

## Spowiedź osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (OCD)

Confession of people with obsessive-compulsivedisorder (OCD)

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 aim of the article is to present the mechanisms of action of obsessive-compulsive disorder in the context of the sacrament of penance and reconciliation and indications regarding the desired course of this sacrament in the case of people with this disease. The faithful of the Catholic Church, like other social groups, are at risk of obsessive-compulsive disorder, and confession itself may, in addition to spiritual effects, also bring psychological benefits. The article analyzes the basic features of obsessive-compulsive disorder and the individual stages of confession and presents the appropriate approach of the confessor to the penitent. The text also emphasizes the need for substantive and practical preparation of confessors. Thanks to this, the confession of people with the disorder in question can be a spiritual healing and an encounter with God rich in mercy, not another experience of fear.

**Keywords:** confession; obsessive-compulsivedisorder; penitent; confessor; pastoralsupport

**Abstrakt:** Celem artykułu jest ukazanie mechanizmów działania zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w kontekście sakramentu pokuty i pojednania oraz wskazań dotyczących pożądanego przebiegu tego sakramentu w przypadku osób z tą jednostką chorobową. Wierni Kościoła katolickiego, podobnie jak pozostałe grupy społeczne, są narażeni na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, a sama spowiedź może, oprócz skutków duchowych, przynieść także korzyści psychiczne. Artykuł analizuje podstawowe cechy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz poszczególne etapy spowiedzi i prezentuje adekwatny sposób podejścia spowiednika do penitenta. Tekst podkreśla też konieczność przygotowania

merytorycznego i praktycznego spowiedników. Dzięki temu spowiedź osób z omawianym zaburzeniem może być duchowym uzdrowieniem i spotkaniem z Bogiem bogatym w miłosierdzie, a nie kolejnym doświadczeniem lęku.

**Słowa kluczowe:** spowiedź; zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne; penitent; spowiednik; wsparcie duszpasterskie

## Wstęp

Rośnie liczba osób dotkniętych zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (w skrócie: OCD), które jest jedną z wielu dysfunkcji psychicznych. Ze względu na specyfikę tej jednostki chorobowej i jej skutki nie tylko w zachowaniu, ale również w sferze poznawczej, przeżywanie sakramentu pokuty i pojednania przez osoby nią dotknięte, jest szczególnie złożone. Obserwując zmiany społeczne można spodziewać się coraz częstszego występowania OCD, także wśród wiernych Kościoła katolickiego. Drugą przesłanką do podjęcia refleksji na ten temat jest wyraźna polaryzacja postaw religijnych wśród wiernych, prowadząca coraz częściej do preferencji duszpasterstwa indywidualnego, co może skutkować wyborem stałych spowiedników także przez osoby z OCD. I wreszcie trzeci powód, jaki warunkuje uwzględnienie wiedzy psychologicznej na temat omawianego zaburzenia w rozważaniach teologicznych, poświęconych sakramentowi spowiedzi, to wewnętrzny wymiar człowieka, jaki przynależy do obszaru zainteresowania obu dziedzin. Chociaż żadna gałąź psychologii nie może zastąpić duszpasterstwa, czy choćby analiz o charakterze teologicznym, to dane wynikające z badań psychologicznych, mogą stanowić przydatne źródło informacji dla sposobu realizowania założeń pastoralnych.

## I. Charakterystyka zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

W nomenklaturze psychologicznej i psychiatrycznej zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, często jest określane jako OCD (skrót od angielskiego: obsessive-compulsive disorder) i w ten sposób będzie również zapisywane w dalszej części artykułu. Istotą jego występowania jest przeżywanie przez daną osobę obsesji i kompulsji. Obsesje są to natrętne myśli, przekonania lub idee, które powodują silny dyskomfort i dominują nad innymi treściami umysłowymi. Najczęściej dotyczą ogromnej niepewności, związanej z codziennymi czynnościami lub poważnymi, życiowymi poglądami. Ich charakterystyczną cechą jest utrzymywanie się ich, pomimo wysiłku osoby dotkniętej OCD, aby wyzbyć się tego stanu. Można zaobserwować różną częstotliwość obsesji – od pojedynczych incydentów, występujących rzadko, aż po stały wzorzec myśle-

nia, który praktycznie w ogóle nie ustępuje. Obsesje nie są świadomym i celowym wytworem osób z OCD, a posiadający je charakteryzują się różnym poziomem wglądu, czyli świadomością nierealności tych myśli. Treści obsesyjne dotyczą bardzo różnych wymiarów egzystencjalnych. Wyróżnia się obsesyjne myśli, obsesyjne wyobrażenia, obsesyjne ruminacje (zmartwienia), obsesyjne wątpliwości, obsesyjne impulsy (przymus natychmiastowego wykonania), obsesyjne fobie i obsesyjne rytuały (Rabe-Jabłońska 160-174).

W praktyce bardzo często są związane ze strachem przed skażeniem jakimś nieczystościami, czy zakażeniem się bakteriami lub wirusami. Obejmują też niepewność poprawnego wykonywania codziennych czynności, co rzekomo mogłoby zagrażać życiu lub zdrowiu własnemu i innych osób np. niezakręcenie kuchenki gazowej, niezamknięcie drzwi wejściowych, pozostawienie włączonych urządzeń elektrycznych itd. Dotykają też sfery religijnej i mogą przejawiać się nieustannym poczuciem niegodności przed Bogiem, przeświadczeniem o składaniu Mu przysięg, które nigdy nie zostały zrealizowane, niekończącymi się wyrzutami sumienia, przekonaniem o szkodzeniu innym swoją niedoskonałością duchową. Tradycyjnie wyróżnia się cztery grupy treści, występujące w tym zaburzeniu: (1) czyszczenie, mycie; (2) symetria – porządkowanie, liczenie, układanie; (3) myśli zakazane – agresja, perwersje seksualne, świętokradztwa; (4) krzywda – obawa przed skrzywdzeniem innych osób (Krzyszowskiak, Kuleta-Krzyszowskiak, Krzanowska 2019, 825-843).

