

## Wybrane objawy zaburzeń psychicznych podczas spowiedzi i wspierająca reakcja spowiednika

Selected symptoms of mental disorders during confession  
and supportive reaction of the confessor

GRZEGORZ WĄCHOL

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Wydział Filozoficzny, Polska

grzegorz.wachol@upjp2.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0002-6427-7231>

**Abstract:** The purpose of the article is to show and synthetically describe the most common symptoms that may indicate the presence of a mental disorder, which can be observed by the confessor during the confession. Subsequently, the text shows the supportive attitude of the confessor, who can activate the penitent to work on himself not only in the spiritual development, but also mental health. The data on the description of attitude indicators deviating from the accepted standards of mental health were subjected to functional analysis and classified in the context of the most common mental disorders. In the process of synthesis, a set of rules for the confessor's conduct in the case of finding penitent's symptoms of a disorder. Observation of the above-mentioned symptoms is possible during the sacrament of penance and reconciliation, although it does not constitute a professional diagnosis of mental health. Inappropriate approach may be conducive to the activation of actions for the discussed type of health by the penitent, by the influence of the confessor's recommendations.

**Keywords:** confession; symptoms of a mental disorder; therapy; pastoral counseling

**Abstrakt:** Celem artykułu jest syntetyczny opis najczęstszych objawów mogących wskazywać na występowanie zaburzenia psychicznego, co może zostać zaobserwowane przez spowiednika podczas sakramentu pokuty i pojednania. W dalszej kolejności tekst pokazuje wspierającą postawę spowiadającego, który może aktywizować penitenta do pracy nad sobą nie tylko w obszarze rozwoju duchowego, ale również zdrowia psychicznego. Analizie funkcjonalnej poddano dane dotyczące opisu wskaźników postawy odbiegającej od przy-

jętych norm zdrowia psychicznego i sklasyfikowano je w obszarze najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. W procesie syntezy opracowano zestaw zasad postępowania przez spowiednika w wypadku stwierdzenia symptomów zaburzenia u spowiadającego się. Zaobserwowanie wspomnianych wyżej objawów jest możliwe podczas sakramentu pokuty i pojednania, chociaż nie stanowi profesjonalnej diagnozy odnoszącej się do zdrowia psychicznego. Odpowiednie podejście może sprzyjać aktywizacji działań na rzecz omawianego rodzaju zdrowia przez penitenta pod wpływem zaleceń spowiadającego.

**Słowa kluczowe:** spowiedź; symptomy zaburzenia psychicznego; terapia; wsparcie duszpasterskie

## Wstęp

Na całym świecie, zwłaszcza w cywilizacji Zachodu, odnotowuje się wzrost liczby osób dotkniętych różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi. Problem ten jest coraz powszechniejszy i staje się wyzwaniem dla instytucji świadczących opiekę medyczną i socjalną, ale także każdego człowieka żyjącego w środowisku osoby z zaburzeniem psychicznym (Wojtyniak i Goryński 2020, 269-284; World Health Organization 2018). Zaburzenia psychiczne dotyczą również osób wierzących, dlatego ważną rolę odgrywa Kościół, który przez całe wieki swojej działalności wykształcił narzędzia o charakterze uzdrawiającym, a oprócz tego często jest pierwszym podmiotem mającym styczność z osobami dotkniętymi opisywanym wyżej zjawiskiem. Podstawową i jednocześnie najbardziej osobistą przestrzenią kontaktu z wiernymi, gdzie może dojść do konfrontacji z problemem natury psychicznej, jest sakrament pokuty i pojednania. To w nim penitent odkrywa całą swoją osobę, wraz z największymi tajemnicami i słabościami, pośród których może uwidocznić się zaburzenie psychiczne. Spowiednik natomiast może być pierwszą i nierzadko jedyną osobą, która dostrzeże tego typu nieprawidłowości, stąd ważna jest przynajmniej minimalna świadomość wszystkich sprawujących sakrament pokuty i pojednania w dziedzinie zdrowia psychicznego.

Niniejszy artykuł skupia się na objawach zaburzenia lub osłabionego zdrowia psychicznego, które mogą być zauważone przez spowiednika podczas szafowania sakramentu pokuty i pojednania. Sam kapłan nie może wchodzić w kompetencje terapeuty, psychologa czy lekarza, ale powinien być wyczułony na sytuacje, kiedy należy zasugerować komuś konieczność kontaktu ze specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego. Tego typu sytuacja ma również konsekwencje natury duchowej, gdyż znacząco wpływa na dyspozycję penitenta do spowiedzi. Nierzadko ogranicza jego świadomość i odpowiedzialność moralną oraz możliwość podjęcia próby zmiany swojego życia i pracy nad osobistymi słabościami, w tym walkę z grzechem.

