

## ROZRÓŻNIANIE SUMIENIA OD SUPEREGO U OSÓB RELIGIJNYCH W KONTEKŚCIE PRACY Z NERWICĄ EKLEZJOGENĄ

### DISTINGUISHING BETWEEN THE CONSCIENCE AND THE SUPEREGO OF RELIGIOUS PEOPLE IN THE CONTEXT OF TREATMENT OF ECCLESIOGENIC NEUROSIS

Wydział Filozofii Akademii Ignatianum w Krakowie  
Instytut Psychologii  
Katedra Psychologii Religii i Duchowości

**conscience**  
**superego**  
**ecclesiogenic neurosis**

*Artykuł porusza kwestie znaczenia religijności w powstawaniu zaburzeń psychicznych oraz w procesie psychoterapii. Autor przedstawia analizę różnic pomiędzy sumieniem i superego w kontekście rozumienia objawów i trudności w procesie leczenia.*

**Summary:** This article presents the clinical work with an ecclesiogenic neurosis and the difficulties encountered by the therapists working with very religious patients. In contrast to the few existing studies of this topic, the Author emphasizes the necessity to take into account the difference between the conscience and the superego, if the therapy is to be effective. The article focuses on the presentation of the theoretical assumptions for distinguishing between conscience and superego, not only from an interdisciplinary perspective (theology, philosophy and psychology), but also within the contemporary psychoanalysis. Clinical cases described in this article demonstrate effective and ineffective strategies of work with an ecclesiogenic neurosis in case of conflict between sexual and theological norms. The article presents the phenomenological criteria allowing to distinguish between the conscience and the superego in a context of clinical work.

The effective work with an ecclesiogenic neurosis is to be based not only on a distinction between the inner conflict and the system of defense against it and the structure of the image of God, but also on an understanding of the conflict between the conscience and the superego, and apply a more differentiated approach to the sense of guilt.

### Pacjent religijny

Badania pokazują, że religijność nie może być pojmowana jako jednolita cecha osobowości, lecz jako zmienna złożona tak różna i heterogeniczna, jak samo ludzkie zachowanie [1]. Należy o tym pamiętać, biorąc pod uwagę jej wpływ na zdrowie psychiczne, bo ludzie mają nie tylko niepowtarzalne rysy osobowościowe, ale też mniej lub bardziej dojrzałą religijność. Choć między zachowaniami moralnymi ludzi wierzących i niewierzących pojawiają się subtelne różnice, są one różnie interpretowane. Wygląda jednak na to, że ludzie wierzący nie odznaczają się żadnymi wyjątkowymi cechami dotyczącymi uczciwości czy chęci niesienia pomocy, istnieją jednak dwa obszary życia, w których ludzie religijni rzeczywiście zachowują się zgodnie z oczekiwaniami ogólnospołecznymi dotyczącymi powstrzymywania

się przed seksem poza małżeństwem czy trwałym związkiem i unikania narkotyków. Mamy tutaj jednak do czynienia z zależnościami krzywoliniowymi, tak więc religijne myślenie, przeżywanie i zachowanie ludzi wierzących różni się w zależności od tego, w jakim stopniu są świadomi odpowiedzialności za podejmowane czyny oraz czy ta świadomość skłania ich ku lękowi czy jest zrównoważona emocjonalnie. W niektórych badaniach dotyczących stopnia lub rodzaju religijności najwięcej wspólnych cech występowało w grupach ekstremalnie różnych: „u niewierzących” i „wysoce religijnych” — obie zaś wyraźnie odróżniały się od wielkiej masy mniej wierzących, zwłaszcza w kwestii tolerancji i uprzedzeń wobec inaczej myślących [2]. Stąd też pacjent religijny określa osobę oceniającą świat z perspektywy swojej wiary w oparciu o trzy podstawowe wartości: (a) autorytet przyznawany religijnym liderom, (b) Biblię — bądź inną świętą księgę, (c) identyfikację z własną grupą religijną. Im większą wagę będzie nadawała tym wartościom w swoim życiu, tym bardziej według niego jest religijna. Takie osoby bywają określane jako „silnie zaangażowane religijnie”, „żarliwie wierzące” czy „głęboko religijne” [3]. Wśród specyficznych tematów, jakie pojawiają się w tej grupie pacjentów/klientów wymieniane są takie kwestie moralne, jak: poczucie wpływu (sprawczości), wina i neurotyczne poczucie winy, emocje i odpowiedzialność moralna, wolność i odpowiedzialność, wolna wola, głos sumienia, wartości religijne [4].

W przypadku wspomnianej grupy psychoterapeuci natrafiają na różne trudności, które w pośredni i bezpośredni sposób wpływają na podejmowane przez nich decyzje kliniczne. Badania pokazują bowiem, że osoby bardzo religijne postrzegają świat inaczej niż jednostki niereligijne, mają inne schematy poznawcze, w związku z tym inaczej postrzegają i psychoterapię. Niektóre grupy (wspólnoty) religijne mogą charakteryzować się wyższymi wskaźnikami problemów emocjonalnych, ale mogą opierać się szukaniu pomocy ze względu na swoje religijne przekonania dotyczące uzdrawiania i cierpienia i podejrzliwość wobec psychologii [5]. Bardzo religijne osoby — zwłaszcza kobiety — preferują terapeutów podzielających ich system wartości i oczekują interwencji religijnych (duchowych) w ramach psychoterapii. Mogą one unikać pomocy psychologicznej, jeśli w jej trakcie ich wartości i przekonania religijne stawiane są pod znakiem zapytania czy wręcz dyskredytowane [6].

