznie wyrażają wiarę w przesady dotyczące różnych zjawisk w świecie otaczającym, które mogą wróżyć im nieszczęście, oraz w to, że niektórzy ludzie mogą rzucać uroki⁶⁰. Schizofrenicy stwierdzają, że w drodze myślowej, jak również za pośrednictwem specjalnie ukazanych im znaków i przemawiających do nich głosów, zostało powierzone im jakieś specjalne zadanie czy posłannictwo, które mają zrealizować. Literatura psychiatryczna dostarcza przykładów różnego rodzaju urojeń wielkościowych. Wśród chorych są tacy, którzy doświadczają nagle uczuć głębokiego, wewnętrznego spokoju lub też nieuzasadnionego lęku przeplatane momentami szczęścia. W mistycznym uniesieniu ogarniają cały wszechświat, niespodziewanie doznają uczuć rozplywania się we wszechświecie, zjednoczenia z bliżej nieokreślonym bóstwem, przeżywają głęboką religijną ekstazę. U podstawy urojeń wielkościowych leży przekonanie chorego, że jest niezwykłą osobistością — wówczas chory twierdzi, że jest Chrystusem lub Mesjaszem⁶¹.

Schizofrenicy, u których pojawiają się religijne idee interpretowane w sposób wypaczony i zniekształcony, są zdolni do ciężkich samookaleczeń, chcąc w ten sposób pozostać w zgodzie ze swoiście rozumianą „wolą Bożą”. A.W. KUSHNER podaje dwa przypadki autokastracji dokonanych przez schizofreników, na których głębokie wrażenie wywarły słowa Mt 19,12: „(...) są niezdolni do małżeństwa, których ludzie

⁵⁸ A. KĘPIŃSKI, *Rytm życia*, Kraków 1992, s. 152.

⁵⁹ M. ARGYLE, *Psychology and religion*, London–New York 2000, s. 161.

⁶⁰ A. GRZYWA, B. ŚPIŁA, *Wiara w przesady u osób zdrowych i u chorych na schizofrenię paranoidalną*, ZP 36 (1993), nr 1–2, s. 147.

⁶¹ A. GRZYWA, *Tendencjonalność myślenia*, Lublin 1995, s. 223–224.

takimi uczynili; a są i tacy bezzenni, którzy dal królestwa niebieskiego sami zostali bezzenni” Obydwa opisy kastracji, które zdarzyły się w kontekście religijnym, są trudne do jednoznacznego wytłumaczenia. Autor, próbując wyjaśnić to działanie, stwierdza, że podświadoma motywacja mogła być uwarunkowana kilkoma czynnikami: skłonnością do schizofrenii, represjonowanym homoseksualizmem, religijnym otoczeniem, które podkreślało grzech i szukało zadośćuczynienia, skrajnym odniesieniem tych religijnych idei w świat iluzji, a także zbyt dosłowną interpretacją słów Biblii⁶². Zaznaczyć należy, że w schizofrenii spotykamy się z przypadkami autokastracji, które nie wiążą się z motywacją religijną. R. GÖSSLER, C. VESELY, M.H. FRIEDRICH podają kliniczny przykład młodego mężczyzny, który dokonał tego okaleczenia⁶³. W jego przypadku główną przyczyną były nierozwiązane konflikty z okresu dojrzewania, stanowiące silny czynnik patologiczny. Widać zatem, że przyczyna zachowań autokastracyjnych tkwi nie tyle w religii, co w psychice chorej osoby.

Inny obraz patologii religijności występuje w zaburzeniu dwubiegunowym zwanym dawniej psychozą maniakalno-depresyjną⁶⁴. Po schizofrenii jest to najczęściej występującą chorobą psychiczną. Charakteryzuje się silnymi zaburzeniami nastroju w postaci dwóch form: depresji oraz manii. Obie te fazy zmieniają się naprzemiennie i tworzą jedną, spójną całość. Dominującym symptomem tej psychozy są stany lękowe, które mogą mieć różne nasilenie: od niepokoju aż po silny strach paraliżujący psychikę. Na płaszczyźnie religijnej stany lękowe są ściśle związane z urojeniami samooskarżającymi, urojeniami grzeszności, winy i z poczuciem małowartościowości. W zaburzeniu dwubiegunowym mamy także do czynienia z zaburzeniami uwagi, myślenia i spostrzegania, brakiem pewności siebie, poczuciem winy i nieumiejętnością podejmowania decyzji.

