

Paulina Albińska^{1,2}

Scrupulosity – cognitive-behavioural understanding of religious/moral obsessive-compulsive disorder

Skrupulatyzm – poznawczo-behawioralne rozumienie religijno-moralnego zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i model leczenia

¹ Mocni w Duchu, Dom Miłosierdzia – Psychotherapia, Łódź, Poland

² Independent Public Healthcare Centre, Teaching Hospital of the Medical University of Lodz, Łódź, Poland

Correspondence: Paulina Albińska, MD, PhD, Tylna 8E/7, 90-348 Łódź, Poland, e-mail: albinskapaulina@yahoo.com

¹ Mocni w Duchu, Dom Miłosierdzia – Psychotherapia, Łódź, Polska

² SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. med. Paulina Albińska, ul. Tylna 8E/7, 90-348 Łódź, e-mail: albinskapaulina@yahoo.com

ORCID iD

Paulina Albińska <https://orcid.org/0000-0001-9921-185X>

Abstract

The paper focuses on the problem of scrupulosity in the context of cognitive-behavioural therapy. The disorder has long aroused the curiosity of both psychologists and theologians. Advances in clinical psychology have directed the attention of researchers and therapists to the aetiology and nosological classification of this psychological/moral phenomenon. For many years, the variety of psychological approaches and the ambiguities of treatment strategies have aroused controversy, with treatment outcomes considered only negligible, resulting in scepticism among patients. The change was brought about by the conceptualisation of the disorder in the cognitive-behavioural paradigm. This paper briefly discusses the evolution of therapeutic models and techniques used in patients diagnosed with scrupulosity. Reference was made to the epidemiology of the phenomenon in the context of its place in the group of obsessive-compulsive disorders. The changes in the conceptualisation of problems experienced by scrupulous individuals are also presented, taking into account the cognitive-behavioural models of an obsessive-compulsive disorder, the subtype of which is nowadays scrupulosity, most often cited in psychological-medical literature. The cognitive-behavioural model of the disorder, which is not widely discussed in Polish literature, and its implications for clinical practice, as well as modifications in the standard protocol for treating patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder, introduced to adjust for the needs of patients presenting with the moral-religious aspect of the disease, are also discussed. The aim of the article is also to promote knowledge about scrupulosity among therapists, priests and scientists, thereby inspiring creative work and improvement of the quality of everyday functioning of patients

Keywords: scrupulosity, obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioural therapy

Streszczenie

W artykule zaprezentowano problem skrupulatyizmu w kontekście terapii poznawczo-behawioralnej. Zaburzenie to od dawna wzbudza ciekawość psychologów i teologów. Rozwój psychologii klinicznej zogniskował uwagę badaczy i terapeutów na etiologii i nozologicznym umiejscowieniu tego fenomenu psychologiczno-moralnego. Przez wiele lat różnorodność podejść psychologicznych i niejasności dotyczące metod terapii wzbudzały kontrowersje, a skutki leczenia uznawane były za znikome, co generowało sceptycyzm pacjentów. Zmianę przyniosła konceptualizacja zaburzenia w paradygmacie poznawczo-behawioralnym. Artykuł skrótowo przedstawia ewolucję modeli i technik terapeutycznych wykorzystywanych w pracy z osobami z rozpoznaniem skrupulatyizmu. Odwołano się do epidemiologii zjawiska w kontekście jego umiejscowienia w grupie zaburzeń ze spektrum obsesyjno-kompulsyjnego. Zaprezentowano przemiany konceptualizacji problemów doświadczanych przez skrupulantów, uwzględniając najczęściej przywoływane w piśmiennictwie psychologiczno-medycznym poznawczo-behawioralne modele zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego – za którego podtyp uważany jest współcześnie skrupulatyzm. Omówiono również mało rozpowszechniony w polskim piśmiennictwie poznawczo-behawioralny model zaburzenia wraz z implikacjami dla praktyki klinicznej oraz modyfikacje standardowego protokołu pracy z pacjentami z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego dokonywane z myślą o potrzebach osób prezentujących moralno-religijny rys choroby. Celem artykułu jest także propagowanie wiedzy na temat skrupulatyizmu w środowisku terapeutów, duszpasterzy i naukowców, a w rezultacie inspirowanie do twórczej pracy i poprawy jakości codziennego funkcjonowania pacjentów.

Słowa kluczowe: skrupulatyzm, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, terapia poznawczo-behawioralna