Na podstawie badań nad związkiem oczekiwań osób bardzo religijnych z postawą psychoterapeutów (ich samookreśleniem się względem religii czy duchowości przed rozpoczęciem terapii) ustalono, że ważniejsza w ocenie psychoterapii pacjentów/klientów bardzo religijnych zdaje się akceptacja przez terapeutę ich religijnego systemu wartości niż przekonania [7]. Zdania są jednak podzielone, jeśli chodzi o ocenę, na ile kluczowe znaczenie dla udanej psychoterapii takich pacjentów ma identyfikacja religijna samych terapeutów. Niektóre badania pokazują, że nie ma to znaczenia dla pozytywnego wyniku psychoterapii — aczkolwiek sytuacja ta może nie dotyczyć osób mających wysokie wskaźniki religijności motywowanej wewnątrznie, albo wtedy, kiedy wyniki końcowe terapii są mierzone na podstawie wartości utrzymywanych przez pacjentów/klientów po jej zakończeniu. Niezależnie bowiem od typu osobowości pacjenci/klienci bardzo religijni preferują terapeutów o podobnym systemie wartości i w zależności od tego, co wiedzą o religijności terapeuty, zmieniają zakres/poziom swojego otwarcia [4, 8].

Okazuje się jednak, że dla terapeutów największym wyzwaniem pozostają neurotyczni pacjenci religijni w takich obszarach funkcjonowania, jak seksualność, grzeszenie myślą i podejście do cierpienia [9, 10], a więc w ramach konfliktu religijno-nerwicowego określa-

nego mianem nerwicy eklezjogennej. Nie widzą oni problemu w objawach, które u nich występują, ani w przeżywaniu swojej religijności. Charakteryzuje ich nieufność do terapeuty, deprecjonowanie jego autorytetu oraz traktowanie terapii jako „zdrady Boga”. Nieufność ta utrzymuje się zwykle przez dłuższy czas, utrudniając nawiązanie przymierza terapeutycznego i często prowadzi do przerwania terapii [10].

### Nerwica eklezjogenna

Termin „nerwica eklezjogenna” (z gr. *ecclesiae* — kościół, *gignomai* — być wytworzonym) sformułował w latach 50. ubiegłego wieku berliński ginekolog Eberhard Schaezting i odniósł go do zaburzeń na tle seksualnym, które — jego zdaniem — były spowodowane przez kościelny dogmatyzm [11]. Wielu autorów zajmujących się tą problematyką uważa, że nerwica eklezjogenna może mieć wiele postaci i w swoich objawach nie jest ograniczona do sfery seksualnej. Jest zjawiskiem stosunkowo częstym — sięgającym nawet 10% wszystkich nerwic — i, szczególnie w cięższych postaciach, ukrytym aż do momentu wystąpienia czynnika spustowego. To, co ją wyróżnia na tle innych nerwic, to charakteryzujący ją konflikt religijny, który jest jednocześnie konfliktem nerwicowym. O jej powstaniu decyduje więc połączenie dwóch czynników. Pierwszym jest nieświadome używanie religijności przez psychikę jednostki jako nerwicowego mechanizmu obronnego. Drugim — uprawomocnienie i umocnienie nerwicowej, niedojrzałej religijności przez instytucję religijną (Kościół) czy też nieprawidłowe wychowanie religijne, albo jedno i drugie [10–12].

Uważa się, że w obszarze tego konfliktu można wyróżnić siedem problematycznych zależności pomiędzy wewnętrznymi ideałami, potrzebami i popędami z jednej strony a rzeczywistością zewnętrzną życia osobistego, stosunków z innymi oraz społeczeństwem z drugiej. Są nimi: (1) ogólna konfliktowość nerwicowa; (2) konflikty między lojalnością rodzinną a subiektywnie przeżyтыми urazami psychicznymi lub nieprawidłowościami; (3) konflikty między ideałami [religijnymi] a rzeczywistością; (4) ogólnie podwyższona lękliwość — także w kwestiach religijnych; (5) poczucie winy jako część ludzkiej kondycji; (6) zależność od Boga a podejmowanie osobistej odpowiedzialności; (7) prawo ludzkie, kościelne i nauka moralna w przeciwieństwie do osobistej wolności chrześcijańskiej. W owym konflikcie indywidualna religijność jest często treściowym wyrazem procesu neurotycznego leżącego w głębi. Wśród czynników wpływających na rozwój tego konfliktu największe znaczenie przyznaje się predyspozycjom nerwicowym oraz nieprawidłowemu wychowaniu religijnemu [10, 11]. Mówiąc o tym ostatnim, autorzy zajmujący się analizą materiału psychoterapeutycznego opisywanych pacjentów wyróżniają takie czynniki, jak: (a) schemat wprowadzenia w religijność, (b) przenikanie się wychowania i wychowania religijnego oraz (c) traktowanie seksualności jako sfery podejrzanej i „nieświętej”. Czynniki te wpływają na rozwinięcie się specyficznego typu religijności charakteryzującej się oparciem na motywacji lękowej, zagrażającym obrazem Boga oraz bogactwem religijnych identyfikacji [10–12].

### Wieczne „musisz”

Analizując dysfunkcyjne schematy religijnej socjalizacji u pacjentów z nerwicą eklezjogenną Andrzej Molenda, napisał: „W relacji pacjentów nauka religii składa się na pierwszym miejscu z eksponowania prawa Bożego, «jaki Bóg dał Mojżeszowi w postaci dziesięciu

przykazań i które nakazał przestrzegać». Prawo Boże to też pięć przykazań kościelnych. Przekroczenie prawa Bożego to grzech ciężki, czyli śmiertelny. Gdyby ktoś w stanie grzechu śmiertelnego umarł, to zostanie ukarany wiecznym potępieniem. Natomiast za przestrzeganie prawa Bożego człowieka czeka nagroda w postaci życia wiecznego” [10, s. 194].