W fazie depresyjnej występują urojenia grzeszności, wiążące się z pragnieniem kary, urojenia prześladowcze, będące, odmiennie niż w nerwicach, nie wyrazem lęku, lecz pragnieniem zadośćuczynienia i pokuty. Chory za wszelką cenę chce naprawić swój grzech, zaniedbanie i krzywdę, które popełnił. Jeśli zgrzeszył w sferze religijnej, to stara się jak najszybciej i najdokładniej wypełnić ustaloną wcześniej karę ekspiacyjną⁶⁵. Często tym zachowaniom towarzyszą apokaliptyczne wizje końca świata. Obniżenie nastroju wpływa negatywnie na wszelkie formy zachowań religijnych, prowadząc chorego w kierunku myślenia fatalistycznego, zabarwionego silnym ładunkiem pesymizmu.

⁶² A.W. KUSHNER, *Two cases of auto-castration due to religious delusions*, w: L.B. BROWN (red.), *Psychology and Religion*, Harmondsworth 1973, s. 374.

⁶³ R. GÖSSLER, C. VESELY, M.H. FRIEDRICH, *Selbstkastration eines psychotischen Patienten — Eine entwicklungspsychopathologische Betrachtung*, „Psychiatrische Praxis” 29 (2002), nr 4, s. 214–217.

⁶⁴ H. GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA, *Religia a kultura. Wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii*, Kraków 2004, s. 168–169.

⁶⁵ Por. J. SZMYD, *Psychologia religii*, Kraków 1985, s. 82–83.

W fazie maniakalnej przeważają urojenia wielkościowe, idee nadwartościowe, wielkie czyny i dzieła religijne, uczucia euforii i gniewu w sferze uczuć religijnych. Wzmoczona aktywność psychoruchowa powoduje, że w tym stanie chorzy tworzą tysiące projektów reform religijnych, społecznych czy gospodarczych. Wierzą w szczególne wezwanie otrzymane od Boga i sądzą, że są narzędziami wybranymi do spełnienia planów Bożych. Inni uważają, że są Matką Bożą albo Mesjaszem, ogłaszają siebie za reformatorów świata i proroków posłanych od Boga. Nieraz potrafią wpłynąć przez takie idee na otoczenie — wówczas mamy do czynienia z obłędem indukowanym, udzielonym. Jeśli zaś nie znajdują posłuchu dla swych religijnych *idées fixe*, to uważają się za męczenników i ofiary prześladowań. Osoby takie często wykazują „podwójną osobowość” tj. zarówno ludzi wyższych, uprzywilejowanych, jak i zwykłych, szarych obywateli⁶⁶

Z występowaniem treści religijnych spotykamy się w zaburzeniach epileptycznych, gdzie zaburzenia uwagi, myślenia i uczuć (stany otępienia i ambiwalencja uczuć) współwystępują z zaburzeniami życia religijnego chorych. Osoby wykazują wówczas inklinacje do bigoterii, do przesadnego wykonywania praktyk religijnych, np. do długotrwałych, wyniszczających postów, a także do mistycyzmu, fanatyzmu i religijnego zaślepienia⁶⁷. Złośliwość, kłótniwość i chęć dokuczenia innym epileptyk może wyrażać poprzez patetyczne frazesy o charakterze religijnym. Również psychopaci z przewagą stanów epileptycznych skłonni są z jednej strony do uduchowionych wzlotów, mistycyzmu, dewocji, a z drugiej do okrucieństwa, sadyzmu i życia rozpustnego. Jak podkreśla A. Kępiński, spotyka się tutaj oscylowanie między wzniosłą hierarchią wartości, często religijnych, a hierarchią uwzględniającą najgorsze cechy ludzkiej natury⁶⁸. Badania A. OGATY i T. MIYAKAWY wykazały, że doświadczenia religijne występują u tych chorych na epilepsję, u których religia posiada wyraźny kult i rytuały, tj. szintoizm i chrześcijaństwo, natomiast nie występują w psychozie chorych, których religia nie jest ściśle związana z kultem, np. buddyzm⁶⁹. Może to oznaczać, że osoby chore „wykorzystują” treści, wcześniej znane ze swoich praktyk religijnych, do kreowania wyimaginowanego świata.