## I. Spowiedź a terapia

Wiele miejsca w literaturze poświęcono na ukazanie właściwej relacji między sakramentem pokuty i pojednania a terapią psychologiczną. Pomimo lęku wielu duchownych przed tym rodzajem terapii i obojętności lub nieraz wręcz wrogości terapeutów względem religii obydwie przestrzenie mogą być wzajemnym uzupełnieniem i zasadniczym wsparciem dla osób dotkniętych zaburzeniem psychicznym (Prusak 2010, 220-236; de Barbaro 2004, 21-22). Podstawowe cele psychoterapii i spowiedzi są odmienne, gdyż ta pierwsza zajmuje się zdrowiem psychicznym człowieka a sakrament pokuty i pojednania jest przestrzenią miłosierdzia i powrotu do komunii z Bogiem, a więc uwzględnia przede wszystkim wartości nadprzyrodzone (Królikowski 2015, 60-62; Jan Paweł II 1998, 5). Niemniej jednak dobrze przeżyta spowiedź ma również znaczące skutki psychologiczne, które można uznać za wtórne i przyrodzone konsekwencje pojednania z Bogiem (Damazyn 2007, 57-58). Rachunek sumienia i żal za grzechy wzmacnia czynności poznawcze ludzkiego umysłu takie jak: ogólna konceptualizacja własnego życia, rozwój pamięci i planowania, możliwość analizy przeszłości, tworzenie powiązań i sytuowania własnej osoby na tle innych. Oprócz tego samo wyznanie grzechów pozwala na oczyszczenie emocjonalne i doświadczenie stanu *katharsis*, czyli ulgi przeżywanej na poziomie uczuć. Sakrament ten jest też okazją do rozmowy wspierającej i podjęcia skonkretyzowanych planów dotyczących zmian o charakterze behawioralnym, co może być urzeczywistnione poprzez realizację zadośćuczynienia i postanowienia poprawy (Worbs 2016, 93-100; Juszczak 2009, 56-69).

Spowiedź nie jest żadną formą psychoterapii i nie może jej zastępować, ma ona na celu przede wszystkim doświadczenie sakramentalne (Jan Paweł II 1994, 44). Z właściwym rozumieniem tej kwestii wiąże się konieczność profesjonalnej postawy spowiednika, który nie powinien uprawiać w konfesjonale terapii ani redukować niepokojących symptomów jedynie do sfery duchowej. Wiedza psychologiczna na podstawowym poziomie powinna być cechą każdego, kto sprawuje omawiany sakrament, a samo Magisterium Kościoła podkreśla konieczność wykorzystania nauk opisujących człowieka w perspektywie humanistycznej czy społecznej, w procesie kształcenia przyszłych kapłanów i samej praktyki duszpasterskiej (Gałkowski 2010, 41-59; Sobór Watykański II 1965a, 20). Oprócz tego ważną rolę odgrywa formacja osobowa przyszłych kapłanów oraz czynnych duszpasterzy, w tym szczególnie doskonalenie cnoty pokory, sprzyjające uznaniu za konieczne pokierowanie penitenta do specjalisty z zakresu psychologii w sytuacji zauważenia niepokojących oznak (Tułowicki 2013, 157-191; Sobór Watykański II 1965b, 15-16).

Współcześnie rysuje się perspektywa coraz dojrzałszej współpracy między duszpasterzami a specjalistami z zakresu psychoterapii, psychologii czy psy-

chiatry. Po długim okresie wzajemnych lęków i widzenia w sobie nawzajem konkurencji obie strony zdają się dostrzegać wartość całościowego ujmowania osoby ludzkiej. Wydany w 2020 roku polski podręcznik do psychologii zdrowia konceptualizuje zdrowie człowieka w czterech kategoriach, spośród których jedną stanowi wymiar duchowy (Heszen-Celińska i Sęk 2020, 43-45). Otwarcie się środowiska psychologicznego na koncepcje duchowości wynika w dużej mierze z badań ukazujących przydatność tej sfery w prowadzeniu terapii i pozytywnego wpływu na ogólny dobrostan człowieka. Analiza Lois Propst i współpracowników z 1992 roku wykazała, że uwzględnienie treści religijnych przez terapeutów znacznie poprawia jakość efektów terapeutycznych (Propst et al. 1992, 94-103). To tylko jeden z wielu przykładów dobroczynnego wpływu osobistej wiary osób podejmujących specjalistyczną pomoc w zakresie zdrowia psychicznego. Nie można zapomnieć, że oprócz terapeutycznej funkcji religii przejawia się w tym zjawisku również łaska Boża, która do pełnego objawienia potrzebuje współpracy z człowiekiem szukającym Stwórcy w różnym doświadczeniu, także kryzysowym. To otwarcie staje się możliwe i dojrzałe wtedy, kiedy sam zainteresowany jest w dobrej kondycji psychicznej (Pałucki 2017, 499-508).

## **2. Diagnoza zaburzeń psychicznych jako proces złożony**

Diagnoza psychologiczna jest skomplikowanym i wielowymiarowym procesem. Oprócz samego określenia stanu psychiki danej osoby wpisuje się w nią też kontakt interpersonalny, kontekst społeczny i kulturowy, użycie specjalistycznych narzędzi pomiarowych (np. testów psychologicznych, eksperymentów klinicznych, różnych rodzajów wywiadu czy badań fizjologicznych) oraz plan interwencji psychologicznej wobec diagnozowanej osoby (Pałuchowski 2007, 12-26). Już samo określenie tego, czym jest „normalność”, stanowi duże wyzwanie ze względu na mocno subiektywne rozumienie tego pojęcia oraz specyficzne i indywidualne cechy poszczególnych osób. Normy zdrowia psychicznego mogą mieć charakter ilościowy (większość stanowi normę), teoretyczny (teoria naukowa opisuje stan normalny i zaburzony) lub kulturowy (obserwuje się powszechne uznanie dla niekiedy skrajnie różnych postaw w zależności od środowiska występowania). Martin Seligman, Elaine Walker i David Rosenhan wymieniają aż siedem możliwych do zaobserwowania na zewnątrz objawów tego, co można nazwać zachowaniem odbiegającym od normy. Są to: (1) przeżywane cierpienie, (2) nieprzystosowanie, (3) irracjonalne zachowanie, (4) nieprzewidywalność i brak kontroli, (5) rzadkość i niekonwencjonalność, (6) dyskomfort obserwatora, (7) naruszanie norm (Seligman, Walker i Rosenhan 2017, 34-35).