Z badań wiemy [13], że dzieci różnią się między sobą pod względem szybkości rozwoju, siły i treści motywacji moralnej. Można powiedzieć, że w przypadku nerwicy eklezjogennej istota indywidualnej religijności została zredukowana do przestrzegania przykazań, stosowania się do nakazów i zakazów, za które przewidziane są nagrody i kary. Tym, który będzie nagradzał lub karał, jest Bóg. Na wczesnym etapie edukacji religijnej dzieci dowiadują się o karze bożej, co zwykle kształtuje w nich obraz karzącego Boga i skutkuje lękiem przed Jego karą. W ten sposób dla wielu osób lęk przed Bogiem staje się główną motywacją w praktykowaniu ich indywidualnej religijności [10, s. 194].

Takiej socjalizacji towarzyszy często zatarcie granic między wymaganiami rodziców a wymaganiami Boga — te pierwsze są w odbiorze dziecka przeżywane jako wymagania Boga; ale podobne zatarcie występuje także u dorosłych, kiedy to wymagania Kościoła są przeżywane jako wymagania Boga, a posłuszeństwo Kościołowi jest równoznaczne z posłuszeństwem Bogu [10]. Takie wychowanie prowadzi do tego, że Bóg przeżywany jest nie tylko jako zagrażający karą doczesną i wieczną, ale też swoimi wymaganiami. Jak podkreśla Molenda: „Lęk przed wymaganiami Boga jest jednym ze składników lęku przed Bogiem. Wiele osób myśli o sobie i swojej przyszłości w kategoriach realizacji wymagań Boga. Kierują się w życiu obrazem wymagań Boga, co często prowadzi do pomijania, tłumienia i zagubienia własnych pragnień. Realizacja wymagań Boga jest często sposobem na zjednywanie Boga, na skłanianie Go, aby im „błogosławił w życiu” [10, s. 196].

Wieczne „muisz” [14] — charakteryzujące życie osób z nerwicą eklezjogenną — jest sankcjonowane religijnym ideałem dążenia do świętości; w swojej postawie nie widzą one nic nieprawidłowego, gdyż są przekonane, że takiego właśnie życia wymaga od nich Bóg i Kościół [10]. Owo „uświęcanie się” przybiera więc często postać religijnego masochizmu — osoby takie czują się wezwane do pokuty za zło, jakie uczyniły i czynią, i uważają się odpowiedzialne za „zło świata”.

Tym trafnym rekonstrukcjom schematów nieprawidłowego wychowania religijnego i neurotycznej religijności (obrazu Boga) u osób z nerwicą eklezjogenną brakuje jednak odniesienia do analizy zaburzonej gotowości do samokontroli moralnej poprzez odróżnienie superego od sumienia. W podejmowaniu decyzji moralnych mamy do czynienia z dwoma rodzajami regulatorów zachowania moralnego: zewnętrznym (opinia publiczna) oraz wewnętrznym: sumienie lub superego. Biorąc pod uwagę religijne przekonania pacjenta z nerwicą eklezjogenną i jego odwoływanie się do „głosu sumienia”, należy pamiętać, że „sumienie teologiczne” nie pokrywa się z „sumieniem psychologicznym” [15], a to ostatnie nie jest synonimem superego. Filozofowie i teolodzy różnicują sumienie teologiczne z superego, ale ich analizy sprowadzają się najczęściej do wykazania różnic pomiędzy tomistyczną a freudowską koncepcją sumienia [15]. Psycholodzy natomiast albo nie posługują się terminem „sumienie”, albo mówiąc o teoriach psychodynamicznych ograniczają się do Freuda, Junga, Adlera czy Fromma z pominięciem późniejszych rewizji psychoanalitycznego podejścia do sumienia i superego [16]. Choć zwrot w kierunku takiego różnicowania jest widoczny, nie oznacza on jednak, że wśród psychoanalityków panuje jednomyślność co do

tęgo, czy sumienie należy umiejscowić w poznawczych procesach ego, utożsamiać z ideałem ja, traktować jako czwartą instancję psychiczną czy funkcję jaźni i przejaw dynamicznej struktury osobowości [17–22].

Z klinicznego punktu widzenia rozróżnienie sumienia od superego, pomimo tych niejasności teoretycznych, pozostaje nadal aktualne, pozwala bowiem z jednej strony przewyciężyć ciągle jeszcze i często spotykane utożsamianie sumienia z rodzajem szczególnej, tajemniczej „zdolności” w człowieku. Z drugiej pokazuje, że sumienie nie jest jedynie instancją wymagającą, pokrywającą się z superego — strażnikiem i sędzią, u którego często występuje potrzeba karania, ale instancją pozytywnie wzmacniającą. Istnieje bowiem nie tylko konflikt pomiędzy id, ego i superego, ale również pomiędzy sumieniem a superego [23] — a to oznacza również bogatsze w niuanse podejście do poczucia winy o podłożu religijnym, które często u terapeutów wywołuje zdziwienie i poczucie bezsilności. Traktują oni bowiem zazwyczaj „poczucie winy” i „sumienie” jako pojęcia negatywne, zaliczając sumienie do kategorii emocji, a poczucie winy uznając za uczucie towarzyszące rzeczywistości bądź wyobrażonemu naruszeniu porządku moralnego. Z kolei osoby wierzące zarówno poczucie winy, jak i sumienie uważają raczej za pozytywne dynamiczne czynniki prowadzące człowieka ku dobru.

Mylenie sumienia z superego prowadzi więc do zamieszania wokół tego, co nas zobowiązuje, z czego musimy się rozliczać, i czyją wolność jako osoby odpowiedzialne moralnie musimy respektować, i jest jednym z centralnych napięć w konflikcie neurotyczno-religijnym. Kończąc kliniczne studium Księgi Hioba pod kątem wyzwolenia od superego (nad-ja), Ronald Britton napisał: „Musimy w tej części naszej osobowości, którą identyfikujemy jako niezależną od innych, odnaleźć miejsce, z którego możemy obserwować samych siebie, pozostając sobą. Nie możemy uniknąć posiadania sumienia, nie możemy też usunąć nad-ja, ale musimy umieścić je we właściwym miejscu” [24, s. 156].