Charakterystyczny obraz psychopatologicznych zachowań religijnych występuje w psychozie reaktywnej. Do objawów psychozy reaktywnej należą m.in. zespoły histeryczne, charakteryzujące się zjawiskami hiperkinetycznymi, osłupieniem, omdleniem, bólami rozmaitego gatunku, letargiem i napadami histerycznymi. W niektórych okolicznościach może dojść do częściowego ograniczenia pola świadomości w połączeniu z religijnymi przeżyciami zachwyty czy ekstazy. Pojawiająca się dezo-

⁶⁶ BLESS, *dz. cyt.*, s. 92.

⁶⁷ GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA, *Psychologia religii*, s. 100.

⁶⁸ A. KĘPIŃSKI, *Psychopatie*, Kraków 1992, s. 121.

⁶⁹ A. OGATA, T. MIYAKAWA, *Religious experience in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes*, „Psychiatry and Clinical Neuroscience” 52 (1998), s. 323–324.

rientacja miejsca i czasu może prowadzić do doświadczenia z pogranicza mistycyzmu, np. wizje mistyczne, objawienia, które nie mają jednak realnego charakteru, lecz są wytworem psychiki chorego. Wczuwanie się w konkretne treści religijne, np. w mękę Chrystusa, sprawia, że u chorych pojawiają się stygmaty, co w jednostkowych przypadkach może spowodować zbiorową indukcję histeryczną. Treść zauroczeń bywa, zwłaszcza u kobiet, mieszaniną elementów erotyczno-religijnych. Podkreślić należy, że przedmiot zainteresowania — obojętnie czy jest to religia, czy coś innego — zanika po krótkim czasie lub przyjmuje inną formę⁷⁰

Kolejnym, choć obecnie rzadko spotykanym przejawem życia religijnego jest opętanie przez szatana lub demony. Tradycja i teologia chrześcijańska uważa, że szatan jest upadłym aniołem, który jako duch czysty posiada nadzwyczajną siłę zdolną zawładnąć ciałem człowieka i jego zmysłami. Z tego względu człowiek może zostać opętany przez złego ducha. W Piśmie Świętym znajdujemy szereg wzmianek o opętaniu, świadczących o działaniu szatana (zob. Łk 4,33-36; Mk 5,2-15; Mt 4,1-11).

Nowy Rytuał Rzymski podaje jako oznaki prawdziwego opętania: wypowiedanie słów w nieznanym sobie języku albo rozumienie mówiącego, wyjawianie spraw ukrytych i nieznanych, posiadanie siły nieproporcjonalnej do wieku albo przekraczającej naturalne możliwości ludzkie. Należy także brać pod uwagę inne zachowania natury moralnej i duchowej, np. gwałtowną nienawiść do Boga, Matki Bożej, Kościoła, świętych, Biblii, przedmiotów sakralnych⁷¹. Ten sam dokument zaleca jednak, aby przy rozpoznaniu opętania brać pod uwagę fizyczny i psychiczny stan osoby, a także radzi zasięgnięcie opinii specjalistów w dziedzinie psychiatrii i medycyny⁷². Oznacza to postulat zbadania oznak, które wyróżniają opętanego od osoby cierpiącej na chorobę psychiczną, aby wykluczyć występowanie tej choroby.