EPIDEMIOLOGY OF SCRUPULOSITY IN THE VIEW OF THE SPECTRUM OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

The nomenclature of the pathological tendency to experience intrusive thoughts associated with compulsive repetition of specific activities, known as compulsions, has changed over the centuries. Pierre Janet discussed the problem of psychasthenia, whereas Sigmund Freud wrote about obsessive-compulsive disorders. It was only in the mid-twentieth century that the disorder manifested by the above symptoms began to be termed obsessive-compulsive disorder (OCD) (Bryńska, 2007). Until the 1980s, the reported incidence of OCD in the population was low, i.e. 0.05% (Rybakowski and Pilaczyńska, 2011). Currently, it is the fourth most common mental disorder, with its clinical severity experienced by 2–3% of the population (Krzanowska and Kuleta, 2017). Since the beginning of the 1990s, new discoveries in the field of phenomenology and physiology revealed a common aetiology for OCD and other disorders with a similar symptomatology. The term “obsessive-compulsive and related disorders” (OCRD) began to be used in psychiatric literature (Bryńska and Srebnicki, 2017; Bryńska and Szalas, 2019). As a result, OCD was excluded from the category of anxiety disorders and began to be perceived multidimensionally, transdiagnostically, through the prism of a continuum that, apart from the impulsive-compulsive dimension, also considers the quality of patients’ insight, the similarity of cognitive-behavioural mechanisms, comorbidity and neurobiological aspects. The understanding of the disorder was modified in the DSM-5 classification – it was placed among mental disorders with a similar clinical presentation, characterised by repetitive behaviours in response to recurrent thoughts (body dysmorphic disorder, compulsive hoarding, trichotillomania, excoriation disorder). Similar cognitive, emotional, motivational and behavioural mechanisms are the primary clinical determinants of these disorders. They result in patients’ doubts related to their reduced ability to self-control, perceived as compulsion, and an increased sensitivity and focus on seeking immediate gratification – which is only temporary, forcing patients to repeat the maladaptive behaviour (implicit/mental or observable behaviours). These difficulties, occurring in various proportions, manifest themselves in each of the above-listed nosological units included in the OCD spectrum (Doumy and Aouizerate, 2014; Hollander and Benzaquin, 1996). Looking at OCD through the prism of the continuum of impulsive-compulsive symptoms modifies epidemiological data, with the prevalence of disorders understood in this way estimated at 0.35–4% of the population (Bryńska and Srebnicki, 2017). Furthermore, each of the disorders included in the spectrum may have a subclinical severity. For this reason, the detectability is negligible due to the subjectively blurred border between the norm and symptomatic psychopathology. The possible diagnosis is then closely related to

EPIDEMIOLOGIA SKRUPULATYZMU NA TLE SPEKTRUM ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNEGO

Nazewnictwo patologicznej skłonności do doświadczania natrętnych myśli powiązanych z przymusem uporczywego powtarzania konkretnych czynności, określanych jako kompulsje, zmieniało się na przestrzeni wieków. Pierre Janet pisał o stanie psychastenicznym, a Zygmunt Freud – o nerwicy natręctw. Dopiero od połowy XX wieku zaburzenie manifestujące się powyższymi objawami zaczęto nazywać zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) (Bryńska, 2007). Do lat 80. XX wieku podawano znikomą częstotliwość OCD w populacji – 0,05% (Rybakowski i Pilaczyńska, 2011), obecnie jest to czwarte pod względem zachorowalności zaburzenie psychiczne, którego 2–3% populacji doświadcza w nasileniu klinicznym (Krzanowska i Kuleta, 2017). Od początku lat 90. nowe odkrycia z zakresu fenomenologii i fizjologii doprowadziły do ujawnienia wspólnego podłoża OCD i innych zaburzeń o zbliżonej symptomatologii. W piśmiennictwie psychiatrycznym zaczęto posługiwać się pojęciem spektrum obsesyjno-kompulsyjnego (*obsessive-compulsive and related disorders*, OCRD) (Bryńska i Srebnicki, 2017; Bryńska i Szalas, 2019). W efekcie OCD wyłączono z kategorii zaburzeń lękowych i zaczęto postrzegać wielowymiarowo, transdiagnostycznie, przez pryzmat kontinuum uwzględniającego poza wymiarem impulsywno-kompulsyjnym także jakość wglądu chorych, podobieństwo mechanizmów poznawczo-behawioralnych, współchorobowość i aspekty neurobiologiczne. W klasyfikacji DSM-5 zmodyfikowano rozumienie omawianego zaburzenia – zostało ono umiejscowione wśród zaburzeń psychicznych o podobnej prezentacji klinicznej, charakteryzujących się powtarzalnymi zachowaniami w odpowiedzi na nawracające myśli (dysmorfobia, patologiczne zbieractwo, trichotillomania, przeczyny psychogenne). Podstawowym wyznacznikiem klinicznym wymienionych zaburzeń są zbliżone mechanizmy poznawcze, emocjonalne, motywacyjne i behawioralne. Skutkują one wątpliwościami chorych związanymi z obniżoną zdolnością do samokontroli, odczuwaną jako przymus, oraz podwyższoną wrażliwością i ukierunkowaniem na poszukiwanie natychmiastowych gratyfikacji – mających charakter nietrwały, co zmusza chorych do powtarzania nieadaptacyjnych zachowań (niejawnych/mentalnych lub obserwowalnych). Trudności te, w różnych proporcjach, manifestują się w każdej wyszczególnionej wyżej jednostce nozologicznej włączonej do spektrum OCD (Doumy i Aouizerate, 2014; Hollander i Benzaquin, 1996). Spojrzenie na OCD przez pryzmat impulsywno-kompulsyjnego kontinuum objawowego modyfikuje dane epidemiologiczne – rozpowszechnienie tak rozumianych zaburzeń wynosi 0,35–4% populacji (Bryńska i Srebnicki, 2017). Ponadto każde z zaburzeń włączonych do spektrum może mieć nasilenie subkliniczne. Wówczas wykrywalność jest znikoma ze względu na

the person's sense of dysfunctional well-being (Abramowitz et al., 2002).