Aby odnaleźć ową trzecią pozycję samoobserwacji, trzeba jednak wyjść poza ograniczenia strukturalnego modelu psychiki — a więc na nowo przemyśleć rolę superego, sumienia i winy w praktyce klinicznej.

### Ograniczenia freudowskiego modelu superego

Już od samego początku sformułowanej przez Freuda psychodynamicznej teorii superego towarzyszyły kontrowersje, które wynikały z niejasności, niespójności i błędnych założeń zawartych w pismach ojca psychoanalizy [25]. Dotyczyły one natury superego, jego rozwoju i funkcji i częściowo brały się z tego, że zanim Freud sformułował swoją hipotezę strukturalną, zaczął używać terminu ideał ja (ego ideal) zarówno w znaczeniu (a) zinternalizowanego ideału/standardu dla jaźni, jak i (b) „ośrodka” (agency), który monitoruje ego w relacji do takiego idealnego obrazu. Następnie używał wymiennie sformułowań ideał ja i superego. Krytycy Freuda podkreślali zwłaszcza takie kwestie, jak: genezę surowości superego, czasu i etapów jego powstania, jego zawartości, związków z płcią oraz funkcji w systemie psychicznym jednostki [18, 25]. Dla poruszanej w tym artykule problematyki istotne znaczenie ma nieadekwatne ujęcie sumienia przez Freuda. We wczesnych pismach utożsamiał on superego bezpośrednio z sumieniem (zob. „Próba wprowadzenia pojęcia narcyzmu” [35]), w późniejszych natomiast nadał mu szersze znaczenie i spektrum oddziaływania (zob. „Kultura

jako źródło cierpienia” [36]). W sposób niespójny posługiwał się introjektami (zinternalizowanymi dyrektywami, nakazami i zakazami) i ideałami (celami, wartościami) w strukturze superego. Raz więc sumienie było synonimem superego, innym razem sumienie i ideał ja były reprezentowane/ jawiły się jako dwa elementy konstytuujące superego [18, 25].

Włączenie sumienia i ideału ja w obręb superego powstrzymało Freuda i większość jego zwolenników od dostrzeżenia konfliktu pomiędzy superego i sumieniem. Psychoanalitycy postrzegali ten konflikt przez pryzmat intrasystemowego napięcia w strukturze superego albo jako konflikt (a) pomiędzy zinternalizowanymi i niezgodnymi ukierunkowaniami na wartości (value-orientations) albo (b) zinternalizowanymi wartościami a niezgodnymi, często antyspołecznymi, impulsami seksualnymi i agresywnymi pochodzącymi z id [23].

Jak zauważył Donald L. Carveth [23], myśląc o konflikcie pomiędzy superego a id psychoanalitycy w id widzieli główne źródło antyspołecznych zachowań (kazirodstwa i agresji), a w superego źródło postaw prospołecznych — negując w ten sposób istnienie zarówno antyspołecznego superego, jak i prospołecznego id. Mówiąc inaczej, wewnętrzny konflikt moralny może przejawiać się w napięciu pomiędzy zinternalizowanymi, ale niespójnymi wartościami, albo między tymi wartościami a antyspołecznymi impulsami id. Nie jest to jednak całe spektrum. Wewnętrzny konflikt moralny może również pochodzić z napięcia pochodzącego z antyspołecznego superego i prospołecznych impulsów id wywodzących się z przywiązań libidynalnych opartych na miłości i trosce. Ponieważ Freud nie odróżniał winy prześladowczej od winy depresyjnej (reparatywnej), nie był w stanie dostrzec, że wina prześladowcza (superego) jest obroną przed winą depresyjną (sumieniem).

### Sumienie psychologiczne

Dla celów skutecznej pracy z pacjentem religijnym z nerwicą eklezjogenną nie jest konieczne przyjmowanie przez terapeutę wszystkich teologicznych przesłanek dotyczących sumienia<sup>1</sup>. Cechy potencjalnie zbieżne pomiędzy sumieniem teologicznym a psychologicznym, takie jak: zdolność do odróżniania dobra od zła (aspekt poznawczy), gotowość czynienia dobra i rezygnacja z czynienia zła (aspekt behawioralny), reakcje poczucia winy/skruchy w sytuacji przekroczenia normy moralnej (aspekt emocjonalny), reakcje aprobaty w sytuacji zgodności czynu z normami moralnymi (aspekt emocjonalny), zdolność do rozwoju (uwrażliwienie sumienia), osąd czynu moralnego za pomocą rozumu [15] stanowią wystarczającą bazę do odróżnienia winy moralnej od neurotycznej oraz sumienia od superego. W takim ujęciu sumienie psychologiczne może spełniać warunki regulatora zachowań moralnych rozumianych jako zdolność samokierowania (samoregulacji) ku etycznym normom powinności w oparciu o samoobserwację, samoocenę i samowzmocnienie [13]. Człowiek obserwuje swoje zachowanie (to przewidywane, aktualnie podejmowane oraz to już dokonane), ocenia je oraz siebie zgodnie z normami powinności, które afirmuje jako wiążące dla niego. W przypadku zgodności z nimi dochodzi do samowzmocnienia owych zachowań, a w sytuacji niezgodności z nimi — do podjęcia zmiany.

---

<sup>1</sup>Tego, że ma wrodzone i boskie pochodzenie, że człowiek ma naturalną zdolność odróżniania dobra od zła, że sumienie ma odniesienie do obiektywnych norm moralnych i prawa Bożego i jest „miejscem” spotkania człowieka z Bogiem.