Przeciwnie stanowisko zajmują niektórzy psychiatrzy, szczególnie w krajach Europy Zachodniej i USA, którzy traktują opętanie przez szatana i demony jako przejaw zaburzeń psychicznych. Identyfikują oni opętanie szatańskie z osobowością rozszczepioną, występującą w schizofrenii. Na wysuwane argumenty biblijne, że Chrystus wyraźnie mówił o szatanach, że ich wyrzucał, zdawał się wskazywać na nich jako na źródło pewnych chorób, odpowiada się, że Jezus był człowiekiem swego wieku, że Jego ludzka natura uczestniczyła w aktualnej tym czasom nieznanym symptomów chorobowych, albo też, że chociaż znał schorzenie lepiej od otaczających go, to jednak nie zdradzał się ze swą wiedzą⁷³

Chcąc obiektywnie odpowiedzieć na wynikające z powyższych uwag pytanie, czy w dzisiejszych czasach zdominowanych przez naukę i technikę mamy podstawy, by

⁷⁰ GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA, *Religia a kultura*, s. 170.

⁷¹ *Rytuał Rzymski. Egzorcyzmy i inne modlitwy błagalne*, Katowice 2002, s. 17.

⁷² *Tamże*, s. 18.

⁷³ KUCZKOWSKI, *Niektóre problemy psychopatologii*, s. 264.

mówić o opętaniach przez szatana, musimy rozważyć związek między opętaniem a chorobami psychicznymi.

Współczesna psychopatologia widzi w schizofrenii, depresji, psychopatii, histerii czy syndromach epilepsji patogenną bazę dla procesu, w czasie którego dochodzi przy współdziałaniu socjokulturowych czynników do pseudodemonologicznego fenomenu, który wcześniej psychiatria określała jako demonopatię. Bardzo łatwo jest więc pomylić rzeczywiste opętanie z jakąś chorobą psychiczną, gdyż objawy mogą być w niektórych przypadkach podobne. Diagnozowanie wymaga ostrożności i rozwagi. Zdarza się bowiem, że histerycy pragnący zwrócić uwagę na siebie symulują opętanie diabelskie; także w przeszłych wiekach zdarzało się, że zwykłą chorobę psychiczną poczytano za opętanie⁷⁴. Widać zatem, że granica pomiędzy rzeczywistym opętaniem a chorobą psychiczną jest nieostra i wymaga dokładnego zbadania w każdym poszczególnym przypadku.

Interesujący przykład analizy opętań z perspektywy międzykulturowej przedstawiają N. GRISARU, D. KUDOWSKI i E. WITZTUM, którzy opisują przypadki zmienionych stanów świadomości zaobserwowanych u imigrantów z Etiopii do Izraela⁷⁵. Przypadki te nazwane są „opętaniem przez duchy Zar” (*possession by Zar spirits*) i są jednymi z najczęstszych fenomenów tego rodzaju w Afryce. Objawy obejmują mimowolne ruchy ciała, mutyzm (stan, w którym osoba nie może mówić) oraz niezrozumiały język. Po dokonaniu analizy kulturowych, antropologicznych i psychiatrycznych autorzy stwierdzają, że opętanie Zar powinno być traktowane jako syndrom psychiatryczny związany z daną kulturą.

G. ROTH, zastanawiając się nad opętaniem, wymienia następujące jego cechy: (1) w zachowaniu osoby dochodzi do zakłócenia ciągłości i spójności w działaniu, ukazuje się wtedy rozdwojenie osobowości; (2) posiadanie zdolności, wiedzy i umiejętności, których chory nie wykazywał będąc zdrowym, a których nie da się wytłumaczyć hipotezami patologicznymi; (3) dokonuje się zupełna transformacja moralnego charakteru człowieka. Przypadek osoby, u której występują powyższe symptomy, można by określić jako opętanie, ale należy to zbadać bardzo dokładnie w oparciu o wiedzę psychiatryczną. W przeciwieństwie — pseudoopętanie w psychiatrycznym rozumieniu jest najwyższym stopniem zaburzeń „ja”, utratą poczucia swojej „tożsamości” (*Meinhaftigkeit*), co jest cechą charakterystyczną fenomenu opętania⁷⁶. W podobnym stylu interpretowane są zachowania satanistyczne, które w przeważającej mierze okazują się wynikać z zaburzeń osobowości, np. z wielokrotnego zaburzenia osobowości MPD (*multiple personality disorder*). Gdy osoba z powyższym zaburze-

⁷⁴ BLESS, *dz. cyt.*, s. 66.