Postawienie diagnozy o zaburzeniu psychicznym, nawet przez odpowiednio wykwalifikowanych specjalistów, zawsze niesie ryzyko popełnienia błędu i nie jest jednoznaczne pod względem określenia występowania zaburzenia oraz jego rodzaju (Paluchowski 2012, 9-15). Oprócz fachowego posługiwania się wiedzą psychologiczną istotnym obszarem są też zagadnienia etyczne dotyczące posiadanych umiejętności diagnostycznych, sposobu tworzenia relacji z osobą zainteresowaną czy dalszych skutków stawianej diagnozy (Wójtowicz 2021, 33-49). Szafarz sakramentu spowiedzi z natury nie jest osobą kompetentną do przeprowadzania takiej diagnozy ze względu na przepisy prawa i zwyczajowo posiadane umiejętności. Może jednak spostrzec niektóre przejawy zachowania penitenta, stanowiące symptomy zaburzenia psychicznego, celem zwrócenia mu uwagi na ryzyko rozwoju tego typu dysfunkcji oraz zachęty do kontaktu ze specjalistą. Należy wyraźnie podkreślić, że spowiednik nie może stawiać diagnozy psychologicznej ani tym bardziej podejmować psychoterapii czy nawet czynności do niej zbliżonych. Nawet jeśli posiadałby odpowiednie wykształcenie i uprawnienia, nie zaleca się, aby kapłan występował w podwójnej roli – szafarza sakramentu pokuty i terapeuty (Wiech 2016, 81-90).

Samo zaburzenie psychiczne jest zjawiskiem bardzo złożonym i niejednorodnym. Definiuje się je jako zespół obserwowalnych objawów, którym towarzyszy cierpienie, zaburzenie funkcjonowania jednostki i zaburzenie odgrywania ról społecznych (Butcher, Hooley i Mineka 2017, 72). W dużym uogólnieniu można je podzielić na kilka ogólnych grup, w zależności od tego jakich funkcji psychicznych dotyczą. Wyróżnia się zaburzenia afektu, objawiające się nieadekwatnym przeżywaniem uczuć i emocji. Nieco pokrewne do nich, dotyczące również sfery uczuciowej, są zaburzenia woli i motywacji. Inny rodzaj to zaburzenia poznawcze, które ograniczają: spostrzeganie otoczenia, myślenie, procesy uwagi i skupienia, świadomość oraz pamięć. Kolejna grupa dotyczy aktywności ruchowej i zaburzeń pod postacią somatyczną, czyli takich, w których deformacje psychiczne objawiają się nieprawidłową fizjologią organizmu. Jeszcze inny rodzaj stanowią zaburzenia osobowości, które są najtrudniejsze w diagnozowaniu, wymagają najbardziej zaawansowanej terapii i najslabiej rokują na pożądaną zmianę. Wynika to z obecności patologicznych cech osobowości, będących zasadniczą częścią egzystencji człowieka dotkniętego nimi. Zaburzenie osobowości różni się od pozostałych przede wszystkim cienką granicą pomiędzy tym, co normalne, a tym, co zaburzone. W tym wypadku dysfunkcja psychiczna jest częścią psychiki danej osoby, rozwija się najczęściej od okresu dzieciństwa lub dojrzewania i jest obecna przez całą długość życia, ale jego negatywne oddziaływanie może być zredukowane przez różne rodzaje terapii (Wciórka 2002, 1-42). Zaburzenia psychiczne powstają ze względu na predyspozycje genetyczne, charakterystyczne cechy

fizjologiczne, czynniki środowiskowe – zwłaszcza zaburzone relacje interpersonalne w najbliższym otoczeniu, oddziaływanie kulturowe, specyficzne dla danej osoby sposoby przetwarzania i rozumienia sytuacji, w jakiej się znajduje (Butcher, Hooley i Mineka 2017, 85-138).

### **3. Wybrane wskaźniki zwiastujące zaburzenia psychiczne**

Zaburzenia psychiczne wpływają na subiektywne przeżycie spowiedzi przez penitenta ze względu na poczucie silnego dyskomfortu wynikającego z uczestniczenia w tym sakramencie oraz brak pełnej świadomości jego istoty. Zaburzenia wpływają również na obiektywny wymiar tego sakramentu, w którym mieści się odpowiedzialność moralna samego penitenta i jego otwarcie się na łaskę Bożą, a tym samym możliwość realnego nawrócenia (Klimek 2021, 5-21). Już starożytni myśliciele chrześcijańscy podkreślali, jeszcze przed powstaniem rytuału spowiedzi usznej, wagę osobistego spotkania z kapłanem reprezentującym samego Boga i wspólnotę Kościoła oraz konieczność nawrócenia jako przyrodzonego celu spowiedzi prowadzącego ostatecznie do zbawienia (Bazyli Wielki 2011, 68-70; Hermas 1998, 219-221). Dla większej sprawności duchowej penitenta ważne jest, aby szafarz sakramentu pokuty i pojednania potrafił zwrócić uwagę na symptomy zwiastujące zaburzenie psychiczne. Poniżej zostaną zaprezentowane wybrane spośród nich, które mogą pojawić się najczęściej i są stosunkowo łatwe do zaobserwowania.