Sumienie jest więc elementem psychicznej struktury człowieka, częścią osobowości, złożoną strukturą samoregulacyjną, obejmującą samoregulację moralną. Jest zakorzenione — jak postuluje Carveth — „w przywiązaniu i miłości, i jest zarówno poza zasadą przyjemności jak i rzeczywistości, jak również poza narcyzmem, w którym — jak zauważył sam Freud — inny, którego «kochamy» jest w rzeczywistości niczym więcej niż jaźnią, którą jesteśmy, byliśmy, bądź chcemy być” [23, s. 9]. Jedyne bowiem istnienie sumienia zdolnego do oceny zarówno społeczeństwa, jak i superego, które je odzwierciedla w zinternalizowany sposób, umożliwia osiągnięcie dojrzałości moralnej, a więc zdolności do kierowania się zasadami i normami społecznymi nie z powodu lęku przed autorytetem lub chęcią zadowolenia go, ale ze względu na dobro wspólne [26] czy obiektywne wartości [15]. Takie sumienie musi być postrzegane jako czwarty element w strukturalnej teorii umysłu, a nie jedynie jako modyfikacja superego („kochające i kochane superego”) czy poznawcza właściwość dojrzałego ego — „tam, gdzie było superego, niech pojawi się ego” [23]. Sumienia nie można umieścić w superego, ponieważ jakiegokolwiek jego modyfikacje w kierunku dojrzałości nie zmieniają faktu, że superego ze swej natury jest złym i prześladowczym wewnętrznym obiektem. Jak pisze Carveth: „bez sumienia brakuje nam jakiegokolwiek fundamentu do oceny jednego superego jako wyższego od innego. Odrzucenie idei sumienia jako oddzielnego od superego i koncentrowanie się w zamian na osiągnięciu dojrzałości superego jest sprzeczne samo w sobie, ponieważ możemy rozróżnić dojrzałe od niedojrzałego superego jedynie przez standardy sumienia” [23, s.14].

### Kryteria różnicujące superego od sumienia

Najprostszym sposobem odróżniania superego od sumienia jest wskazanie pacjentowi/klientowi na różnicę pomiędzy „powinieneś” bądź „musisz/nie wolno ci” a „chcę/pragnę” jako imperatywów jego zachowania. „Powinieneś/musisz/nie wolno ci” to czyjeś komendy, pragnienia zaś przynależą do nas. W pracy klinicznej z pacjentem religijnym pomocne mogą się okazać następujące wskazówki [27, s. 38] (tabela na str. 40).

Wina moralna (sumienie) związana jest z wzięciem odpowiedzialności za swoje czyny, pokorą w ocenie siebie, a nie poniżaniem się. Motywuje do zadośćuczynienia, pomaga w zmianie złych zachowań, jest ukierunkowana na innych: zachęca do budowania więzi i rozwiązywania czy minimalizowania konfliktów w sposób realistyczny. Jest współniczką empatii i wspiera wgląd („czego się mogę nauczyć na swoich błędach?”). Z kolei wina neurotyczna (superego) żyje przeszłością, prowadzi do deprecjonującego postrzegania siebie, wyolbrzymia odpowiedzialność za zło w świecie („najgorszy grzesznik”), podtrzymuje negatywizm i skupienie na sobie (ruminacje). Współpracuje z mechanizmami obronnymi w nieadaptacyjny sposób i utrzymuje w postawie ofiary. Można wtedy osiągnąć fałszywy „spokój sumienia”, dopóki jednak nie nazwiemy fałszywego poczucia winy po imieniu, żyć będą lęki, które je wywołały [27]. Jak zauważył amerykański psychoanalityk Mark Baker, „poczucie winy wpływające z miłości (troski) leczy rany; poczucie winy wpływające ze strachu jedynie sprytnie je maskuje” [28, s. 90]. W nerwicy eklezyjogennej schematy poznawcze będące źródłem nadmiernego poczucia winy często należą do fenomenologicznej kategorii ocenianych zbyt wysoko idei. Tkwiąc między irracjonalnymi ideami a złudzeniami, nabierają cech ich obu i w poszczególnych przypadkach zbliżają się do któregoś z końców tego spektrum.

Superego	Sumienie
1. Motywacja: <b>nakazuje</b> działać ze względu na uzyskanie aprobaty albo z lęku przed utratą miłości. Ogólnie mówiąc chodzi o lęk przed utratą przychylności autorytetu.	1. <b>Odpowiada na pytanie</b> „co jest słuszne?”. Zachęca do działania w odniesieniu do wartości.
2. <b>Introwersja</b> : superego zwraca nas ku samym sobie — postawa skupiona na własnym poczuciu wartości.	2. <b>Ekstrowersja</b> : sumienie jest otwarte, uwzględnia innych oraz wartości.
3. <b>Bywa statyczne</b> , bo powtarza wcześniejszy nakaz: zamyka w świecie stereotypowych zachowań i reakcji emocjonalnych opornych wobec wszelkiej krytycznej refleksji. Niezdolne do uczenia się czy kreatywnego funkcjonowania w nowych okolicznościach powiela jedynie nakazy.	3. <b>Jest dynamiczne</b> : podejmuje ryzyko wobec nieprzewidywanego rozwoju wydarzeń orientując się hierarchią wartości.
4. Zorientowane głównie <b>na autorytet</b> : słuszne to, co nakazane, ślepe posłuszeństwo.	4. Zorientowane głównie <b>na wartości</b> : są one nadrzędne bez względu na to, czy są czy nie są uznane przez autorytet.
5. Zwraca uwagę na <b>czyny spełniane jednostkowo</b> .	5. Zwraca uwagę na <b>kontekst i uwarunkowania</b> : istotny jest całokształt postawy osoby.
6. Jest zorientowane na <b>przeszłość</b> : chodzi głównie o przywrócenie „czystej kartoteki”.	6. Jest zorientowane na <b>przyszłość</b> : „Jaką osobą chcę się stać”.
7. <b>Domaga się kary</b> : by w ten sposób oczyścić się z popełnionych przewinień i od jej surowości uzależnia pewność zadośćuczynienia (wina neurotyczna).	7. Zadośćuczynienie jest <b>nową szansą</b> : troska o lepszą przyszłość jest sposobem uczenia się na błędach (skrucha).