⁷⁵ N. GRISARU, D. KUDOWSKI, E. WITZTUM, *Possession by the 'Zar' among Ethiopian immigrants to Israel: psychopathology or culture-bound syndrome*, „Psychopathology” 30 (1997), nr 4, s. 223–225.

⁷⁶ G. ROTH, *Diakrisis tvn pneumatvn. Religionspsychopathologische und pastoralpsychiatrische Erwagungen*, ARP 21 (1994), s. 105.

niem spotka się z grupą satanistyczną, wówczas będzie bardzo podatna na różnorodne zachowania patologiczne⁷⁷

Jeśli chodzi o egzorcyzmy, to Kościół okazuje się bardzo roztropny w udzielaniu władzy egzorcyzmowania i daje ją jedynie wtedy, gdy zachodzą oczywiste oznaki opętania⁷⁸. J.R. GASCARD konstatuje, że w dzisiejszych postmodernistycznych czasach można stosować egzorcyzmy do przypadków opętań. Nie można tego jednak robić wyłącznie za pomocą starych rytuałów i metod. Trzeba koniecznie zastosować współczesną wiedzę psychiatryczną i psychologiczną, a każdy przypadek powinien być rozpatrzony osobno i z uwzględnieniem osobowości opętanego. Autor dodaje:

Egzorcyzm jest formą uzdrowień wiarą. Leczenie wiarą za pomocą egzorcyzmów zakłada konieczność wiary u opętanego, jak i absolutną autentyczność wiary egzorcysty i moc duchową w imię której wyrzuca on złe duchy. Brak pomyślnego wyniku egzorcyzmu pokazuje, że wiara czy autentyczność egzorcysty nie zawsze są wystarczające⁷⁹

Stosowanie egzorcyzmów wiąże się zatem ściśle z wiarą zarówno egzorcysty, jak i egzorcyzmowanego, dlatego zrozumienie egzorcyzmów domaga się spojrzenia przez pryzmat danej religii.

Wystąpienie opętania i stosowanie egzorcyzmów dopuszcza L. WEATHERHEAD, puentując, że w niektórych okolicznościach ludzie mogą pozostawać pod oddziaływaniem czegoś, co zdaje się być przejawem innej inteligencji. Autor uważa, że rzeczą wątpliwą jest, aby wszystkie przypadki z Pisma Świętego i z obszarów misyjnych przypisywane szatańskiemu opętaniu wytłumaczyć wyłącznie pojęciami psychiatrycznymi⁸⁰. Z pewnością wiele z przypadków tzw. pseudoopętań ma swoje korzenie w chorobie psychicznej jednostki i może być wytłumaczona w oparciu o aktualną wiedzę psychiatryczną. Pozostaje jednak pewien zakres schorzeń, które trudno jednoznacznie sklasyfikować jako choroby psychiczne, co dopuszcza ich interpretację psychologiczno-teologiczną jako przypadki opętań. Jak wyraźnie podkreśla J. DĘBIEC, obecne metody psychiatrii nie pozwalają na jednoznaczne zakwalifikowanie opętania do grupy zaburzeń psychicznych⁸¹. Wiedza psychiatryczna i psychologiczna wciąż się rozwija i nadużyciem intelektualnym byłoby roszczenie do pełnego wytłumaczenia wszystkich ludzkich zachowań.