The disorder undeniably has a biological aetiology. There is a strong relationship between neurobiological, anatomical and functional abnormalities in the brain and the symptoms presented by patients (Drubach, 2015). Changes in the activity of the frontal-subcortical circuits, which indicate anomalies in the anterior thalamus, basal ganglia (caudate nucleus and pale globule in particular), orbital cortex and cingulate gyrus, occur. Hypoactivity of the first and the second of the above-mentioned brain regions accompanied by hyperactivity of the other two generates various dysfunctions: poor information transmission and decreased ability to filter insignificant sensory data reaching the brain, problems with integrating thoughts and emotions, difficulty in shifting attention from one piece of information to another, and excess threat signalling in the case of failed attempts to avoid imaginary threats (Doumy and Aouizerate, 2014; Gross, 2017; Hyman and Pedrick, 2014). The symptoms of OCD are also closely related to a defective neurotransmission-mediated intracerebral communication system. The observed deficits may be due to disturbed homeostasis in the pathways associated mainly with the action of serotonin, glutamic acid and dopamine (Drubach, 2015; Hyman and Pedrick, 2014).

The change in the DSM-5 classification, resulting from the perception of OCD through the prism of a multidimensional continuum, has focused the attention of researchers on a different understanding of OCD psychopathology, in which engaging in repetitive behaviours (compulsions) is considered the main symptom (Krzyszowski et al., 2019). Researchers emphasise that OCD patients do not differ from healthy people in terms of the subject of obsession. Similar thoughts in terms of content occur occasionally in 80–88% of the society. The differences between the thoughts of healthy individuals and people diagnosed with OCD are of qualitative nature, i.e. they are characterised by a high frequency and poor controllability of obsessions (Rachman, 2006). OCD patients also differ from the general population in terms of the importance assigned to anxiety-generating thoughts, which is associated with experienced mental distress (Wells, 2010). Therefore, intrusive, repetitive thoughts and accompanying behaviours (both simple and complex), which consume a lot of time and energy and therefore usually seem nonsensical and discomforting for patients, are a distinctive feature of the disorder (Drubach, 2015). Anxiety does not necessarily have to mediate obsessions and maladaptive behaviour (Krzyszowski et al., 2019). The subjective difficulty in identifying a conflicting, post-traumatic or developmental source of phenotypically conscious emotional-cognitive-behavioural psychopathological construction causes patients to label their condition through the prism of subjective feeling as “tension,” “discomfort” or “anxiety” (Głaza, 2018). It is estimated that 10–25% of people diagnosed with OCD have poor insight, which makes it difficult for them to perceive the irrationality

subiektywne rozmycie granicy między normą a psychopatią objawową. Ewentualne rozpoznanie ściśle wiąże się wtedy z poczuciem danej osoby dotyczącym zaburzenia dobrostanu funkcjonalnego (Abramowitz et al., 2002).

Choroba niezaprzeczalnie ma podłoże biologiczne. Istnieje silny związek między neurobiologicznymi, anatomicznymi i funkcjonalnymi nieprawidłowościami dotyczącymi mózgu a objawami prezentowanymi przez chorych (Drubach, 2015). U pacjentów występują zmiany aktywności pętli czołowo-podkorowych, co świadczy o anomaliach w przednim wzgórzu, jądrach podstawy (zwłaszcza jądrze ogoniastym i gałce bladej), korze oczodołowej i zakręcie obręczy. Obniżona aktywność pierwszego i drugiego spośród wymienionych obszarów mózgu przy nadaktywności dwóch kolejnych skutkuje upośledzeniem różnych funkcji: słabym przesyłaniem informacji i możliwością filtracji mało znaczących danych docierających przez zmysły do mózgu, kłopotami z integracją myśli i emocji, trudnością z przeniesieniem uwagi z jednej informacji na drugą oraz nadmiarową sygnalizacją niebezpieczeństwa w przypadku zaniechania prób uniknięcia wyobrażonego zagrożenia (Doumy i Aouizerate, 2014; Gross, 2017; Hyman i Pedrick, 2014). Objawy OCD ściśle powiązane są także z wadliwym systemem komunikacji wewnątrzmoźgowej opartej na neuroprzekaznictwie. Obserwowane deficyty sprowadzić można do zaburzeń homeostazy w zakresie szlaków związanych głównie z działaniem serotoniny, kwasu glutaminowego i dopaminy (Drubach, 2015; Hyman i Pedrick, 2014).

Zmiana w klasyfikacji DSM-5, wynikająca z postrzegania OCD przez pryzmat wielowymiarowego kontinuum, ogniskuje uwagę badaczy na odmiennym rozumieniu psychopatologii OCD, w której eksponowane jest angażowanie się w powtarzalne zachowania (kompulsyjności) jako główny objaw (Krzyszowski et al., 2019). Badacze podkreślają, że pod względem tematyki obsesji pacjenci z OCD nie różnią się od ludzi zdrowych. Myśli podobne pod względem treści występują okazjonalnie u 80–88% społeczeństwa. Różnice między myślami prezentowanymi przez osoby zdrowe a myślami osób z rozpoznaniem OCD mają charakter jakościowy – cechują się wysoką częstotliwością i niską sterowalnością obsesji (Rachman, 2006). Chorzy z OCD różnią się też od populacji ogólnej znaczeniem przypisywanym myślom lękotwórczym, które łączy się z przeżywanym cierpieniem psychicznym (Wells, 2010). Cechą dystynktywną choroby są zatem dokuczliwe, powtarzające się myśli i towarzyszące im zachowania (proste i złożone), które pochłaniają dużo czasu i energii, dlatego chorzy wydają się zwykle nonsensowne i dyskomfortowe (Drubach, 2015). Pośrednikiem między obsesjami a nieadaptacyjnym zachowaniem niekoniecznie musi być lęk (Krzyszowski et al., 2019). Subiektywna trudność z identyfikacją konfliktowego, potraumatycznego lub rozwojowo uwarunkowanego źródła fenotypowo uświadomionej emocjonalno-poznawczo-behawioralnej konstrukcji psychopatologicznej sprawia, że przez pryzmat subiektywnego poczucia pacjenci etykietują swój stan jako „napięcie”, „dyskomfort” czy „niepokój” (Głaza, 2018). Szacuje się, że 10–25% osób z rozpoznaniem OCD

of their own behaviour (Morrison, 2016). Many clinicians consider OCD a difficult-to-treat disorder due to the recurrent and variable nature of manifestations (Bryńska and Srebnicki, 2017).