Wina, której poczucie wywołane jest religijnymi przekonaniem, funkcjonuje zazwyczaj jako przeceniona idea i rozpatrywana jest w kategoriach grzechu przez superego.

### Studium przypadku

Na zilustrowanie różnicy pomiędzy sumieniem a superego Glaser [27] przytacza przykład z poradni psychologicznej, do której zgłosił się żonaty mężczyzna, ojciec kilkorga dzieci, zadowolony z małżeństwa i rodziny, ale zmagający się z poczuciem winy wynikającym z niemożności uwolnienia się przez ostatnie piętnaście lat od masturbacji. W tym czasie, jak był nauczony od dzieciństwa, przystępował co tydzień do spowiedzi, aby się „oczyścić” i móc przystąpić do komunii. Terapeuta zachęcił go, aby przestał myśleć o swoich „upadkach” w kategoriach grzechu ciężkiego, szedł do komunii każdej niedzieli, a do spowiedzi co sześć tygodni. Po kilku miesiącach ten piętnastoletni „nałóg” zniknął.

Być może niektórzy terapeuci uznają takie podejście za zbyt dyrektywne i wchodzące w zakres kompetencji duchownych i będą preferowali interwencję opartą na komentarzu: „jesteśmy stworzeni jako istoty biologiczne, cielesne, mamy swoje hormony, potrzeby, napięcia” [9], bo — jak pokazuje praktyka kliniczna — przy takiej interwencji pacjenci religijni nie doświadczali krytyki czy potępienia, a nawet spodziewanego obrzydzenia i odrzucenia ze strony terapeuty, co pomagało im w uwolnieniu od poczucia winy [9]. Inni mogą odwołać się do nauczania Kościoła, który różnicuje masturbację na mniej grzeszną wynikającą



z kompulsji psychicznej i bardziej grzeszną, wynikającą z biologicznego popędu<sup>2</sup>. Gdzie indziej [29] pisałem o tych kryteriach, starając się pokazać, że zarówno rozwiązanie tego dylematu przez przyjęcie normy deontologicznej, traktującej masturbację zawsze jako akt wewnętrznie i ciężko nieuporządkowany, jak i przyjęcie normy seksuologicznej, widzącej w masturbacji jeden z przejawów zdrowego zachowania seksualnego, a nawet miłości, gubi jej strukturalną dwuznaczność, której zbyt często nie dostrzegają ani zwolennicy, ani surowi krytycy tej postaci autoerotyzmu. Jakkolwiek przyjmujemy strategię, będzie ona skuteczna pod warunkiem, że odwoła się do rozróżnienia sumienia od superego. W nerwicy eklezjogennej osoba może podejrzewać, że zbyt wysokie ocenianie przez nią tej winy nie ma sensu, ale często podtrzymuje wiarę w rzeczywistości istotne wartości. W następstwie tego ma trudności z przebudową swoich przekonań, zwłaszcza jeśli wierzy, że w grę wchodzi jej zbawienie.

Ów mężczyzna przez piętnaście lat swego życia zmagał się z dyktaturą superego „pod płaszczykiem” wyrzutów sumienia. Superego może bowiem uczynić nas ślepych na prawdziwe wartości. Odmawiając zajmowania się superego, tak jakby było ono sumieniem, jego terapeuta umożliwił mu dostrzeżenie wartości, jakimi żył i ukazał mu możliwość wzrostu (rozwoju) poza jego dotychczasowy stopień integracji seksualnej bez masochizmu religijnego. Doszło u niego do przejścia od poczucia winy do świadomości grzechu bez popadania w skrupulanctwo (winę neurotyczną), co przyczyniło się także do weryfikacji jego niedojrzałego obrazu Boga.

W kontekście klinicznym (psychoterapii i poradnictwa) ważne okazują się nie tylko pytania o to, z jakimi wyzwaniem i stresami człowiek się mierzy, lecz także o to, czy dana osoba zastanawia się nad tym: „Co powinienem uczynić? Co jest dobre (słuszne) dla mnie jako osoby? Co jest dobre (słuszne) dla moich relacji i zobowiązań?” [30]. Jak podkreśla amerykański psychiatra i psychoterapeuta James Griffith, „pomaganie człowiekowi w dostrzeżeniu wartości jego indywidualnego doświadczenia nie jest po prostu tylko krokiem ku zdrowiu psychicznemu lub dojrzałości emocjonalnej, lecz także wyborem etycznym” [30, s. 213]. Doświadczenie pokazuje, że w pracy z osobami wierzącymi terapeutom może być jednak trudno zaakceptować zachowania moralnie ograniczone.

Do uczelnianej poradni zgłasza się po pomoc seminarzysta. Wyraźnymi objawami behawioralnymi, nad którymi chce pracować, jest — jak to określa — nadmierne masturbowanie się. Konsultant stażysta dokonuje oceny problemu. Okazuje się, że klient byłby usatysfakcjonowany, gdyby się masturbował „raz lub dwa razy w miesiącu”, ale czuje się skrupowany wewnętrznym nakazem, by robić to cztery do pięciu razy w tygodniu. Stażysta omawia ten problem na spotkaniu swojej grupy superwizyjnej. Członkowie zespołu w porozumieniu z klinicznym superwizorem dochodzą do wniosku, że masturbacja w tym wypadku jest jedynie oznaką ukrytych problemów psychicznych. Stażysta proponuje klientowi, że będą pracować nad „głębszymi” kwestiami i że ze względów etycznych zmniejszenie częstotliwości masturbowania nie może być głównym celem terapeutycznym. Ponieważ klient nalegał na ograniczenie tego zachowania, konsultant skierował go do terapeuty behawioralnego, który wyraził zgodę na zajęcie się problemem masturbacji jako podstawowym [31, s. 125].