Drugim charakterystycznym elementem OCD są kompulsje, czyli czynności fizyczne lub psychiczne, które są wielokrotnie wykonywane w celu neutralizacji natrętnych myśli. Osoby z OCD mają świadomość nieprzydatności tego typu reakcji na obsesje, jednak nie są w stanie odejść od takiego schematu zachowania. Poziom złożoności kompulsji jest bardzo różny, mogą to być schematyczne słowa, czy frazy wypowiedane w momencie pojawienia się natręctw, bardziej złożone czynności o charakterze rytualnym, a nawet rozbudowane obrzędy, przypominające postawy religijne. Większość chorujących na OCD ma świadomość irracjonalności swoich postaw, szacuje się jednak, że ok. 20% wszystkich pacjentów nigdy nie dostrzegło tej irracjonalności. Taka aktywność zajmuje zazwyczaj znaczną część dnia, a niekiedy staje się dominująca wobec pozostałych czynności (Morrison 2016, 224-225). W związku z tym, chorujący na omawiane zaburzenie przeżywają trudności w normalnym funkcjonowaniu praktycznie we wszystkich obszarach swojego życia. Nie są w stanie podejmować w efektywny sposób obowiązków zawodowych, gdyż obsesje i kompulsje dominują w ich codziennym trybie funkcjonowania, a więc uniemożliwiają skupienie się na zadaniach i zabierają czas. Również budowanie zdrowych relacji interpersonalnych (zarówno w bliskim otoczeniu rodzinnym, jak i szerszych kręgach) jest zaburzone, ze względu na dziwaczność ich zachowania i stale obecny lęk.

Chorujący na OCD doświadczają także osobistego cierpienia, związane go z niską samooceną, poczuciem bezradności, niskiej skuteczności i kontroli otoczenia. Badania z 1996 roku pokazują, że aż 92% chorujących ma poważne problemy w kontaktach z innymi ludźmi m.in. ze względu na czynnik samooceny, prawie połowa – 47% ma trudności z utrzymaniem stałej pracy, a aż 40% jest w ogóle niezdolnych do aktywności zawodowej. Omawiane zaburzenie wpływa też negatywnie na relację z Bogiem, gdyż dotknięty nim nie potrafi stworzyć właściwego odniesienia, czując się najczęściej prześladowanym, zagrożonym, przeklętym lub stale zmuszonym do skrajnie ascetycznego trybu życia (Hollander 1996, 3-6). Oprócz tego obserwuje się zjawisko powszechnego wstydu i stygmatyzacji osób dotkniętych OCD, co stanowi jedną z podstawowych przyczyn opóźnionego podjęcia terapii, a to z kolei powoduje swoiste przyzwyczajenie do takiego stylu życia i brak motywacji do jego zmiany. Ocenia się, że okres pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów, a podjęciem terapii wynosi średnio aż 10 lat, przy czym wdrożenie odpowiednio dobranych procesów terapeutycznych zajmuje aż 17 lat (Krzyszkowiak, Kuleta-Krzyszkowiak, Krzanowska 2019, 225-243).

Wciąż trwają dyskusje nad źródłem OCD. Klasyfikuje się je jako zaburzenie lękowe i doszukuje się jego przyczyn przede wszystkim w traumatycznych przeżyciach, wywołujących silny strach lub w rozciągniętym na całe lata jego doświadczeniu. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdzie jest się wystawionym na ciągłą presję oczekiwań i surowe oceny np. w wieku młodzieńczym przez rodziców, czy opiekunów. Jednak nie można założyć, że jedynie trudne epizody z przeszłości odpowiadają za powstanie OCD. Ma ono tak wiele odmian i objawów, że coraz częściej mówi się o spektrum zaburzeń pokrewnych do niego, a dla poznania jego natury próbuje budować się modele oceniające bardzo różne czynniki epidemiologiczne. Nie wyklucza się w tej kwestii udziału podłoża genetycznego, zaburzeń poznawczych, zaburzeń w funkcjonowaniu neuroprzebieżników, oddziaływania środków chemicznych, czy jeszcze innych elementów. Jedną z najpowszechniejszych teorii etiologii OCD mówi, że powstaje ono jako wyuczone zachowanie pod wpływem bodźców, które generują życie w strachu i dają schematyczne drogi poczucia ulgi, jednak z czasem stają się jedynie nawykiem nie przynoszącym oczekiwanych korzyści (Butcher, Hooley, Mineka 2017, 253-263).

Chorzy na omawiane zaburzenie w znacznej większości (szacuje się, że aż 90%) mają symptomy innych jednostek psychicznych, takich jak różne rodzaje lęków, depresji, zaburzeń psychotycznych i osobowościowych, zaburzeń jedzenia. Taki związek z innymi zaburzeniami może sugerować spektrum różnorodnych przyczyn, wskutek których pojawia się OCD. Szacuje się, że OCD dotkniętych jest aż 2-3% społeczeństwa, zatem statystycznie każdy może znaleźć w swoim otoczeniu osobę spełniającą kryteria diagnostyczne (Krzanowska,

Kuleta 2017, 7-15). Najczęściej OCD występuje wśród nastolatków i młodych dorosłych, a samo zaburzenie zaczyna się zazwyczaj w okolicy 20. roku życia. Nie obserwuje się różnicy w częstotliwości zapadalności na OCD między kobietami, a mężczyznami. Większość choruje na jego przewlekłą formę, która trwa całymi latami, a nawet dekadami. Zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnemu mogą towarzyszyć różne formy somatyczne, czyli objawiające się przez nieprawidłowe funkcjonowanie organizmu w sferze cielesnej, takie jak np. trichotilomania (obsesyjne i niekontrolowane wrywanie włosów z różnych partii ciała), czy dermatilomania (obsesyjne i niekontrolowane podrażnianie skóry poprzez jej skrobanie, drapanie, przerywanie struktury itp.) oraz zachowania o charakterze uzależniającym, takie jak niekontrolowane zakupy, hazard czy czynności seksualne (Adamowski, Lędzińska, Kiejna 2005, 369-373).

## **2. Rozumienie sakramentu pokuty i pojednania przez osoby z OCD**

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne dotyka również wierzących, którzy korzystają z sakramentu spowiedzi. Dominującym stanem u takich osób jest lęk oraz próby obniżenia dyskomfortu psychicznego wynikającego z tego negatywnego odczucia. Jedną z dróg do osiągnięcia ulgi w przeżywanym lęku może stać się spowiedź. Oprócz samego sakramentu uzdrowienia, o którym tu mowa, wierni z OCD często poszukują też innych form powrotu do równowagi psychicznej poprzez praktyki religijne, jednak w niniejszym artykule skupiono się na spowiedzi.

Istnieje duże ryzyko, że przystępujący do spowiedzi dotknięci OCD, będą traktować ten sakrament jako specyficzną formę kompulsji. Ze względu na jej odświętność, mniejszą dostępność (przynajmniej w porównaniu z codziennymi rytuałami) oraz konieczność udziału w niej spowiednika, nie zawsze stanowi ona taki sam rodzaj kompulsji, jak powszechnie, proste i samodzielne czynności. Silnie oddziałującym czynnikiem na postrzeganie przez penitenta sakramentu pokuty i pojednania jest dostęp do niego. Wierni z OCD mieszkający w dużych miejscowościach oraz pochodzący z okolic sanktuariów, gdzie są wyznaczone stałe godziny spowiedzi, są bardziej narażeni na przeżywanie tego sakramentu jako rytualnej próby obniżenia napięcia emocjonalnego.