W podsumowaniu badań nad psychopatologicznymi przejawami życia religijnego widzimy, że są one zniekształceniem i deformacją treści religijnych. Bazując na psychice chorego człowieka, prowadzą do powstania patologicznych form zachowania, które są wypaczeniem zdrowej religijności. Jak podkreśla wielu autorów,

⁷⁷ S. MULHERN, *Satanism, ritual abuse, and multiple personality disorder: a sociohistorical perspective*, „The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis” 42 (1994), nr 4, s. 285–286.

⁷⁸ R. LAURENTIN, *Szatan: mit czy rzeczywistość*, tł. T. Szafranski, Warszawa 1998; s. 95; *Rytuał Rzymski. Egzorcyzmy i inne modlitwy błagalne*, s. 16.

⁷⁹ J.R. GASCARD, *Zur Renaissance des Exorzismus*, ARP 21 (1994), s. 123.

⁸⁰ L.D. WEATHERHEAD, *Psychology, religion and healing*, London 1968, s. 106.

⁸¹ J. DĘBIEC, *Opętanie: Próba psychopatologicznego ujęcia problemu*, Kraków 2000, s. 110.

wyniki badań klinicznych stwierdzają, że głównym czynnikiem w wyjaśnianiu zachowań psychopatologicznych w sferze religii nie jest osobista religijność, lecz zaburzenia psychiczne danej osoby, stanowiące podłoże tych zachowań⁸². Patologiczne zjawiska religijne mają różną postać w zależności od rodzaju choroby czy zaburzeń psychicznych, na które cierpi pacjent. Wspólną ich cechą jest jednak to, że dezorganizują osobowość pacjenta, narażając go na wewnętrzne udręki, psychiczny ból czy nieakceptację społeczeństwa. Stanowi to jednocześnie „wyzwanie i wezwanie” do bardziej odpowiedzialnego i rzetelnego zmierzania się z tym zagadnieniem, zarówno na płaszczyźnie nauki, jak i praktycznej pomocy ludziom chorym.

Psychopathological symptoms of religious life

Summary

Religion is consistently considered to be an integral part of human life. The relationship between religiosity and psychopathology has been explored in many ways. The article concentrates on psychopathological symptoms of religious life and tries to investigate which factors are responsible for pathological behaviour in this field. It starts with describing the main methodological issues of abnormal psychology i.e. the concept of pathology and definitions of abnormality. The discussion of the terms “madness” and “insanity” leads us on to those areas of thinking and behaving that appear to deviate from normal modes of functioning. However, deciding what proper and appropriate examples of psychopathology are is not easy. As we noted, someone’s deviating behaviour from accepted norms and patterns does not mean that the person is suffering from a mental or psychiatric illness.

Then, the article provides an insight into four major fields of psychopathology of religious life: neurotic concept of God, pathological guilt, religious-moral compulsions and scruples, and relationships between mental illnesses and religious behaviour. Each issue is precisely analysed from a psychological and psychiatric point of view. References to religious aspects of human life are also made. Having researched these areas we come to the conclusion that in most cases individuals showing pathological religious behaviour were insane already and have simply chosen to express their troubles in a religious way, using ideas from their religions, just as other patients may use the latest scientific or technological findings to justify their pathological thinking. Mental health is associated with intrinsic religiosity, but not so much with extrinsic. Surveys of literature find that it might be attributed to a strong impact made by the system of religious beliefs. The conclusions support clinical observations that the primary factor in explaining pathological functioning in religious patients is not their personal religious commitment but their underlying psychopathology.

⁸² Por. A. DESROSIERS, S. FLEUROSE, *Treating Haitian patients: Key cultural aspects*, „American Journal of Psychotherapy” 56 (2002), nr 4, s. 518–520; D.R. JOHNSON, J. WESTERMAYER, *Psychiatric therapies influenced by religious movements*, w: J.K. BOEHNLEIN (red.), *Psychiatry and religion*, Washington 2000, s. 105; S. PFEIFER, U. WAELTY, *Anxiety, depression, and religiosity — a controlled clinical study*, „Mental Health, Religion, and Culture” 2 (1999), nr 1, s. 35.