Najbardziej związaną ze spowiedzią deformacją psychiczną jest skrupulanckie sumienie. Z nim wiąże się trudność w rozpoznawaniu przyczyny tego stanu. Może ono być efektem niewłaściwej formacji duchowej i wówczas najwłaściwszym sposobem działania będzie kierownictwo duchowe i stałe spowiednictwo, tak aby prawidłowo kształtować sumienie i ukazywać osobę Boga jako miłosiernego (Szymonik 2015, 57-76). Ignacy z Loyoli zaleca osobom mającym skrupulanckie sumienie ćwiczenia duchowe, które mają naprowadzić je na właściwe pojmowanie relacji siebie samego i własnego grzechu do Boga (Królikowski 2010, 53-70). Pomijając kwestię rozwoju duchowego, nie można zapomnieć, że nadmierne skupienie na negatywnych przeżyciach, szczególnie kiedy dotyczą one spraw obiektywnie mało istotnych i nieszkodliwych z moralnego punktu widzenia, może być zwiastunem poważnego obsesyjno-kompulsyjnego zaburzenia osobowości. Cechami niepokojącymi są tutaj: nieustanny powrót do wydarzeń z przeszłości, znacznie zaniżona samoocena i brak świadomości pozytywnych stron własnej osoby, brak nadziei na przyszłość, stale obecne wyrzuty sumienia, bardzo częsta spowiedź, przekonanie o korzystaniu z Komunii Świętej w sposób niegodny bez obiektywnych

wskazań na grzech ciężki i krótki czas przystępowania do tego sakramentu. Dodatkowymi symptomami charakterystycznymi dla osobowości obsesyjno-kompulsyjnej mogą być pojawiające się w myślach (którymi penitent dzieli się podczas spowiedzi) treści związane z rzekomymi przysięgami składanymi Bogu, chęć ciągłych wyrzeczeń i ascetycznego życia, przekonanie o pakcie z diabłem, nasilające się wyrzuty sumienia po spełnieniu drobnych czynności dających przyjemność, np. zakupach, spożyciu dobrej potrawy czy udziale w rodzinnym przyjęciu. Cechą charakterystyczną osób z tym zaburzeniem jest dwutorowy schemat: planowanie – działanie, ale zawsze bez zauważonych przez samego zainteresowanego efektów (Rabe-Jabłońska 2007, 160-174; Citkowska-Kisielewska i Aleksandrowicz 2003, 5-19).

W przypadku niewłaściwego podejścia, szczególnie niekomplementarnego z terapią (jeśli penitent taką przechodzi), kapłan – przy całej swojej dobrej woli – może w sposób nieświadomy pogłębiać tego rodzaju zaburzenie i utwierdzać penitenta w nawykach sprzyjających jego rozwojowi. Przejawami niezrozumienia sytuacji penitenta i szkodliwym działaniem są próby wymuszenia na spowiadającym się postawy przeciwnej wobec swoich typowych zachowań pod rygorem sakramentu, zakaz czynności wywołujących kryzys psychiczny czy próba przekonania do pogłębiania relacji z najbliższymi członkami rodziny, którzy mogli mieć wpływ na rozwój omawianego zaburzenia (Wachol 2021, 23-39).

Innym często spotykanym objawem jest totalny pesymizm obezwładniający całą egzystencję penitenta. Przejawia się on brakiem poczucia wartości własnej osoby, obecnością licznych niebezpieczeństw w otaczającym środowisku i myśleniu o przyszłości jak o zagrożeniu, co stanowi tzw. triadę Becka, będącą zwiastunem i procesem uruchamiającym depresję (Solomon i Haaga 2004, 25-53). Dodatkowymi symptomami są: patrzenie na przeszłość przez pryzmat samych nieszczęść i popełnionych błędów, brak celów i planów, nieumiejętność dostrzegania własnych zalet, bezsilność, przygnębienie i nieustanne zmartwienie. Osoby dotknięte depresją są narażone również na zmiany fizjologiczne, takie jak: zaburzenia snu, nagła zmiana masy ciała (dotyczy zarówno gwałtownego tycia, jak i ubytku wagi) oraz ogólny stan zmęczenia. W przypadku zauważenia objawów, o których mowa wyżej, pomocne może być pytanie quasi-diagnostyczne o to, jak funkcjonuje organizm penitenta i czy zauważa on jakieś istotne zmiany w tej kwestii (Murawiec 2017, 338-343). Depresja jest bardzo powszechną chorobą, w zależności od rejonu świata cierpi na nią od 5 do 21 proc. populacji. W Polsce ten wskaźnik mieści się w dolnym przedziale podanych wartości, jednak nie uwzględnia osób niezdiagnozowanych, które nie zgłosiły się na leczenie. Interwencja spowiednika wobec osoby z depresją jest bardzo ważna, gdyż szacuje się, że schorzenie to

jest najczęstszą przyczyną samobójstw, a Polska plasuje się w tym względzie w europejskiej czołówce z liczbą średnio 13,5 samobójstw rocznie na 100 tys. mieszkańców (Najwyższa Izba Kontroli 2018, 5-9).