---

<sup>2</sup>„Aby dać wyważony sąd o moralnej odpowiedzialności tych, którzy popełniają masturbację, a następnie kierować się nim w duszpasterstwie, trzeba uwzględnić emocjonalną niedojrzałość, nabyte przyzwyczajenia, stany lękowe oraz inne psychiczne i społeczne faktory, które zmniejszają winę moralną albo ją nawet całkowicie znoszą” (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 1994).

Przypadek ten pokazuje, że w pracy z nerwicą eklezjogenną brak odróżnienia konfliktu od jego systemu obronnego poprzez interpretowanie osobno superego i sumienia kończy się ideologicznym przeciwprzeniesieniem, które nie pozwala pacjentowi/klientowi uzyskać lepszego zrozumienia ani własnej religijności, ani osobistego funkcjonowania. Nawet jeśli uwzględnimy fakt, że pacjenci bardzo religijni w nerwicy eklezjogennej ze względu na specyficzne cechy osobowościowe zazwyczaj słabo reagują na psychoterapię, jeśli stosuje się techniki wglądu, to nie możemy zapomnieć, że takie osoby są często również zamknięte na strategie behawioralne, wywołujące konflikty z tradycyjnymi wartościami czy światopoglądem. Skuteczność owego hipotetycznego terapeuty behawioralnego również uzależniona jest od uwzględnienia różnic między superego a sumieniem, a nie jedynie od zgody na pracę nad osłabieniem częstotliwości objawów.

### Podsumowanie

O dojrzałej religijności decyduje motywacja religijna, obraz Boga, umiejętność rozróżniania elementów istotnych w religii od przypadkowo z nią związanych, rozwiązywania kryzysów religijnych oraz autentyczność przekonań religijnych [32]. Tradycja psychoanalityczna zawsze podkreślała, że różnice pomiędzy neurotyczną a zdrową osobowością są kwestią stopnia, a nie rodzaju i w „normalnej” osobie funkcjonują równocześnie dwa światy moralne: moralności dziecięcej i dojrzałej [18, 25]. Superego czasami może reprezentować wartości kulturowe spójne z sumieniem — w takim przypadku osoba jest motywowana do działania prospołecznego przez superego i sumienie, ale nawet w takiej sytuacji superego — jako agresja skierowana przeciwko jaźni a równocześnie „zespół” zinternalizowanych norm — będzie bardziej skłonne do demaskowania i karania, sumienie zaś będzie domagało się zmiany i reparacji [23]. Jak trafnie zauważył Glaser [27, s. 44]: „Możemy płacić superego czynsz, ale dom nigdy nie stanie się naszą własnością”. Konflikt między sumieniem a superego nie jest bowiem kolejnym rodzajem roszczępienia i wytworem neurotycznego kompromisu, tylko „składową” ludzkiej natury.

Zwrócenie uwagi na różne funkcje i przejawy działania wewnętrznych regulatorów moralnych (sumienia i superego) pozwala na dążenie w pracy z pacjentem/klientem — nie tylko religijnym — na sformułowanie i osiągnięcie słusznej decyzji, „a więc takiej, która jest zgodna z wartościami, zobowiązaniami i relacjami człowieka; nie wywołuje w nim poczucia winy; nie będzie później żalowana. Wymaga ona czegoś więcej niż przyzwolenia na «to, co mam zrobić», choć zobowiązania wobec innych mogą mieć też duże znaczenie. Decyzja może być słuszna, nawet w niekorzystnej sytuacji lub niekorzystnych dostępnych opcjach wyboru” [30, s. 144].

Dzięki rozróżnieniu sumienia od superego możemy przyjąć, że oprócz winy moralnej i neurotycznej istnieje również cierpienie spowodowane nie tylko zaburzeniami (np. chorobą mózgu, konfliktami między id, ego i superego lub dysfunkcyjną rodziną), lecz także działaniem zgodnym z autentycznie wyznawanymi wartościami lub zobowiązaniami i nie jest to cierpiętnictwo (nerwica).

Rozróżnienie superego od sumienia pozwala również na głębsze uchwycenie korzeni ludzkiego zła — umiejscawiając skłonność do niego nie tylko lub przede wszystkim w id, ale również w superego i ego. Dzięki temu mamy bardziej adekwatne spojrzenie na rozwój

moralny, który nie jest z definicji procesem represyjnym wobec jednostki. Bez uwzględnienia sumienia jako instancji różnej od superego klasyczna teoria psychoanalityczna skazana jest na postrzeganie moralności jako siły antagonistycznej wobec życia i miłości, siły powodującej chorobę i śmierć — neurozę i psychozę, ludobójstwo i samobójstwo. W takim ujęciu moralność staje się konieczną, ale niedojrzałą formą rozwoju afektywnego i poznawczego, jest zdominowana przez wstyd i poczucie winy. Fiksacja na moralnym etapie reprezentuje zahamowanie rozwojowe bądź niedojrzałość, a regresja do niej — reprezentuje psychopatologię [33].

Badania socjologów pokazują, że w świadomości moralnej społeczeństwa polskiego istnieje wyraźna tendencja do przypisywania sumieniu roli najwyższej instancji moralnej, jednak dla wielu badanych sumienie jest pojęciem fasadowym [34]. Tendencję ową widać także wśród pacjentów religijnych, dlatego tak ważne jest uwzględnienie różnic między superego a sumieniem. Bez tego terapeuci mogą źle rozumieć kategorie, którymi posługują się wierzący klienci/pacjenci do rozróżniania wymiarów winy. W kontekście terapii nerwic eklezjogennych właściwe uchwycenie obu tych wewnętrznych regulatorów moralnych pozwala również na lepsze radzenie sobie z kwestiami przeciwprzeniesienia, które mogą się rozgrywać nie tylko ze względu na kulturową „przepaść religijną” dzielącą terapeutów od klientów, ale także różnice osobowościowe. Powoduje to, że terapeuci mogą uznawać pacjentów/klientów bardzo religijnych za ograniczonych obskurantów, a ci drudzy terapeutów za etycznych relatywistów.