W związku z tym korzystanie ze spowiedzi może odbywać się bardzo często, a w skrajnych przypadkach nawet codziennie. Tutaj trzeba jasno podkreślić, że w wypadku OCD spowiedź jest motywowana w dużej mierze obsesją. Może mieć ona charakter religijny, związany z poczuciem ciągłej obrazę Boga, przeklinaniem Go, niedoskonałej modlitwy, czy niespełnionym przymusem życia w ascetycznych warunkach. Często jednak motywacja nie musi

być czysto religijna, a sama chęć pojednania z Bogiem może być elementem szerszego schematu, w którym penitent czuje, że popełnił wiele win względem świata lub siebie, o których musi opowiedzieć. Ta druga sytuacja jest o wiele rzadsza, zazwyczaj religijne osoby z OCD widzą w sobie przede wszystkim zagrożenie dla innych i własną niegodność względem Boga. To powoduje nie tylko sam lęk, ale także obniżoną motywację, negatywny obraz siebie, niski poziom poczucia skuteczności i sprawczości, a także przeświadczenie o własnej nieudolności (Kubiak 2022, 149-160).

Penitent z OCD najczęściej postrzega Boga jako surowego i wymagającego, skupiającego się na szczegółach, i oczekującego perfekcyjnej postawy moralnej wiernych (Starzomska 2015, 129-137). Dlatego zazwyczaj nie jest przekonany o skuteczności tego sakramentu. Ma wątpliwości co do jakości wyznania przez niego grzechów, poszukuje kolejnych win w przekonaniu, że z pewnością czegoś nie powiedział przez zapomnienie lub niewłaściwe przygotowanie. Spowiadający się również nie zawsze jest w stanie przyjąć z pełnym zaufaniem, że rzeczywiście został rozgrzeszony. A nawet jeśli tak się dzieje, to już chwilę po spowiedzi może dojść do wniosku, że rozgrzeszenie jednak nie zadziałało z powodu braku osobistej szczerości, błędów w postawie (np. podczas pozycji siedzącej przy spowiedzi indywidualnej poza konfesjonałem) lub braku dokładności w udzielaniu rozgrzeszenia przez kapłana (np. niewyraźnego wypowiedzenia formuły rozgrzeszenia). Niekiedy pojawia się sytuacja, w której spowiadający się rozdziela treść grzechów od innych przekonań religijnych, które w jego mniemaniu zagrażają więzi z Bogiem lub innymi ludźmi.

Przykładem mogą być tutaj rzekome przysięgi składane Bogu w różnych okresach życia i nigdy nie wypełnione, niezrealizowana pokuta z przeszłości, czy grzech zostawiający po sobie poważne konsekwencje, który był już wielokrotnie wyznawany w przeszłości. Penitenci z OCD, u których występują przekonania o składanych przysięgach, czy posiadanych zobowiązaniach, często mają przeświadczenie o ich realności i obowiązku spełnienia. Nie wystarcza tutaj racjonalne wytłumaczenie i pouczenie o braku spójności logicznej tych przekonań i miłosierdziu Boga. Osoba z OCD może tworzyć wręcz alternatywny świat, gdzie postrzega siebie jako uwikłaną w różne zależności i niemającą możliwości wyrwania się z nich. Za tym kryje się magiczne rozumienie rzeczywistości duchowej, w którym to sam rytuał i zewnętrzna praktyka odgrywają pierwszorzędną rolę, a nie osobiste przekonanie i motywacje, jakie faktycznie stoją za podejmowanymi działaniami. Może temu towarzyszyć przekonanie o silnej irracjonalności takiej postawy, jednak taka świadomość jest uzależniona siłą wglądu w siebie i rozumieniem zaburzenia, a w dodatku w gąszczu różnych myśli nierzadko dochodzi do zatracenia świadomości tego, co powstało jako świadomy wytwór umysłu. W pierwszej części artykułu

zaznaczono, że czas od pojawienia się objawów OCD do podjęcia terapii, a tym bardziej do wdrożenia właściwych wskazań terapeutycznych, wynosi nawet kilkanaście lat. To generuje nie tylko przyzwyczajenie do tej choroby, ale też obniża zdolności poznawcze i weryfikacyjne jej mechanizmów, w tym zwłaszcza osobistej odpowiedzialności (Głaza 2018, 1414-155; Sikora 2019, 215-229).

Podobnie penitent z OCD może rozumieć konieczność odprawienia pokuty z poprzedniej spowiedzi, zwłaszcza jeśli była ona bardziej złożona. Nierzadko powtarza ją wielokrotnie, w ciągłym poczuciu niedoskonałości i przeświadczeniu, że w związku z tym kolejna spowiedź będzie nieważna. W takich przypadkach może pojawić się oczekiwanie dodatkowego, słownego podkreślenia o ważności przeżytej spowiedzi lub nieważności składanych Bogu zobowiązań. Jednak samo zapewnienie spowiednika o godności i ważności sakramentu często nie wystarcza, zwłaszcza jeśli jest to stały i zaufany spowiednik.

Wskazane objawy OCD, wpływające na przeżywanie sakramentu pokuty i pojednania, nie są jednoznaczne i nie dotyczą każdej osoby z tą chorobą. W dużej mierze przyjmują zindywidualizowany przebieg i mogą występować z różnym nasileniem u poszczególnych osób, są także uzależnione od osobistych predyspozycji religijnych penitenta, nasilenia zaburzenia i poziomu wglądu w siebie. Dodatkowym czynnikiem, regulującym opisane wskaźniki, może być udział wiernych z OCD w terapii, jej skuteczność i zgodność ze sposobem korzystania ze spowiedzi. Sytuacja, w której penitent będzie posiadał sprzeczne informacje od terapeuty i spowiednika będzie powodować nasilenie niepewności i coraz większe zakłopotanie w poczuciu skuteczności omawianego sakramentu. Sam przebieg zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego jest bardzo złożony, wielobjawowy, zindywidualizowany i niejednoznaczny. Część z przytoczonych objawów może być wynikiem innych zaburzeń psychicznych, czy po prostu skrupulanckiego sumienia, które jest deformacją duchową, a nie psychiczną (Matuszewski 2017, 213-248).