Kolejną grupą objawów zaburzeń psychicznych łatwo zauważalnych w konfesjonale są różnego rodzaju treści związane ze specjalnymi objawieniami, przekonaniem o byciu osobą ponadprzeciętną, posiadaniem misji i wybraniem przez Boga lub inną siłę nadprzyrodzoną, byciem mesjaszem czy zbawicielem. Objawiają się one opisami wizji, stałym dążeniem do realizacji jakiegoś celu, wspomnianiem fikcyjnych kontaktów z jakąś ważną osobą lub wspólnotą (np. uporczywym przekonywaniem członków rodziny i znajomych do konieczności podjęcia bardzo surowego patologicznego postu czy opowiadaniem o stałych relacjach z papieżem, biskupem albo jakąś wybraną grupą świętych). Osoby z tego typu problemami niekiedy opowiadają o tym, co wydarzy się w przyszłości, jak potoczą się losy świata, same utożsamiają się z ważnymi politykami lub opowiadają o kontaktach z nimi, czasami mają zaplanowane uczestniczenie w abstrakcyjnych wydarzeniach, np. spotkanie z Matką Bożą w konkretnym dniu. Takie urojenia mogą mieć również charakter destrukcyjny, co sprowadza się do przekonania o byciu osobą prześladowaną i zmuszoną do nieustannej ucieczki przed zagrożeniem, widzeniu w innych – najczęściej w najbliższym środowisku – ludzi spiskujących i uporczywych dla dotkniętego tym zaburzeniem, byciu narażonym na gniew, złość i prześladowanie ze strony innych, np. poprzez zanieczyszczanie mieszkania przez sąsiadów czy niszczenie rzeczy osobistych (Murawiec 2009, 403-410; Dyga i Stupak 2018, 69-80). Istotą takich objawów jest ich nienaturalność, nieracjonalność i dziwaczność, a u ich podstaw leżą bardzo różne przyczyny. Mogą być efektem pojawienia się zaburzeń treści myślenia w postaci urojeń, schizoidalnego typu zaburzenia osobowości, różnych rodzajów schizofrenii czy silnie przeżytego lęku, który pozostawił znaczny ślad w pamięci. Dotknięci tego rodzaju problemami stają się często zupełnie niezdolni do funkcjonowania społecznego. W zależności od rodzaju i treści takich wytworów mogą prowadzić do konfliktów z najbliższym otoczeniem, odcinać się od niego, a nawet powodować poważne incydenty, wchodząc w konflikt z prawem, aby przekonać innych o swojej racji (Gałęcki i Szulc 2018, 157-188). Należy zachować szczególną ostrożność w ocenie podłoża fenomenu urojeń o treści religijnej. W historii Kościoła wielu świętych miało łaskę objawień prywatnych lub niezwykle silną, mistyczną relację z Bogiem, dzięki której mogli przekazać jakieś orędzie światu. Ocena prawdziwości tego rodzaju treści wymaga cierpliwości, opanowania i pracy w ramach kierownictwa duchowego z osobą, która opowiada o nadprzyrodzonych doświadczeniach. Prawdziwe objawienia i doświadczenia mistyczne charakteryzują się logicznym ciągiem przyczynowo-skutkowym, zgodnością z ogólną wiedzą o świecie, spójnością z doktrynal-



nym i moralnym nauczaniem Kościoła oraz dyscypliną wiary, a ich treść jest pożyteczna społecznie (Potoczny 2018, 325-346).

Innym powszechnym zaburzeniem psychicznym są różnego rodzaju uzależnienia. Można je podzielić na chemiczne, czyli od substancji psychoaktywnych takich jak: alkohol, narkotyki, nikotyna, cukier czy tłuszcze, oraz behawioralne, a więc od czynności podejmowanych na sposób kompulsyjny takich jak: hazard, gry komputerowe i surfowanie po Internecie, zakupy, oglądanie pornografii i inne niekontrolowane zachowania seksualne, nadmierna troska o własne ciało (Griffiths 2005, 191-197). Podczas spowiedzi można zauważyć wiele symptomów uzależnień, które dzielą się na objawy świadome i nieświadomione. Do pierwszej grupy należą: samodzielna (najczęściej nieudana) próba ograniczenia danego nałogu, wyrzuty sumienia spowodowane nim, słowne przyznanie do problemu uzależnienia. Często zdarza się jednak, że z powodu pojawiającego się w trakcie nałogu systemu iluzji i zaprzeczeń penitent nie będzie świadomy swojego problemu i będzie mu zaprzeczał nie tylko przed spowiednikiem, ale również przed samym sobą. Mimo to można zaobserwować pewne wskaźniki uzależnienia, a mieszczą się wśród nich: przemoc i agresja w środowisku domowym, skrajnie negatywne nastawienie wobec ludzi spotykanych na co dzień połączone z obwinianiem ich za swoje problemy, złość powstająca w wyniku zwracania uwagi innych na niebezpieczny styl życia, problemy w sferze zawodowej, konflikty z prawem, mówienie o przedmiocie uzależnienia jak o przestrzeni, w której pojawiają się problemy, bez zdefiniowanego stanu uzależnienia, np. sformułowania typu „nadużywałem alkoholu”, „sięgałem po narkotyki”, przyznanie się do wykonywania pod wpływem substancji psychoaktywnej odpowiedzialnych czynności, np. jazdy samochodem czy pracy zawodowej pod wpływem alkoholu (Wąchol 2020, 108-119; Hagel 2013, 5-7). Leczenie uzależnień to jedna z najszybciej rozwijających się form terapii, głównie ze względu na rosnącą liczbę zarówno nowych nałogów, jak i samych uzależnionych. Długa tradycja samopomocowych grup dla alkoholików i duszpasterstw trzeźwości, obecnych w naszej ojczyźnie od początku XIX wieku, pokazuje, że wartości religijne odgrywają w tym względzie bardzo znaczącą rolę (Zwoliński 2001, 167-176). Dlatego ważna jest uwaga i wyuczulenie spowiednika na tego typu problemy oraz umiejętność pokierowania takiej osoby zarówno w perspektywie rozwoju duchowego, jak i zachęta do skorzystania z terapii uzależnień. Ważne jest również wsparcie duszpasterskie osób współuzależnionych, czyli rodzin tych, którzy zmagają się z nałogiem, gdyż to one często wspominają o takim problemie w rodzinie i przyjmują bierną rolę ofiary w imię przysięgi małżeńskiej lub zależności rodzicielskich (Wąchol 2020, 282-300).

Powyżej zaprezentowano możliwe do zaobserwowania podczas spowiedzi (lub też innej formy duszpasterstwa, np. rozmowy) wskaźniki wybranych

zaburzeń psychicznych. Oczywiście samych zaburzeń jest tak wiele i przyjmują tak różnorodną formę, że nie jest możliwe kompleksowe opisanie ich w zwięzły sposób. Wymienione wyżej symptomy wydają się najczęstszymi i najbardziej charakterystycznymi dla wskazanych zaburzeń, a jednocześnie są możliwe do obserwacji przez spowiednika jako osobę niewykwalifikowaną terapeutycznie i diagnostycznie.