### Piśmiennictwo

1. Grom B. Psychologia religii. Ujęcie systematyczne. Kraków: WAM; 2009.
2. Schnabel U. Zmierzyć wiarę. Dlaczego wiara góry przenosi i skąd się bierze. Warszawa: Muza S.A.; 2015.
3. Prusak J. Psychoterapia pacjenta religijnego z perspektywy teologii chrześcijańskiej. W: Grzesiuk L, Suszek H. Psychoterapia. Pogranicza. Podręcznik akademicki. T.7. Warszawa: ENETEIA, 2012; s. 325–346.
4. Ostaszewska A. Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim. Sopot: GWP; 2015.
5. Trice PD, Bjorck JP. Pentecostal perspectives on causes and cures of depression. *Professional Psychology: Res. Pract.* 2006; 37: 283–294.
6. Foss L, Warnke M. Fundamentalist protestant Christian women: Recognizing cultural and gender influences on domestic violence. *Couns. Values.* 2003; 48: 14–23.
7. Worthington EL, Sandage SJ. Religion and spirituality. W: Norcross JC. Psychotherapy relationships that work. Therapists contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press, 2002; s. 383–399.
8. Nelson JM. Psychology, Religion, and Spirituality. New York: Springer; 2009.
9. Jakubczyk A. Trudności w psychoterapii pacjentów głęboko religijnych. *Psychiatria. Pismo dla praktyków.* Marzec 2014; s. 22–24.
10. Molenda A. Wybrane aspekty nerwicy eklezjogennej. Perspektywa psychoterapeuty. W: Grzymała-Moszczyńska H, Motak D. Religia. Religijność. Duchowość. W poszukiwaniu nowych perspektyw. Kraków: Wyd. UJ, 2015; s. 189–199.
11. Molenda A. Rola obrazu Boga w nerwicy eklezjogennej. Kraków: Nomos; 2005.
12. Molenda A. Obraz wymagań Boga w nerwicy eklezjogennej. *Przegl. Rel.* 2013; 1: s. 177–196.

13. Grom B. Psychologia wychowania religijnego. Kraków: WAM; 2011.
14. Nietzsche F. Tako rzecze Zaratustra. Książka dla wszystkich i dla nikogo. Kraków: vis-a-vis/Etiuda; 2010.
15. Bukalski S. Psychospołeczne uwarunkowania rozwoju sumienia. Aspekty teologiczno-psychologiczne. W: Gulla B, Cholewa M. Sumienie. Ujęcie interdyscyplinarne. Kraków: Scriptorum, 2015; s. 95–122.
16. Gulla B. Sumienie w koncepcjach psychologicznych. W: Gulla B, Cholewa M. Sumienie. Ujęcie interdyscyplinarne. Kraków: Scriptorum; 2015, s. 63–85.
17. Carveth DL. The still small voice. psychoanalytic reflections on guilt and conscience. London: Karnac; 2013.
18. Meissner WW. The ethical dimension of psychoanalysis. A dialogue. New York: State Univeristy of New York Press; 2003.
19. Britton R. Seks, śmierć i superego. Doświadczenia w psychoanalizie. Warszawa: Ingenium; 2010.
20. Barnett B. You ought to! a psychoanalytic study of the superego and conscience. London: The Institute of Psychoanalysis & Karnac Books; 2007.
21. Reiner A. The quest for conscience and the birth of the mind. London: Karnac; 2009.
22. Frattaroli E. Reflections on the absence of morality in psychoanalytic theory and practice. W: Akhtar S. Guilt: Orgins, Manifestations, and Management. New York: Jason Aronson; 2013.
23. Carveth DL. The immoral superego: conscience as the fourth element in the structural theory of the mind. *Can. J. Psychoanal.* 2015; 23: 206–223.
24. Britton R. Wyzwolenie od nad-ja. Kliniczne studium Księgi Hioba. W: Black DM. Psychoanaliza i religia w XXI wieku. Współzawodnictwo czy współpraca? Kraków: WAM; 2009, s. 139–157.
25. Tyson P, Tyson RL. Psychoanalytic theories of development. An integration. New Haven&London: Yale University Press; 1990.
26. Schaffer DR, Kipp K. Psychologia rozwoju. Od dziecka do dorosłości. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2015.
27. Glaser JW. Conscience and superego: A key distinction. *Theol. Stud.* 1971; 32: 30–47.
28. Baker M. Największy psycholog wszech czasów. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 2003.
29. Prusak J. Masturbacja: między normą seksuologiczną a normą religijną. *Kwart. Pedagog.* 2010; 2(216): 75–88.
30. Griffith JL. Religia, która uzdrawia. Religia, która szkodzi. Wskazówki dla terapeutów i szukających pomocy. Kraków: WAM; 2013.
31. Ciarrocchi JW, Wicks RJ. Psychoterapia duchownych i osób zakonnych. Gdańsk: W Drodze/GWP; 2008.
32. Chlewiński Z. Dojrzałość: osobowość, sumienie, religijność. Poznań: W drodze; 1991.
33. Vozzola EC. Moral development. Theory and applications. New York: Routledge; 2014.
34. Kiciński K. Sumienie jako instancja moralna w świetle teorii i badań. W: Baniak J. W poszukiwaniu sensu. O religii, moralności i społeczeństwie. Kraków: Nomos; 2010, s. 165–189.
35. Freud Z. Próba wprowadzenia pojęcia narcyzmu. W: Rosińska Z. Freud. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1993, s. 157-173.
36. Freud S. Kultura jako źródło cierpienia. W: Pisma społeczne. T.IV. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1998, s. 165-227.

adres: prusak@tygodnik.com.pl