### **3. Kompetencje spowiednika posługującego penitentom z OCD**

Specyfika omawianego zaburzenia jest na tyle złożona i wyróżnia penitentów nim dotkniętych od tzw. przeciętnych spowiedzi, że wymaga szczególnej uwagi i przygotowania ze strony spowiednika. Dotyczy to zwłaszcza duchownych, posługujących wobec stałych penitentów chorych na OCD lub zagrożonych nim, co można w dużym uogólnieniu stwierdzić po symptomach opisanych we wcześniejszych częściach artykułu. Jednak również podczas spowiedzi odbywających się przy okazji zwyczajnej posługi w konfesjonale, która nie ma stałego charakteru i obejmuje nieznaną oraz nieumówioną osobę, potrzebne

jest wyczulenie na charakterystyczne cechy, mogące zwiastować opisywane zaburzenie (Klimek 2021, 5-21).

Wśród licznych autorów dominuje pogląd o konieczności rozdzielenia oddziaływania duszpasterskiego i terapii zdrowia psychicznego, przy jednoczesnym, równoległym wsparciu niezależnych specjalistów. Również stanowisko przedstawicieli Kościoła katolickiego silnie podkreśla konieczność rozdziału obu procesów, przede wszystkim ze względu na inny wymiar wsparcia, jaki zostaje w nich udzielone. (Wolicki 1994, 53-62; Damazyn 2007, 57-58; Bachanek 2015, 31-47). W przypadku jakiegokolwiek terapii osób z dysfunkcjami psychicznymi, celem jest osiągnięcie zdrowia psychicznego i ewentualnie fizycznego, natomiast pierwszorzędne przeznaczenie sakramentu pokuty i pojednania dotyczy odbudowy relacji z Bogiem, i sięga do obszaru wartości nadprzyrodzonych. Pomimo tych wyraźnych różnic, sakrament pokuty i pojednania może mieć pozytywne korzyści o charakterze psychologicznym i stanowić wsparcie dla osób dotkniętych OCD, a w niektórych przypadkach może być decydującym czynnikiem, motywującym penitenta do podjęcia leczenia psychicznego (de Barbaro 2004, 21-22). Jan Paweł II w *Reconciliatio et paenitentia* także podkreślił przydatność wiedzy, pochodzącej z nauk o człowieku, w tym psychologii, podczas spowiedzi, aby lepiej rozumieć sytuację penitenta. Jednocześnie nie można dokonać redukcji tego sakramentu, jedynie do czysto ludzkiej praktyki o charakterze terapeutycznym, skupionej wyłącznie na poprawie nastroju, bez odniesienia do Boga (Jan Paweł II 1984, 29).

Stąd istotnym jest, aby sam spowiednik rozwijał swoją wiedzę na temat niestandardowych sytuacji, z jakimi może spotkać się w konfesjonale oraz potrafił odróżniać specjalistów zdrowia psychicznego (psychiatra, psycholog, psychoterapeuta). Oprócz tego ważne jest, w miarę możliwości, posiadanie kontaktów do sprawdzonych osób zajmujących się tą problematyką, które nie będą stanowiły zagrożenia dla wartości duchowych penitenta, a rzetelnie podejmą próbę pracy nad jego zdrowiem. W sytuacji poczucia osobistego dyskomfortu, czy zagubienia ze względu na złożony charakter spowiedzi, warto również pokierować spowiadającego się do wyspecjalizowanego w tej dziedzinie kapłana. Te zalecenia wiążą się z osobistymi cechami dobrego spowiednika, wśród których znajdują się m.in.: pokora, umiejętność uznania własnej niewiedzy, czy nawet bezradności, łagodność wobec penitenta i kierowanie się przede wszystkim jego dobrem duchowym, a nie własnymi ambicjami (Wąchol 2023, 153-166).

Bardzo pomocna może okazać się współpraca z terapeutą lub lekarzem, prowadzącym leczenie pacjenta z OCD, który korzysta ze stałej posługi spowiednika. Należy zachować wówczas wszystkie zasady poufności, a tym bardziej tajemnicy spowiedzi, ale niektóre informacje dotyczące dotychczasowego przebiegu choroby, wskazań terapeutycznych, czy sposobów reakcji na te



zalecenia, mogą być przydatne w lepszym zrozumieniu sytuacji spowiadającego się. Do takiej konsultacji może dojść tylko i wyłącznie za zgodą wszystkich stron: spowiednika, terapeuty/lekarza oraz samego penitenta. Przywołana tajemnica spowiedzi obejmuje większość treści, jakie pojawiają się w trakcie tego sakramentu, ale spowiednik może zwrócić uwagę na pozytywne zachowania, cnoty, mocne strony i zalety samego penitenta. Podczas takiej konsultacji to przede wszystkim spowiednik powinien być stroną zyskującą informacje o penitencie, a zakres własnej wiedzy, jakim może podzielić się z terapeutą jest ograniczony (Derdziuk 2016, 179-191; Grochowska 2017, 115-131). Tego typu współpraca powinna również przyczynić się do odpowiedniego przebiegu sakramentu pokuty i pojednania, aby nie stał on w sprzeczności z zaleceniami terapeutycznymi. Częstą sytuacją jest podawanie wskazań przez spowiednika zupełnie wykluczających się z metodami podejmowanego leczenia. Nie chodzi tu o konstytutywne elementy spowiedzi, jak jej materia i forma, ale raczej wskazówki służące poprawie samego penitenta i ułatwiające rozumienie przez niego sytuacji, w których dochodzi do grzechu.

Jednym z najczęstszych błędów, wynikających z niewiedzy spowiednika, jest zachęta do unikania doświadczeń napawających lękiem penitenta będącego w terapii poznawczo-behawioralnej. Istotnym elementem tego podejścia jest ekspozycja na przeżycia stresogenne, celem umiejętnego radzenia sobie z nimi (Młynarczyk 2018, 33-54). Podobnie, błędem spowiednika byłoby zalecanie zupełnego zerwania ze wspomnieniami z przeszłości penitentom rozpoczynającym terapię w podejściu psychodynamicznym lub psychoanalitycznym, gdyż osią tych nurtów jest świadome przepracowanie trudnych momentów ze wcześniejszych etapów życia (Jańczak 2018, 5-17). Dla uniknięcia tego typu pomyłek, konieczne jest przeprowadzenie, jeśli już nie wspomnianej konsultacji, to przynajmniej ogólnego wywiadu z osobą z zaburzeniem, która chce podjąć stałą spowiedź, na temat jej terapii. Oczywiście istnieją też sytuacje, kiedy penitent zgłasza ogromny dyskomfort, czy nawet obniżenie jakości swojego życia pod wpływem terapii. W takich okolicznościach spowiednik może być osobą zalecającą dodatkową konsultację lub, jeśli posiada odpowiednią wiedzę, wprost zmianę terapeuty. Na rynku usług psychologicznych i medycznych nie brakuje specjalistów, którzy przez popełnione błędy, niedopatrzania lub lekceważenie swoich pacjentów zamiast pomagać, czynią im krzywdę (Wąchoł 2023, 153-166).