#### **4. Spowiedź jako sakrament aktywizujący zdrowie psychiczne**

Tak jak na samym początku podkreślono, spowiedź ma na celu przede wszystkim pojednanie z Bogiem oraz przemianę wewnętrzną człowieka. Nie jest ona żadną formą terapii ani jej komponentem, stanowi samodzielny przejaw łaski Boga dany ludziom celem oczyszczenia i pojednania ze Stwórcą. Jednym z istotnych aspektów tego sakramentu jest wymiar leczniczy, który odnosi się głównie do sfery moralnej, ale ma również skutki dla całej osoby ludzkiej (Pieńkosz 2004, 157-175). Sakrament pokuty i pojednania nie zastąpi psychoterapii czy leczenia psychiatrycznego, ale może być aktywnym wsparciem osoby dotkniętej takim problemem. Stąd ważne jest, aby spowiednicy mieli przynajmniej minimalne wiadomości o przejawach omawianego zjawiska i nawyk zachęcania penitentów do korzystania z porad specjalistów, kiedy mają wątpliwości w tej dziedzinie. Innym ważnym elementem posługi wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest odesłanie penitenta do kapłana wyspecjalizowanego w tym obszarze duszpasterstwa. Podjęcie próby samodzielnego wsparcia duszpasterskiego osób dotkniętych zaburzeniem psychicznym przez niewykwalifikowanego kapłana stanowi ryzyko działania sprzecznego z podjętą przez nich terapią lub pogłębiania samego zaburzenia (Golczyńska 2010, 15-16).

Znajomość podłoża procesów psychicznych pozwala na adekwatne pouczenie i dobranie takiej formy pokuty i samych zaleceń co do postanowienia poprawy, które będą aktywnie wspierać rozwój osobowy penitenta, w tym działanie usprawniające poprawę jego stanu psychicznego. Podstawowym błędem, jaki może towarzyszyć zaleceniom spowiednika, jest ogląd wyłącznie skutków danej nieprawidłowości, który nie uwzględnia przyczyn grzesznej postawy spowiadającego się. Przykładem mogą być reakcje nałogowe (np. obżarstwo, grzechy nieczyste, zakupoholizm) spowodowane nadmiernym stresem i nieumiejętnością radzenia sobie z nim, często połączone z brakiem odpoczynku. Próby powstrzymania takich zachowań poprzez kolejne postanowienia czy uświadamianie sobie ich negatywnych skutków prawdopodobnie nie będą skuteczne, gdyż na poziomie poznawczym penitent rozumie swoją aktywność jako grzech, ale u jego podstaw może leżeć chęć odreagowywania

trudnej sytuacji, zalegający stres czy jakieś pojedyncze kryzysowe zdarzenie (Huber 2010, 268-275).

Kolejnym problemem, jaki może pojawić się w kontekście sakramentu pokuty i pojednania, jest niezrozumienie wpływu relacji rodzinnych na penitenta, który mówi o tego rodzaju trudnościach. Negatywne odniesienie rodziców (bądź opiekunów) do dziecka już od najwcześniejszych etapów życia może powodować bardzo poważne zaburzenia emocji i osobowości. Jedną z przyczyn ciężkiej choroby psychicznej, jaką jest schizofrenia, może być tzw. pozycja schizoidalna, czyli forma agresywnego i lękowego przywiązania między dzieckiem a rodzicami (opiekunami) od okresu niemowlęstwa. Oprócz niej mówi się także o pozycji depresyjnej i paranoidalnej. Mogą one oddziaływać przez całe życie, pogłębiając patologie psychiczne u osób mających tego typu relację (Szpak 2014, 41-48). Spowiednik, niekiedy w imię szacunku i miłości wobec rodziców czy najbliższych, może sugerować konieczność poddania się ich woli lub utrzymywania głębokich relacji, co w przypadku niektórych osób będzie skutkowało nasileniem zaburzeń, o których wspomniano powyżej. Dlatego ważne jest podejście, które uwzględnia dobro penitenta i opiera się na miłości, będącej cnotą wymagającą i kształtującą obustronne relacje (Owsianka 2014, 119-131).

Może też dojść do konfliktu między spowiedzią a terapią, jeśli spowiednik nie uwzględni całościowej sytuacji penitenta i poda pewne zalecenia, stojące w opozycji do podejmowanej aktywności terapeutycznej. Osoby uczestniczące w terapii poznawczo-behawioralnej (współcześnie jednej z najczęstszych form profesjonalnego wsparcia psychicznego) uczą się, jak przeżywać swoje ograniczenia i radzić sobie z nimi, podejmując różnego rodzaju aktywności. Zalecenie spowiednika o unikaniu stresora wpływającego na tego typu zaburzenie (np. zakupów przez osobę mającą nieproporcjonalne wyrzuty sumienia po tej czynności i podejmującą wspomnianą terapię), będzie skutkowało nasileniem objawów zaburzenia i zupełną nieprzydatnością terapii, a w konsekwencji wejście w jeszcze poważniejszy kryzys duchowy i psychiczny (Dolata 2019, 115-127).