SCRUPULOSITY AS A SUBTYPE OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

As a nosological unit distinguished among the spectrum of OCRD, OCD is itself a heterogeneous disorder. Several subtypes of OCD are customarily distinguished; currently, the division is based on the groups of explicit and mental/implicit behaviours that involve cleaning, observing symmetry, checking for thoughts related to taboos, harm, doubts, etc. Since each of these categories rarely occurs alone, patients may simultaneously experience compulsions belonging to several behavioural categories (Krzyszowski et al., 2019).

Foa et al. (2016) estimate that scrupulosity is the fifth most common manifestation of OCD. Scrupulosity particularly emphasizes the role of values important for patients, and the symptoms are often manifested by religious beliefs and practices to which the scrupulous individuals attach great importance (Bryńska, 2007). The International OCD Foundation (IOCDF) considers scrupulosity to be a form of OCD, characterised by experiencing religious or moral obsessions and excessive fear of violating the principles of the professed doctrine of faith or ethical system. Scrupulosity accompanies the practice of actions or ways of thinking that are subjectively considered sinful (Pollard, 2014). As reported by Kaviani et al. (2015), 5–33% of the Western European OCD population are preoccupied with scruples. Religious doctrine can trigger maladaptive beliefs resulting from the imposed moral norms for thinking and behaviour, relational rules shaped by authorities, and the idea of punishment for deviations from the rules, propagated by some religious trends and groups (Abramowitz and Jacoby, 2014). “OCD masquerades as religion, with obsessions taking on the form of religious concerns, and compulsions hiding as religious ritual” (Pirutinsky et al., 2015, p. 34).

Scrupulous individuals are preoccupied with the subject of religion and morality, and focus on following the rules they themselves have set, stricter than those practiced by fellow believers (Hyman and Pedrick, 2014). Even if the thoughts of patients do not relate to religious aspects, assessments of these thoughts and neutralising behaviour do so. Overcome by anxiety and intolerance of uncertainty, scrupulous individuals “practice their own religion” (Abramowitz and Jacoby, 2014), which is based on maladaptive, rigid beliefs about God, often contrary to the official religious doctrine (Masters, 2010). Pirutinsky, Siev, and Rosmarin (2015) have demonstrated that scrupulosity develops mainly in people who present both explicit and implicit automatic negative beliefs about God, and at the same time create their maladaptive judgments, which gives rise to negative emotionality. The affected individuals perceive their object

charakteryzuje się słabym wglądem, utrudniającym dostrzeżenie irracjonalności własnych zachowań (Morrison, 2016). Wielu klinicystów uznaje OCD za zaburzenie trudne do leczenia z uwagi na nawrotowość i zmienność manifestacji objawowej (Bryńska i Srebnicki, 2017).

SKRUPULATYZM JAKO PODTYP ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNEGO

OCD jako jednostka nozologiczna wyodrębniona spośród spektrum zaburzeń podobnych pod względem objawów (OCRD) sama w sobie jest zaburzeniem niejednorodnym. Zwyczajowo wyodrębnia się kilka podtypów OCD; obecnie podział bazuje na grupowaniu jawnych i mentalnych/niejawnych zachowań polegających na czyszczeniu, przestrzeganiu symetrii, sprawdzaniu związanym z myślami dotyczącymi tabu, krzywdy, wątpliwości itp. Wymienione kategorie rzadko występują rozłącznie, w wyniku czego pacjent może jednocześnie ujawniać kompulsje przynależące do kilku kategorii behawioralnych (Krzyszowski et al., 2019).

Foa i wsp. (2016) szacują, że piątą pod względem częstości występowania manifestacją OCD jest skrupulatyzm. W sposób szczególny eksponuje on znaczenie wartości istotnych dla chorych, a objawy niejednokrotnie manifestują się przez przekonania i praktyki religijne, którym skrupulanci przypisują dużą wagę (Bryńska, 2007). Międzynarodowa Fundacja OCD (International OCD Foundation, IOCDF) uznaje skrupulatyzm za formę OCD, której cechą jest doświadczanie obsesji o tematyce religijnej lub moralnej oraz nadmiernych obaw przed naruszeniem zasad wyznawanej doktryny wiary lub systemu etycznego. Skrupulatyzm towarzyszy praktykowaniu działań czy sposobów myślenia subiektywnie uznawanych za grzeszne (Pollard, 2014). Jak podają Kaviani i wsp. (2015), problem zaabsorbowania skrupułami dotyczy 5–33% zachodnioeuropejskiej populacji osób z OCD. Doktryna religijna może być wyzwalcem nieadaptacyjnych przekonań z uwagi na narzucane normy moralne dotyczące myślenia i zachowania, zasady relacyjne kształtowane na podstawie przekazu autorytetów oraz ideę kary za odstępowanie od zasad, propagowaną przez niektóre kierunki i odłamy wyznaniowe (Abramowitz i Jacoby, 2014). „OCD podszywa się pod religię z obsesjami przybierającymi postać religijnych zamartwień, a przymus ukrywa się jako religijny rytuał” (Pirutinsky et al., 2015, s. 34). Skrupulanci wykazują zaabsorbowanie tematyką religii i moralności oraz koncentrują się na przestrzeganiu wyznaczonych przez siebie reguł, surowszych niż te praktykowane przez współwyznawców (Hyman i Pedrick, 2014). Nawet jeśli myśli chorych nie dotyczą tematyki religijnej, odnoszą się do niej oceny tych myśli i neutralizujące zachowania. Ogarnięci lękiem i nietolerancją niepewności, skrupulanci „praktykują własną religię” (Abramowitz i Jacoby, 2014), u której podstaw leżą nieadaptacyjne, sztywne przekonania na temat Boga, często sprzeczne z oficjalnie wyznawaną doktryną religijną (Masters, 2010). Pirutinsky, Siev i Rosmarin