Taka rozmowa może też usprawnić rozumienie ogólnej, życiowej sytuacji penitenta. Na pojawienie się choroby obsesyjno-kompulsyjnej duży wpływ mają doświadczenia związane z najbliższym środowiskiem życia. Nierzadko bardzo rygorystyczne wychowanie i wysokie oczekiwania ze strony innych, powodują lęki i chęć osiągnięcia perfekcji w jakiejś, określonej przestrzeni, co może objawić się opisywaną tutaj jednostką chorobową. W związku z tym

odniesienie spowiadającego się do osób z najbliższego otoczenia może być wrogie lub obojętne, ale trzeba podchodzić z bardzo dużą ostrożnością do prób szybkiej naprawy tych relacji i nastawić się na wytężoną pracę w tym zakresie. Doświadczenia penitenta z przeszłości mogą wpływać na lęki wobec najbliższych oraz obecny sposób funkcjonowania, bardzo często dziwaczny i sprzeczny z logiką (Radziwiłowicz 2020, 434-443). Ważne też jest dokładne opisanie przez penitenta sposobu przeżywania przez niego praktyk religijnych. Istnieje wysokie ryzyko czysto rytualnego podejścia do wiary, gdzie oczekuje się, że konkretne gesty, modlitwy lub uczynki pokutne – nawet bez żywej relacji z Bogiem – przyniosą korzystną zmianę w zakresie zdrowia psychicznego i samego obszaru duchowego. Dodatkowym zagrożeniem dla osoby religijnej z OCD może być niewłaściwe zaangażowanie w ruchy charyzmatyczne. Może temu towarzyszyć silne oczekiwanie, że modlitwy wstawiennicze, modlitwy o uzdrowienie, czy kontakt z tzw. charyzmatykami doprowadzi do uzdrowienia lub przynajmniej polepszenia codziennego funkcjonowania z zaburzeniem. Osoby z OCD poszukują różnych, często niekonwencjonalnych, sposobów wyjścia ze swojego stanu i odzwierciedlając własne myślenie o stanowieniu zagrożenia dla innych lub siebie ze względu na określone zachowania czy wypowiedzi, łatwo przenoszą takie schematy na oczekiwanie uzdrowienia poprzez słowa, czy gesty innych osób (Sarnacki 2013, 36-47; Libiszowska-Żółtowska 2007, 199-217).

Podczas stałego spowiadania penitentów z OCD ważna jest cierpliwość wobec nich. Należy być przygotowanym, że jednorazowe przeżywanie tego sakramentu będzie wydłużone w czasie ze względu na szereg niepewności spowiadającego się (więcej o nich w poprzednim paragrafie artykułu), a wszelkie oznaki zniecierpliwienia, czy pośpiechu ze strony spowiednika, mogą być odczytywane jako próba lekceważenia lub braku poważnego traktowania. Jednak wraz z zaangażowaniem w stałe spowiednictwo takich osób, dobrą praktyką jest próba skracania czasu, poświęconego na przeżywanie tego sakramentu. Zawsze musi towarzyszyć temu wyjaśnienie i podkreślenie, że Bóg nie jest skrupulatnym sędzią, który skupia się na szczegółach, ale patrzy przede wszystkim na szczerłość wiernych i realną chęć zmiany na lepsze ich postaw. Łagodność Boga staje się tu Jego podstawową cechą, która może zachęcić do prób obniżenia lęku przed niedbałym, z perspektywy osoby z OCD, przeżyciem spowiedzi (Hajduk 2021, 55-75).

Ze stałą posługą spowiednika wiąże się też konieczność cierpliwości wobec braku wyraźnych zmian u penitenta z OCD. U takich osób stale dominuje przeświadczenie, że muszą nadrobić nawet drobne mankamenty z przeszłości, a przekonania o charakterze magicznym np. związane z negatywnym oddziaływaniem określonych przedmiotów czy aktywności, mających neutralny charakter (ubranie, zakupy, odwiedziny krewnych itd.), nie dają się szybko

usunąć poprzez kolejne zapewnienie, nawet zbudowane na najbardziej wyrafinowanych koncepcjach teologicznych, czy przykładach innych osób. Podobnie dzieje się w przypadku terapii opisywanego zaburzenia, która bardzo często wydaje się jakby nie przynosiła żadnych widocznych efektów, a sam proces terapeutyczny może trwać latami.

Charakterystycznym zjawiskiem dla OCD są również okresowe regresy, czyli dość niespodziewane momenty pogorszenia kondycji wewnętrznej osoby dotkniętej tym zaburzeniem, w co wpisuje się jej relacja do Boga. W praktyce może okazać się, że po osiągnięciu jakiegoś ważnego etapu w ramach stałego spowiednictwa, w który włożono mnóstwo wysiłku, np. utwierdzeniu w przekonaniu o ważnie i dobrze odmawianej pokucie, penitent powraca na nowo do wątpliwości, jakie miał odnośnie tego, wydawałoby się, przepracowanego już elementu (Całun-Nadulska, Sikora 2019, 210-215). Spowiednik nie może ulec fałszywemu przekonaniu o mierzalności jakości spowiedzi, a w tym swojej posłudze, zewnętrznymi wskaźnikami o empirycznym charakterze. Każda forma posługi duszpasterskiej powinna być oczekiwaniem na jej owoce, które niekiedy wymagają cierpliwości, a nie zawsze objawiają się w natychmiastowych efektach (Wąchol 2022, 89-104). Podczas sakramentu pokuty i pojednania objawia się przede wszystkim łaska Bożego miłosierdzia i, o ile są zachowane wszystkie konstytutywne elementy spowiedzi, to ona odgrywa podstawową rolę, a nie zewnętrzny jej przebieg (Przybyłowski 2012, 201-215).

Jednym z poważnych błędów w próbie zrozumienia penitenta, jest założenie, że każda jego myśl i aktywność są świadome, i wynikają z wolnej woli tej osoby. Obsesje pojawiają się wbrew oczekiwaniom osoby z OCD, a całe jej życie jest nastwione na walkę z nimi, stąd obecne są kompulsje, które bardzo często nie mają żadnych logicznych podstaw i mogą wydawać się dziwaczne zewnętrznemu obserwatorowi. Siła własnej woli zależy od intensywności omawianego zaburzenia, ale najczęściej jest ona mocno osłabiona, a możliwości przyjęcia wyjaśnień od spowiednika i zrozumienia ich stają się wręcz niemożliwe. Z perspektywy osoby spowiadającej takie podejście penitenta może być odebrane jako niezrozumiałe, a momentami wręcz złośliwe, gdyż niekiedy wydaje się jakby celowo, w swoim uporze nie chciał przyjąć danej informacji i na przekór powracał do własnego rozumowania (Mrozowicz 2011A, 137-143).