Trzeba podkreślić, że niektóre formy terapii mogą być szkodliwe z punktu widzenia dobra duchowego i ukazywać religię jako niepotrzebną formę nerwicy czy projekcji wytworzonej podświadomie na potrzeby złagodzenia dyskomfortu psychicznego. Jednak współczesna psychologia coraz bardziej docenia podejście holistyczne, w którym uwzględnia się również wartości duchowe człowieka. Z pewnością kodeks etyczny każdego terapeuty oraz tzw. „ludzkie” podejście wobec klienta, nakazują uszanować jego światopogląd i wartości, którymi się kieruje, także w przypadku różnic w postrzeganiu świata przez niego i samego terapeutę. Podstawowym zaś celem każdej terapii powinien być powrót do zdrowia, a nie indoktrynacja światopoglądowa (Marchewka 2014, 124-149).

## Zakończenie

Osoby z zaburzeniami psychicznymi będą pojawiać się coraz częściej w konfesjonalach. W Kościele w Polsce spowiednik wciąż cieszy się dużym autorytetem i jest postrzegany jako osoba kompetentna w sprawach duchowych. Znajomość podstawowych kwestii związanych z zaburzeniami psychicznymi oraz osobiste przekonanie o możliwości wzajemnej współpracy ze specjalistami zdrowia psychicznego mogą przysłużyć się nie tylko do polepszenia dobrostanu wiernych korzystających z sakramentu pokuty i pojednania, ale również do utrzymania, a może nawet wzmocnienia autorytetu samych duchownych. Całe dekady narastała nieufność teologii wobec psychologii i odwrotnie, ale ostatnie lata dały nadzieję na możliwość efektywnej współpracy tych dziedzin (Ostaszewska 2014, 5-18; Fehrenbach 2008, 27-38). Spowiedź sama w sobie jest doświadczeniem mistycznym i powierzaniem się łasce Pana Boga. Jako sakrament uzdrowienia w znaczący sposób przyczynia się do podtrzymywania i ożywiania wiary we wspólnotę Kościoła (Derdziuk 2016, 107-121). Sam spowiednik może być nie tylko formatorem ludzkich sumień, ale jednocześnie swoimi zaleceniami wzmocniać świadomość konieczności dbania o zdrowie, w tym zdrowie psychiczne. Wówczas, oprócz troski o dobro duchowe, promuje też wartości prozdrowotne i przyczynia się do ogólnego polepszenia kondycji społeczeństwa (Szymański 2005, 97-105).

## BIBLIOGRAFIA

- Barbaro, Bogdan de. 2004. Najlepiej pomoc równoległa. *Więź*, 544(2), 21-22.
- Bazyli Wielki. 2011. *Pisma ascetyczne*, t. 1. tłum. Józef Naumowicz. Tyniec: Wydawnictwo Benedyktynów.
- Butcher, James, Jill Hooley i Susan Mineka. 2017. *Psychologia zaburzeń*. Sopot: GWP.
- Citkowska-Kisielewska, Anna i Jerzy Aleksandrowicz. 2003. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne – psychopatologia i leczenie. *Psychoterapia*, 4(127), 5-19.
- Damazyn, Michał. 2007. Psychoterapia a spowiedź. *Życie Duchowe*, 52, 53-60.
- Derdziuk, Andrzej. 2016. Wypowiedzi Stolicy Apostolskiej na temat znaczenia praktyki spowiedzi w odnawianiu żywotności wiary Kościoła. *Roczniki Teologiczne*, 63(3), 107-121.
- Dolata, Bartłomiej. 2019. Funkcja spowiednika i realizacja sakramentalnej posługi wobec duchowych potrzeb ludzi młodych. *Teologia Praktyczna*, 20, 115-127.
- Dyga, Krzysztof i Radosław Stupak. 2018. Sposoby rozumienia urojeń religijnych związanych ze zmianą tożsamości na przykładzie identyfikacji z Jezusem Chrystusem. *Psychiatria Polska*, 52(1), 69-80.
- Fehrenbach, Paul. 2008. *W poszukiwaniu duszy. Związek pomiędzy duchową a psychologiczną dojrzałością*. Kraków: WAM.
- Gałecki, Piotr i Agata Szulc. 2018. *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gałkowski, Tomasz. 2010. Wiedza psychologiczna w formacji kandydatów do kapłaństwa. *Prawo kanoniczne: kwartalnik prawnohistoryczny*, 53(1-2), 41-59.