of worship (depending on the world view and beliefs) as punishing, demanding, and condemning (Abramowitz and Jacoby, 2014). Intrusive thoughts include the sphere of spirituality, understood as transcendent experiences and a way of understanding God, and religiosity, manifested in the system of beliefs, values and actions based on a set of key faith principles (Ostaszewska, 2014). People with religious obsessions and compulsions experience fear of both committing an immoral or blasphemous act and of the anticipated punishment (Abramowitz et al., 2002). It may take the form of fear of not taking action to prevent submission to temptation, manifested in avoiding potential exposure to such temptation (Hyman and Pedrick, 2014). The patients' thoughts are dominated by such cognitive errors as dichotomous thinking, catastrophizing, exaggeration, and emotional reasoning (Hershfield and Corboy, 2016). Patients with religious OCD show greater perceptual distortions, evident magical thinking (Tolin et al., 2001) and belief in actual or presumed guilt (Kaviani et al., 2015).

COGNITIVE-BEHAVIOURAL MODELS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS

The early, behavioural conceptualisations of OCD are based on the research by Pavlov, Skinner, and Watson on conditioning, that is, learning reinforcements and predicting their consequences (Hayes, 2020). Dollard and Miller referred to these views in the context of OCD in the 1950s. They referred to the two-stage theory of Mowrer, according to which OCD symptoms arise as a result of classical anxiety conditioning (a neutral stimulus paired with an external or mental anxiety-eliciting stimulus), which leads to the generalization and autonomisation of anxiety, consolidated through causative conditioning (predicting negative consequences). Here, anxiety is a motivator for escape, avoidance, or stereotypical actions that the individual learns through instrumental conditioning as they reduce anxiety. Temporary relief has a reinforcing effect, consolidates maladaptive responses and sustains the disorder.

This theory became the basis for the primary OCD treatment method developed by Meyer in the 1960s and known as exposure and response prevention (ERP). It derives from the techniques used in anxiety and was originally used in individuals with contamination fears (Młynarczyk, 2018). In the 1970s, Rachman, Hodgson and Marks detailed the implementations of the technique, demonstrating the patients' preference for grading stimuli, while Foa and Goldstein introduced an imaginary variant, showing the efficacy of the combination of two types of technique in relapse prevention (see: Foa et al., 2016; Rachman, 2006).

The concepts proposed by Ellis (1962) and Beck (2005), which emphasise the importance of event interpretation, represent a cognitive extension of the above views. In the late 1970s, McFall and Wollersheim (1979), based on the works of Lazarus, showed that overestimation of the risk of a threatening event (primary assessment) due

(2015) dowiedli, że skrupulatyzm rozwija się głównie u osób, które prezentują jednocześnie jawne i ukryte automatyczne negatywne przekonania o Bogu, a zarazem tworzą ich nieadaptacyjne oceny, co skutkuje wzbudzeniem emocjonalności o ujemnej walencji. W umyśle chorych byt stanowiący przedmiot kultu (zależnie od światopoglądu i wierzeń) postrzegany jest jako karzący, wymagający, krytyczny (Abramowitz i Jacoby, 2014). Intruzyjne myśli obejmują sferę duchowości, rozumianej jako doświadczenia transcendentne i sposób pojmowania Boga, oraz religijności, przejawiającej się w systemie przekonań, wartości i działań, które bazują na zbiorze głównych zasad wiary (Ostaszewska, 2014). Osobom z obsesjami i kompulsjami religijnymi towarzyszy lęk zarówno przed popełnieniem niemoralnego lub bluźnierczego czynu, jak i przed antycypowaną karą (Abramowitz *et al.*, 2002). Niekiedy przyjmuje on formę obawy przed niepodjęciem działania zapobiegającego uległości wobec pokusy, co objawia się unikaniem sytuacji związanych z narażeniem na nią (Hyman i Pedrick, 2014). W myśleniu pacjentów dominują takie błędy poznawcze, jak myślenie dychotomiczne, katastrofizowanie, wyolbrzymianie i rozumowanie emocjonalne (Hershfield i Corboy, 2016). Pacjenci z OCD o rysie religijnym prezentują większe zniekształcenia percepcyjne, wyraźne jest u nich także myślenie magiczne (Tolin *et al.*, 2001) i przekonanie o faktycznej lub domniemanej winie (Kaviani *et al.*, 2015).