Badania i rozwój koncepcji, dotyczących zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, są dynamiczne i wraz z upływem czasu wzbogaca się wiedza na jego temat. Spowiednik, podejmujący się posługi wobec osoby z OCD, powinien być gotowy do własnego rozwoju intelektualnego w tym zakresie oraz do umiejętności krytycznego spojrzenia na osobiste podejście do takich osób. Analiza interakcji, jaka odbywa się między spowiednikiem a penitentem, może być najcenniejszym źródłem wiedzy na temat skuteczności podejmowanego wsparcia duszpasterskiego, poprawności podawanych zaleceń i obecności błędów.

#### 4. Przebieg spowiedzi penitentów z OCD

Osoby wierzące z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym najczęściej czują silną potrzebę korzystania z sakramentu spowiedzi świętej. Wcześniejsze analizy ukazują, że jest to dla nich trudne doświadczenie, obarczone silnym dyskomfortem psychicznym i poczuciem ciągłego niedopełnienia podstawowych warunków, koniecznych do jej ważnego przeżycia. Nie uzyskują również ulgi w obecnych lękach, obok przekonania o wejściu w poważną winę moralną i własną grzeszność, która może stać się centralnym punktem widzenia własnej osoby. Przy intensywnym przebiegu OCD właściwie każda ilość odbytych spowiedzi jest niewystarczająca dla penitenta do osiągnięcia wewnętrznego pokoju. Już chwilę po zakończeniu sprawowania sakramentu pokuty i pojednania mogą pojawić się ogromne wątpliwości, co powoduje wewnętrzny przymus danego penitenta do skorzystania ze spowiedzi po raz kolejny, w przekonaniu, że być może tym razem będzie możliwe doznanie poczucia oczyszczenia z grzechów.

Dzieje się tak dlatego, że korzystanie z omawianego sakramentu spełnia rolę kompulsji, w odpowiedzi na wyrzuty sumienia mające charakter obsesji. Jak już to podkreślono na początku artykułu, kompulsje nie dają poczucia ulgi dla myśli natrętnych, a zwiększenie ich częstotliwości nie tylko nie przynosi żadnego efektu terapeutycznego, ale może nawet pogłębiać samo zaburzenie (Mrozowicz 2011B, 137-142). Same obsesje przyjmują w tym wypadku najczęściej formę wyrzutów sumienia, co stanowi ważną informację dla spowiednika takiej osoby, gdyż musi on umieć ocenić winę moralną spowiadającego się. Przypomniał to Jan Paweł II w przemówieniu do *Penitencjarii Apostolskiej* z 1993 roku w słowach:

„Sakrament pokuty nie jest i nie powinien stać się techniką psychoanalityczną, czy psychoterapeutyczną. Tym niemniej, dobre przygotowanie psychologiczne i znajomość nauk o człowieku w ogóle, z pewnością ułatwią spowiednikowi poznanie tajników sumienia oraz dokonywanie rozróżnień – co nie zawsze jest łatwe – między czynami prawdziwie ludzkimi (czyli takimi, za które ponosi się odpowiedzialność moralną), a czynami człowieka. Te ostatnie bywają uwarunkowane mechanizmami psychologicznymi” (Jan Paweł II 1993, 44).

W związku z opisywanym wyżej zjawiskiem, istotne jest, aby spowiednik, pełniący stałą posługę sakramentalną wobec osoby z OCD, był wyczulony na ustalanie częstotliwości tego sakramentu. Posługa nie powinna odbywać się zbyt często, dlatego należy dążyć do odstępów między kolejnymi spowiedziami, jakie uznano by za wystarczające dla przeciętnej osoby bez zaburzenia, nieżyjącej w szczególnym narażeniu na grzech ciężki, np. okresu jednego mie-

siąca. Oczywiście osoby z OCD mogą popełnić grzech ciężki, jednak czyn stojący za nimi najprawdopodobniej będzie na tyle wyrazisty i odmienny od typowego dla nich wyznania win, że spowiednik nie powinien mieć problemów z zauważeniem takiej sytuacji.

Nieustanne doświadczenie lęku i dyskomfortu przez osoby z OCD, powoduje u nich obniżenie nastroju. Może je dodatkowo potęgować skupienie na obsesjach, często o negatywnych treściach, dlatego podczas spowiedzi takich penitentów należy mocno uwypuklać uzdrawiający aspekt tego sakramentu (Tryburski 2013, 19-23). Oczywiście podstawowym celem jest uzyskanie przebaczenia i pojednanie z Bogiem, ale przyziemne korzyści ze spowiedzi o charakterze psychologicznym, pomogą wydobyć mocne cechy spowiadającego się, przydatne do podejmowanej terapii. Może temu posłużyć zachęta do prowadzenia rachunku sumienia nie tylko w celu przypomnienia sobie grzechów, ale także zauważenia konkretnych wydarzeń, przeżyć i wewnętrznych doświadczeń, które penitent może uznać za pozytywne. Nie muszą to być jakieś spektakularne sukcesy, wystarczy skupić się na codziennych, prostych i rutynowych czynnościach, przynoszących dobre skutki w relacjach z najbliższym otoczeniem (Selejdak 2010, 187-205).

Takie podejście może przynajmniej częściowo zmienić negatywne przekonanie spowiadającego się o własnej osobie. Podczas samego rozeznania winy moralnej i tego, czy opisywana sytuacja jest grzechem, pomocna może być postawa dialogu w trakcie aktu wyznania grzechów. Spowiednik może wówczas sprecyzować niektóre opisy doświadczeń penitenta, zwłaszcza jeśli są one zawiłe i mało zrozumiałe. Tego typu interwencja musi być jednak wyważona i powinna służyć polepszeniu rozumienia treści, nie może pojawiać się jako próba siłowego skrócenia przedłużającego się wyznania grzechów. Zasadnym może być ukazanie, że penitent zaczyna się powtarzać i mówić po raz kolejny o tym samym oraz prośba o sprecyzowanie czegoś, ale zawsze z zostawieniem swobody wypowiedzi (Worbs 2016, 91-106).