- Golczyńska, Maria. 2010. Pracować w zespole. W: *Między konfesjonalem a kozetką*, red. Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś, 15-16. Warszawa: Więż.
- Griffiths, Mark. 2005. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191-197.
- Hagel, Grażyna. 2013. *Patologie społeczne*. Szczecin: Szczecińska Szkoła Wyższa Collegium Balticum.
- Hermas. 1998. Pasterz Hermasa. W: *Pierwsi świadkowie*, red. Marek Starowieyski, 211-291. Kraków: Wydawnictwo M.
- Heszen-Celińska, Irena i Helena Sęk. 2020. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Huber, Lidia. 2010. Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(2), 268-275.
- Jan Paweł II. 1994. Przemówienie do Penitencjarii Apostolskiej. *L'Osservatore Romano*, 5-6(153), 44.
- Jan Paweł II. 1998. Sakrament pokuty w życiu Kościoła. *L'Osservatore Romano*, 5-6(203), 5.
- Juszczak, Władysław. 2009. *Psychoterapeutyczny aspekt sakramentu spowiedzi*. Kraków: Homo Dei.
- Klimek, Jan. 2021. Spowiedź osób z zaburzeniem psychicznym. *Polonia Sacra*, 25(63), 5-21.
- Królikowski, Janusz. 2015. Sakrament pokuty i pojednania. Kryzys współczesny i kryzys doktrynalny. *Teologia w Polsce*, 9(2), 53-74.
- Królikowski, Waclaw. 2010. „Reguły o skrupułach” św. Ignacego Loyoli. W: *Świat moralnych łęków. Wokół „Reguł o skrupułach” św. Ignacego Loyoli*, red. Waclaw Królikowski, 53-70. Kraków: WAM.
- Marchewka, Katarzyna. 2014. Etyka w psychoterapii. *Diametros*, 42, 124-149.
- Murawiec, Sławomir. 2009. Kilka pytań o naturę urojeń w świetle współczesnych neurobiologicznych koncepcji psychozy. *Psychiatria Polska*, XLIII(4), 403-410.
- Murawiec, Sławomir. 2017. Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza POZ aspekty praktyczne. *Lekarz POZ*, 5, 338-343.
- Najwyższa Izba Kontroli. 2018. *Zapobieganie i leczenie depresji*. Warszawa: NIK.
- Ostaszewska, Anna. 2014. Badania nad efektywnością włączania tematyki duchowości i religijności w psychoterapii. *Psychoterapia*, 2(169), 5-18.
- Owsianka, Monika. 2014. Wymagająca miłość. Wybrane aspekty teologii Bożego ojcostwa w przesłaniu Jana Pawła II do młodzieży. *Teologia w Polsce*, 8(1), 119-131.
- Pałuchowski, Władysław Jacek. 2007. *Diagnoza psychologiczna: Proces – narzędzia – standardy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Pałuchowski, Władysław Jacek. 2012. Kompetencje diagnostyczne psychologa i ich obraz. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(1), 9-15.
- Pałucki, Jerzy. 2017. Łaska Boża i jej nieodzowna pomoc w utrzymaniu nadziei w codziennym życiu człowieka na przykładzie pism Paulina z Noli. *Vox Patrum*, 37(67), 499-508.
- Pieńkosz, Jan. 2004. Sakrament pokuty i pojednania jako sakrament uleczenia. *Studia Teologiczne*, 22, 157-175.
- Potoczny, Mateusz. 2018. Objawienia prywatne: ich rola w życiu Kościoła i proces teologicznej weryfikacji. *Studia Wrocławskie*, 20, 325-346.
- Propst, Lois Rebeca et al. 1992. Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive-behavior Therapy for the Treatment of Clinical Depression in Religious Individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 94-103.
- Prusak, Jacek. 2010. Psychiatria i religia – partnerzy czy rywale. W: *Między konfesjonalem a kozetką*, red. Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś, 220-236. Warszawa: Więż.
- Rabe-Jabłońska, Jolanta. 2007. Diagnoza i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. *Via Medica*, 4(4), 160-174.
- Seligman, Martin, Elanie Walker i David Rosenhan. 2017. *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i Ska.

- Sobór Watykański II. 1965a. *Dekret o formacji kapłańskiej „Optatam totius”*.
- Sobór Watykański II. 1965b. *Dekret o posłudze i życiu kapłanów „Presbyterorum ordinis”*.
- Solomon, Ari i David Haaga. 2004. Teoria i terapia poznawcza depresji. W: *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*, red. Mark Reinecke i David Clarke, 25-53. Gdańsk: Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szpak, Marta. 2014. *Rozwój symbolizacji. Wybrane perspektywy psychoanalityczne*. Kraków: UJ.
- Szymański, Jacek. 2005. Spowiednik jako formator sumienia penitenta. *Studia Wroclawskie*, 8, 97-105.
- Szymonik, Marian. 2015. Sumienie jako przestrzeń manifestacji godności człowieka. W: *Być człowiekiem sumienia. Interdyscyplinarny namysł nad fenomenem sumienia*, red. Roman Ceglarek i Mariusz Sztaba, 57-76. Częstochowa: Wydawnictwo Archidiecezjalne Regina Poloniae.
- Tułowicki, Dariusz. 2013. Wiara jako klucz do tożsamości kapłańskiej. Próba komentarza w świetle Dekretu o posłudze i życiu prezbiterów „Presbyterorum ordinis”. *Studia Paradyjskie*, 23, 157-191.
- Wąchol, Grzegorz. 2020. Wsparcie duszpasterskie osób uzależnionych od alkoholu w procesie leczenia. Kraków: WN UPJP2.
- Wąchol, Grzegorz. 2021. Posługa duszpasterska w środowisku osób zaburzonych psychicznie. Aspekty pastoralne. *Polonia Sacra*, 25(63), 23-39.
- Wciórka, Jacek. 2002. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych. W: *Psychiatria t. 1*, red. Adam Bilikiewicz et al. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Wiech, Angelika. 2016. Korelacja pomiędzy psychoterapią a spowiedzią. *Warszawskie Studia Pastoralne*, 4(33), 81-90.
- Wojtyński, Bogdan i Paweł Goryński. 2020. *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania – synteza*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Worbs, Marcin. 2016. Leczniczy charakter sakramentu pokuty. *Wiara a zdrowie*, 88, 91-106.
- World Health Organization. 2018. Global Health Estimates 2016: Diseaseburden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region. Geneva: WHO. Dostęp: 5.04.2022. <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
- Wójtowicz, Beata. 2021. Szczegółowe przepisy etyczne dotyczące diagnozy psychologicznej w II części Kodeksu Etycznego Psychologa PTP – historia dyskusji. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 1, 33-49.
- Zwoliński, Piotr. 2001. Dzieje Kościoła polskiego służbą na rzecz człowieka. *Łódzkie Studia Teologiczne*, 10, 167-176.

**GRZEGORZ WĄCHOL** – kapłan, dr nauk teologicznych, pracownik naukowy Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, kapelan Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie (szpital psychiatryczny). W swojej pracy naukowej zajmuje się badaniem relacji między duchowością, religią i teologią a terapią psychologiczną, duszpasterstwem osób z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnymi i uzależnionymi, duszpasterstwem indywidualnym osób dorosłych.