POZNAWCZO-BEHAWIORALNE MODELE ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNEGO

Wczesne, zorientowane behawioralnie konceptualizacje OCD oparte są na pracach Pawłowa, Skinnera i Watsona dotyczących warunkowania, czyli uczenia się wzmocnień i przewidywania ich konsekwencji (Hayes, 2020). W latach 50. XX wieku do poglądów tych w kontekście OCD odwołał się Dollard i Miller. Przywołali oni dwuetapową teorię Mowrera, zgodnie z którą objawy OCD powstają w wyniku warunkowania klasycznego lęku (jednoczasowego występowania bodźca neutralnego i lękotwórczego – o charakterze zewnętrznym lub umysłowym), co prowadzi do generalizacji i autonomizacji lęku, utrwalanego na drodze warunkowania sprawczego (przewidywanie negatywnych następstw). Lęk jest tu motywatorem do ucieczki, unikania lub stereotypowych działań, których jednostka uczy się na drodze warunkowania instrumentalnego, ponieważ redukują one lęk. Chwilowa ulga działa wzmacniająco, utrwała nieadaptacyjne reakcje i podtrzymuje zaburzenie. Opisana wyżej teoria stała się bazą opracowanej przez Meyera w latach 60. podstawowej metody pracy z objawami OCD – procedury ekspozycji i powstrzymywania reakcji. Wywodzi się ona z technik pracy z lękiem i pierwotnie stosowana była u pacjentów obawiających się zanieczyszczeń (Młynarczyk, 2018). W latach 70. Rachman, Hodgson i Marks uszczegółowili implementację techniki, wykazując preferencję pacjentów do stopniowania bodźców, a Foa

to low assessment of coping resources (secondary assessment), which generates the fear of being unable to cope with the threat, is a special feature of people with OCD. This activates behavioural coping strategies (compulsions) that are only seemingly helpful. In fact, in the long term, they enhance the conviction of the likelihood of negative events and one's responsibility for these events. Therefore, patients lack the opportunity to convince themselves that their compulsions are futile as they allow for regaining influence on events only in the symbolic dimension.

In the 1980s, Salkovskis and Warwick linked OCD with misconceptions and wrong attitudes related to normative thoughts, whose complete elimination they considered to be a utopian goal of the therapy. It was therefore assumed that the cognitive assessment of compulsions appears to be a source of distress related to thought–action fusion (TAF). This results in predicting the harmful effects of abandoning activity, associated with a sense of excessive responsibility. The person overestimates the effectiveness of compulsions (which alleviate distress) in preventing negative consequences, which generates the compulsion to control and avoid thoughts (see: Młynarczyk, 2018). Foa et al. (2016) also linked the symptoms with ascribing risk characteristics to safe situations and with a tendency to exaggerate the likelihood of negative consequences of events and to infer the risk based on the absence of evidence for safety. Rituals aimed at achieving confidence do not provide safety, which drives the cycle of uncertainty and guarantee seeking (Foa et al., 2016).

In the early 1990s, Salkovskis added a model for the persistence of the disorder to the theory of OCD. He argued that undesirable, unacceptable intrusions about responsibility trigger negative automatic thoughts and actions to neutralise them, and develop rituals that eliminate the feeling of inadequate, excess responsibility. As a result, the frequency of obsessions, anxiety and subsequent neutralisations paradoxically increases, which sustains the symptoms. Other coping strategies, such as avoiding certain situations, displacing thoughts or seeking social reassurances, are also common (Salkovskis, 1991).

The discoveries made in the 1980s and early 1990s directed OCD therapy to modify the meaning of intrusions, negative thoughts about alleged harm and responsibility in particular. Based on the concept proposed by Salkovskis (1991), Clark and Purdon (2005) concluded that the belief that thoughts should be controlled was of key importance for generating OCD symptoms. Thoughts inconsistent with the professed values, combined with the deficit of control, lead to a generalised belief about weakness and a potential lack of influence on other areas of life, which indicates the need to reinforce control. Wells and Matthews (1994) highlighted other metacognitive beliefs and the specific tendency of patients to reflect on their own thoughts. According to the authors, patients assume that their thoughts can trigger events or lead to uncontrollable actions, and perceive compulsions and avoidance of thoughts as the only available threat-preventing

i Goldstein wprowadzili odmianę wyobrażeniową, dowodząc skuteczności łączenia dwóch odmian techniki w zapobieganiu nawrotom (za: Foa et al., 2016; Rachman, 2006). Poznawcze rozwinięcie powyższych poglądów stanowią koncepcje Ellisa (1962) i Becka (2005), które akcentują znaczenie interpretacji zdarzeń. Pod koniec lat 70. McFall i Wollersheim (1979), opierając się na pracach Lazarusa, wykazali, że cechą szczególną osób z OCD jest przeszacowywanie ryzyka związanego z zagrażającym zdarzeniem (ocena pierwotna) z powodu niskiej oceny zasobów służących do radzenia sobie (ocena wtórna), co generuje lęk przed niemożnością sprostania zagrożeniu. Prowadzi to do aktywacji behawioralnych strategii zaradczych (kompulsji) tylko pozornie pomocnych, a w rzeczywistości, w odległej perspektywie czasowej, wzmacniających przekonanie o możliwości wystąpienia negatywnych zdarzeń i własnej odpowiedzialności za nie. Chory nie ma zatem możliwości przekonania się o nieskuteczności swoich kompulsji, ponieważ zapewniają mu one odzyskanie wpływu na zdarzenia jedynie w wymiarze symbolicznym.