Pouczenie powinno być dobrane bardzo indywidualnie do sytuacji penitenta, trzeba w nim uwzględnić treści, z którymi ma największe trudności. Spowiednik nie powinien zrażać się tłumaczeniem po raz kolejny tego samego aspektu, gdyż znając złożoność zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego musi nastawić się na cierpliwość. Często w ramach doświadczanych myśli natrętnych pojawiają się u osób z OCD przekonania związane z tematami ezoterycznymi, przesładowczymi lub odnoszące się do przekleństw, czy innego rodzaju zagrożeń. Dobrą praktyką będzie wyczulenie spowiednika na unikanie tego typu treści, aby nie wzmacniać obsesji spowiadającego się. Należy pamiętać, że rozumowanie, oparte o klasyczne zasady logiki, nie zawsze będzie działać przy omawianym zaburzeniu, zazwyczaj w tym wypadku myślenie przyjmujące charakter irracjonalny (Kacprzak-Straszak, Pawlak, Kucharczyk 2016,

95-114). W ramach pouczenia może znaleźć się też konieczność wytłumaczenia penitentowi, że część jego myśli i zachowań nie wynika z wolnej woli i celowo podejmowanej aktywności. Wówczas odpowiedzialność moralna za wyrządzoną w takich okolicznościach krzywdę innym lub sobie, może być mniejsza, a często nawet w ogóle nie zaistnieć. Sam spowiednik powinien być uważny i dobrze rozeznaczyć tego typu przypadki, aby stwierdzić, że penitent z OCD w ogóle nie może popełnić grzechu i pozostaje bez wolnej woli w podejmowanych decyzjach. Budowanie wspomnianego poczucia kontroli wiąże się z rozwojem odpowiedzialności za własne postawy (Dziewiecki 2023, 15-24). Wyjaśnienie przyczyn powstawania sytuacji, uznanej przez penitenta za grzeszną i przeanalizowanie jej kontekstu, może wpłynąć na uznanie sakramentu pokuty i pojednania za godny i ważny, bez konieczności powtarzania go. Istotny może tutaj okazać się autorytet kapłana, gdyż takie przekonanie może być uzależnione nie tylko od samego wyjaśnienia, ale również od postrzegania osoby spowiednika jako przedstawiciela samego Boga (Buksik 2007, 49-67)

W związku z mechanizmami funkcjonowania osób z OCD, bardzo ważne jest staranne dobranie pokuty. Nie może ona być zbyt złożona i wydłużona w czasie podczas jej realizacji, gdyż grozi to nasileniem poczucia niewłaściwego jej odprawienia i wątpliwości, czy w ogóle została odprawiona. Powinna być jednoznaczna i precyzyjna, jeśli ma to być jakiś tekst do rozważenia np. perykopa Pisma Świętego, należy dokładnie wskazać konkretny fragment, tak aby penitent miał pewność jej odprawienia. Pokuta powinna być tak dobrana, aby oprócz skutków duchowych odkrywała przed penitentem treści istotne dla jego życiowej sytuacji np. umacniające jej godność, czy ukazujące obraz miłosiernego Boga. W ten sposób, oprócz wzmocnienia wartości duchowych, można rozwijać u spowiadającego się poczucie skuteczności i kontroli własnego życia, jednych z kluczowych dla dobrostanu psychicznego czynników (Heszen-Niejodek, Gruszczyńska 2004, 15-31).

W przypadku penitentów z OCD korzystających ze stałej spowiedzi, pomocną praktyką może być zawarcie tzw. kontraktu, czyli omówienie i ustalenie zasad kontaktu ze spowiednikiem. Mieści się w nim częstotliwość spotkań, ich długość i miejsce, określenie kompetencji spowiednika, czy podkreślenie wagi tajemnicy spowiedzi (choć jest to oczywista kwestia, wielu osobom może towarzyszyć dodatkowy lęk przed ujawnieniem wypowiedzianych przez nie treści). Należy też przemyśleć i ustalić warunki ewentualnej dostępności spowiednika poza czasem spowiedzi. Ze strony penitenta może pojawić się chęć dodatkowych pytań i doprecyzowania aktualnych wydarzeń. Gotowość spowiednika do takiego kontaktu może wspomóc rozwój duchowy i psychiczny spowiadającego się, ale należy zawsze podchodzić do takiej możliwości z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i ewentualnych szkód wynikają-

cych z nadmiernej relacji. Być może właściwe wskazania w tej kwestii będą wynikały z rodzaju i zaawansowania w podjętą przez osobę z OCD terapii.

## Zakończenie

Osoby z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym stanowią na tyle znaczny odsetek wiernych, że nawet bez świadomości i stałej posługi wobec nich przez spowiedników, pojawiają się w konfesjonałach. Podstawowa wiedza na temat tej jednostki chorobowej może być bardzo przydatna do owocnej współpracy z takimi ludźmi w ramach posługi sakramentalnej. Oczywiście, jest to wyłącznie ogólny zarys procesów, jakie dokonują się w umyśle penitenta dotkniętego OCD, ale przy otwartości spowiednika i uwzględnieniu tych podstawowych zasad, może on okazać się ważnym wsparciem dla wspomnianej grupy wiernych, a dla wielu z nich odkryć prawdziwe oblicze Miłosiernego Boga i stać się pośrednikiem w drodze do Niego. Doświadczenie kontaktu z osobami z OCD, poszukującymi spowiedzi pokazuje, że wielokrotnie były one ranione, a ich wewnętrzne wątpliwości pogłębiane ze względu na brak odpowiedniego przygotowania spowiedników. Oczywiście, każda osoba jest inna, a sam spowiednik doświadcza różnych momentów swojego życia, dlatego powinien być zawsze otwarty na indywidualne podejście i cierpliwy wobec własnych braków i niepowodzeń. Każda posługa sakramentalna to przede wszystkim działanie Boga, zapośredniczone przez osobę duszpasterza, dlatego ostatecznie łaska, jaka dociera do penitenta przez spowiedź, to nadprzyrodzony dar, a nie wynik ludzkich umiejętności.