W latach 80. Salkovskis i Warwick łączyli występowanie OCD z błędnymi przekonaniem i postawami dotyczącymi normatywnych myśli, których całkowitą eliminację uznali za utopijny cel terapii. Przyjęto więc, że poznawcza ocena natręctw jawi się jako źródło cierpienia związanego z utożsamianiem myśli i działania (*thought–action fusion*, TAF). Skutkuje to przewidywaniem krzywdzących skutków zaniechania aktywności, które wiążą się z poczuciem nadmiernej odpowiedzialności. Osoba przecenia skuteczność kompulsji – łagodzących cierpienie – w zapobieganiu negatywnym konsekwencjom, co wtórnie generuje przymus kontroli i unikania myśli (za: Młynarczyk, 2018). Foa i wsp. (2016) powiązali objawy także z przypisywaniem przez pacjentów cech zagrożenia sytuacjom bezpiecznym oraz ze skłonnością do wyolbrzymiania prawdopodobieństwa negatywnych konsekwencji zdarzeń i do wnioskowania o zagrożeniu na podstawie deficytu dowodów świadczących o bezpieczeństwie. Rytuały zmierzające do uzyskania pewności nie zapewniają bezpieczeństwa, co napędza cykl niepewności i poszukiwania gwarancji (Foa et al., 2016).

Na początku lat 90. Salkovskis uzupełnił teorię OCD o model utrzymywania się zaburzenia. Dowodził, że niepożądane, nieakceptowane intruzje o odpowiedzialności uruchamiają negatywne automatyczne myśli i działania mające na celu ich neutralizację oraz rozwijają rytuały niwelujące poczucie nieadekwatnej, nadmiarowej odpowiedzialności. W rezultacie – paradoksalnie – zwiększa się częstotliwość obsesji, lęku i kolejnych neutralizacji, co podtrzymuje objawy. Powszechne są również inne strategie radzenia sobie: unikanie określonych sytuacji, wypieranie myśli czy szukanie zapewnień otoczenia (Salkovskis, 1991).

Odkrycia lat 80. i wczesnych 90. ukierunkowują terapię OCD na modyfikację znaczenia nadawanego intruzjom – zwłaszcza negatywnym myślom o domniemanej krzywdzie i odpowiedzialności. Nawiązując do koncepcji Salkovskisa (1991), Clark i Purdon (2005) za kluczowe dla generowania objawów

strategies. The tendency to develop the disorder (excessive moral standards, depression and anxiety) triggers patients' attention strategies that influence the processing of information that emphasises the importance of thoughts for the future actions and events (Clark and Purdon, 2005). The basis here is thought-action fusion, as emphasised by Rachman, who assumed that OCD patients have difficulty diverting attention from obsession. The lower the consistency of an intrusive thought with the values of an individual, the more difficult it is to ignore it (especially emotionally); the greater the focus on anxiety, anger, sadness, and guilt, the more difficult it is to ignore the thoughts that trigger these feelings, which generates thoughts that seem to be equivalent to actions for OCD patients (Rachman, 2006). Freeston et al. (1996) found perfectionism to be a key coping mechanism in OCD. In the subjective perception of the affected individuals, it is an antidote for overestimating the threat, excessive responsibility and intolerance of uncertainty.

In the 21st century, Wells (2010) consolidated earlier discoveries by developing a model according to which beliefs about the importance of intrusion (metacognitive aspect), thought-action fusion, and beliefs about the validity of rumination and neutralisation as a strategy protecting against the negative consequences or mental distress (reducing anxiety and worry), are important for the development of OCD. These beliefs are reinforced by the patients' tendency to focus their attention on their own thought processes related to attempts to estimate the risk of a catastrophe and to choose the best preventive strategy (rumination). Although patients seemingly gain greater self-knowledge and insight into their own cognitive functioning, their focus on emotional and cognitive experiences acts as a filter directing attention to uncertainties and fantasies. As a result, confidence in the memory of actions and events decreases, and the need of checking, seeking assurances and guarantees of safety arises (Wells, 2010). Inner distress motivates patients to attempt to control thoughts, which increase in frequency, which increases worry and can generate anticipatory anxiety.

COGNITIVE-BEHAVIOURAL CONCEPTUALISATION OF SCRUPULOSITY

The general Wells model (2010) does not account for the differences in the symptoms that occur in individual OCD subtypes; however, at the end of the 20th century, minimodels were created taking into account the specificity of symptoms in various spectrum disorders. The model of scrupulosity proposed by Abramowitz and Jacoby (2014), which is based on the OCD models proposed by Salkovskis (1999) and Rachman (2006), is not widely found in Polish literature. The disorder is caused by misinterpretation of common intrusions, rooted in religious doctrine and attaching great importance to these intrusions (e.g. related to TAF). The patient feels as if the consequences of experiencing thoughts judged as immoral are the same as the effects of actions violating the doctrine. This leads to a strong

OCD uznali przekonanie o konieczności kontroli myśli. Niezgodna z wyznawanymi wartościami treść myśli w połączeniu z deficytem kontroli prowadzi do uogólnionego przekonania o słabości i możliwym braku wpływu na inne dziedziny życia, co przemawia za koniecznością wzmocnienia kontroli. Wells i Matthews (1994) wyeksponowali inne przekonania metapoznawcze oraz specyficzną skłonność pacjentów do refleksji nad własnymi myślami. Według autorów chorzy zakładają, że ich myśli mogą wywoływać zdarzenia albo prowadzić do niekontrolowanych działań, a kompulsje i unikanie myśli postrzegają jako jedyne dostępne strategie zapobiegania zagrożeniu. Podatność na zaburzenie (wygórowane standardy moralne, depresja i lęk) uruchamia u pacjentów strategie uwagi, które wpływają na przetwarzanie informacji eksponujących ważność myśli dla przebiegu przyszłych działań i zdarzeń (Clark i Purdon, 2005). Podstawą jest tu utożsamianie myśli z działaniem – akcentowane przez Rachmana, który zakładał, że osoby z OCD mają trudność z oderwaniem uwagi od obsesji. Im mniej zgodna z wartościami jednostki jest myśl intruzywna, tym trudniej o obojętność wobec niej (zwłaszcza emocjonalną); im większa koncentracja na wzbudzonym lęku, złości, smutku i poczuciu winy, tym trudniej ignorować myśli wywołujące te uczucia – co wyzwala myśli, które osobom z OCD wydają się tożsame z działaniami (Rachman, 2006). Freeston i wsp. (1996) za kluczowy mechanizm radzenia sobie z OCD uznali perfekcjonizm. W subiektywnym poczuciu chorych jest on antidotum na przecenianie zagrożenia, nadmierną odpowiedzialność i nietolerancję niepewności.