## BIBLIOGRAFIA

- Adamowski, Tomasz i in. 2005. „Spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – nowa kategoria diagnostyczna?”. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 14: 369-373.
- Bachanek, Grzegorz. 2015. „Psychologia a teologia. Miejsca spotkania w antropologicznej refleksji J. Ratzingera”. *Studia teologii dogmatycznej*, 1: 31-47.
- Barbaro de, Bogdan. 2004. „Najlepiej pomoc równoległa”. *Więź*, 544 (2): 21-22.
- Buksik, Dariusz. 2007. „Sakrament przebaczenia i pojednania: rola spowiednika i penitenta na drodze ku dojrzałości religijnej i osobowościowej”. *Seminare. Poszukiwania naukowe* 24(1): 49-67.
- Butcher, James i in. 2017. *Psychologia zaburzeń DSM-5*. Sopot: GWP.
- Całun-Nadulska, Paula i Justyna Sikora. 2019. „Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w podejściu poznawczo-behawioralnym”. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(2): 210-215.
- Damazyn, Michał. 2007. „Psychoterapia a spowiedź”. *Życie duchowe*, 52: 53-60.
- Derdziuk, Andrzej. 2016. „Tajemnica spowiedzi świętej”. *Teologia i moralność*, 11(19): 179-191.
- Dziewiecki, Marek. 2023. „Formacja sumienia”. *Zeszyty Formacji Katechetów*, 90(2): 15-24.
- Głaza, Michał. 2018. „Zaburzenia lękowe w kontekście duszpasterskim”. *Studia Pelplińskie*, 52: 141-155.

- Grochowska, Natalia. 2017. „Tajemnica spowiedzi w prawie kanonicznym”. *Kościół i prawo*, 6(19): 115-131.
- Hajduk, Ryszard. 2021. „Terapeutyczna rola *benignitas pastoralis*”. *Polonia Sacra*, 25(1): 55-75.
- Heszen-Niejodek, Irena i Ewa Gruszczyńska. 2004. „Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar”. *Przegląd Psychologiczny*, 47(1): 15-31.
- Hollander, Eric, “Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues.” *Journal Clinical Psychiatry*, 57(8): 3-6.
- Jan Paweł II. 1994. *Reconciliatio et penitentia*. Wrocław: TUM.
- Jan Paweł II. 1993. „Przemówienie do Penitencjarii Apostolskiej”. *L'Osservatore Romano*, wyd. polskie, 5-6(153): 44.
- Jańczak, Monika. 2018. „Mentalizacja w praktyce klinicznej – perspektywa psychodynamiczna”. *Psychoterapia*, 4(187): 5-17.
- Kacprzyk-Straszak, Agnieszka i in. 2016. „Zaburzenia lękowe – rzeczywistość obok nas”. W: *Beskidzkie Dziedzictwo V*, red. Stanisław Cader i Stanisław Ciupka, 95-114. Kraków: Wydawnictwo Scriptum.
- Klimek, Jan. 2021. „Spowiedź osób z zaburzeniem psychicznym”. *Polonia Sacra*, 25(63): 5-21.
- Krzanowska, Eliza and Małgorzata Kuleta. 2017. “From anxiety to compulsivity – A review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11.” *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(3): 7-15.
- Krzyszkwowiak, Waldemar i in. 2019. „Leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD) i zaburzeń powiązanych (ORCD)”. *Psychiatria Polska*, 53(4): 825-843.
- Kubiak, Kamil. 2022. „Skrupuły i nerwica eklezjogenna jako podtyp zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – dynamika i problemy terapeutyczne”. *Studia Gdańskie*, 50: 149-160.
- Libiszowska-Żółtowska, Maria. 2007. „Wokół definicji i kategoryzacji nowych ruchów religijnych”. *Kultura i Społeczeństwo*, 51: 199-217.
- Matuszewski, Krzysztof. 2017. „Problemy duchowe a psychiczne. Różnicowanie między problemami natury demonicznej a zaburzeniami psychicznymi”. W: *Praktyczna psychologia dla teologów*, tom II, red. Monika Guzewicz i Jarosław Czerkawski, 213-248. Kielce: Jedność.
- Młynarczyk, Marcin. 2018. „Techniki pracy z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym w terapii poznawczo-behawioralnej”. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 22: 33-54.
- Morrison, James. 2016. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: WN UJ.
- Mrozowicz, Marta. 2011A. „Procesy poznawcze w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych – prawdziwe wyzwanie dla nauk kognitywnych”. *Rocznik Kognitywistyczny*, 5: 137-143.
- Mrozowicz, Marta. 2011B. „Badania nad procesami poznawczymi w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych – zarys problematyki”. *Rocznik Kognitywistyczny*, 5: 137-142.
- Przybyłowski, Jan. 2012. „Boska i ludzka tajemnica spowiedzi”. *Warszawskie Studia Pastoralne*, 16: 201-215.
- Rabe-Jabłońska, Jolanta. 2007. „Diagnoza i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego”, *Psychiatria*, 4: 160-174.
- Radziwiłowicz, Wioletta. 2020. „Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne)”. W: *Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży*, red. Iwona Grzegorzewska, Lidia Cierpiałkowska i Aneta Borkowska, 434-443. Warszawa: PWN.
- Sarnacki, Andrzej. 2013. „Religia w koncepcji udanego życia: ruchy pentekostalne w Ameryce Łacińskiej”. *Anthropos*, 20-21: 36-47.
- Selejda, Ryszard. 2010. „Kapłan penitentem i szafarzem sakramentu pokuty i pojednania”. *Częstochowskie Studia Teologiczne*, 38: 187-205.
- Sikora, Katarzyna. 2019. „Terapia poznawczo-behawioralna wrażliwa na religię i duchowość – refleksje etyczno-zawodowe”. *Psychologia Wychowawcza*, 15: 215-229.
- Starzomska, Małgorzata. 2015. „Bóg w krzywym zwierciadle?”. *Fides et ratio*, 3(23): 129-137.
- Tryburski, Ernest. 2013. „Neuropsychologiczna ocena pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi”. *Psychiatria*, 10(1): 19-23.



- Wąchol, Grzegorz. 2023. „Wybrane objawy zaburzeń psychicznych podczas spowiedzi i wspierająca reakcja spowiednika”. *Teologia i Moralność*, 18(1): 153-166.
- Wąchol, Grzegorz. 2022. „Przypowieść o sieci (Mt 13,47-50) jako inspiracja dla duszpasterstwa”. *Tarnowskie Studia Teologiczne*, 40(2): 83-104.
- Wolicki, Marian. 1994. „Duszpasterstwo a psychoterapia”. *Wrocławski Przegląd Teologiczny*, 2(2): 53-62.
- Worbs, Marcin. 2016. „Lecniczy charakter sakramentu pokuty”. *Sympozja*, 88: 91-106.

**GRZEGORZ WĄCHOL** – kapłan archidiecezji krakowskiej, doktor nauk teologicznych, psycholog, pracownik Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, kapelan Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Zainteresowania naukowe i praktyczne to: duszpasterstwo osób z zaburzeniem psychicznym i niepełnosprawnych, duszpasterstwo indywidualne, duszpasterstwo szpitalne, psychologia religii, tanatopsychologia.