W wieku XXI Wells (2010) skonsolidował wcześniejsze odkrycia. Opracował model, zgodnie z którym dla rozwoju OCD istotne są przekonania o znaczeniu intruzji (aspekt metapoznawczy), utożsamiające myśl z działaniem, oraz przekonania o zasadności ruminacji i neutralizacji jako strategii ochrony przed negatywnymi konsekwencjami lub cierpieniem psychicznym (niwelowanie niepokoju i zamartwiania). Przekonania te wzmacniają skłonność chorych do skupiania uwagi na własnych procesach myślowych związanych z próbami szacowania ryzyka katastrofy i wyborem najlepszej strategii zapobiegawczej (ruminacje). Pacjenci pozornie zyskują większą samowiedzę i wgląd we własne funkcjonowanie poznawcze, jednak koncentracja na przeżyciach emocjonalnych i poznawczych działa jak filtr ukierunkowujący uwagę na wątpliwości i fantazje. W rezultacie zmniejsza się zaufanie do pamięci działań i zdarzeń oraz pojawia się konieczność sprawdzania, poszukiwania zapewnień i gwarancji bezpieczeństwa (Wells, 2010). Wewnętrzne cierpienie motywuje chorych do podejmowania prób kontroli myśli, które zaczynają występować coraz częściej, co wzmacnia zamartwianie się i może generować związany z nim lęk antycypacyjny.

POZNAWCZO-BEHAWIORALNA KONCEPTUALIZACJA SKRUPULATYZMU

Ogólny model Wellsa (2010) nie wyjaśnia odmienności objawów występujących w poszczególnych podtypach OCD,

fear of sin or God, as well as excessive preoccupation and doubts, which, potentiated by severely reduced tolerance of uncertainty (which is a condition of normative faith practice), which results in equating the possibility of crossing the norms with their actual violation. Distress prompts scrupulous individuals to use avoidance, neutralisation and compulsions in order to alleviate discomfort and prevent the anticipated unpleasant consequences or mental distress. These strategies, repeatedly replicated, result in temporarily reduced anxiety, but secondarily reinforced maladaptive beliefs, a sense of insecurity and doubt about “God’s anger” or punishment (that cannot be excluded, which does not allow the patient’s beliefs to be considered 100% falsified). Low tolerance of uncertainty triggers another cycle of religiously or morally motivated symptoms (Abramowitz and Jacoby, 2014) (Fig. 1).

CHALLENGES FOR A COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPIST WORKING WITH PATIENTS EXPERIENCING SCRUPLES

Since scrupulosity is inseparably linked to religious doctrine, a confessor, pastor, rabbi (or other clergyman) is often the first person to be approached by affected individuals who repress themselves for blasphemous or aggressive thoughts. It is therefore advisable to refer, through the Socratic dialogue, to the patient’s previous experiences in contacts with clergy as part of the therapy. Religious authorities may help determine the range of risk acceptable during exposure. At this point, it is important that the patient, a representative of the clergy and the therapist agree on the common goal of healthy practice of faith, as well as setting the boundary of acceptable, but at the same time extreme thoughts and behaviours that allow for overcorrection of exposure (relatively extreme patient exposures aimed at generating subjective excess of discomfort tolerance to better cope with the discomfort experienced in response to everyday life situations). It seems beneficial to encourage the cooperation of people from churches and religious groups, who are authority figures for the patient, and to consolidate common findings (optimally in the audio version), importantly by the therapist, so that the patient does not use them as a form of protection during exposure exercises (Huppert and Siev, 2010).

Another issue is the difficulty in identifying the patient’s basic needs and more adaptive ways of satisfying these needs, which may be consistent or inconsistent with religious norms created by the patient and those socially recognised (Pirutinsky et al., 2015). In each case, they are perceived by the patients as incompatible with their perception of themselves and the style of functioning (egodystonic), therefore they secondarily trigger fear of themselves and uncertainty about their own true nature – personality-conditioned traits (Głaza, 2018). This phenomenon, based on the cognitive process of thought-action fusion, leads to the maladaptive belief that thoughts say something about the

w końcu XX wieku powstały jednak minimodele uwzględniające specyfikę objawów różnych zaburzeń ze spektrum. Mało rozpowszechniony w polskim piśmiennictwie jest model skrupulatyzmu autorstwa Abramowitza i Jacoby’ego (2014), który bazuje na modelach OCD Salkovskisa (1999) i Rachmana (2006). Do powstania zaburzenia prowadzi tu błędna, mająca podłoże w doktrynie religijnej, interpretacja powszechnych intruzji, nadająca im duże znaczenie (np. związana z TAF). Pacjent ma poczucie, jakby skutki doświadczania myśli ocenianych jako niemoralne były tożsame ze skutkami działań sprzecznych z doktryną. Następstwem jest doświadczanie silnego lęku przed grzechem lub Bogiem, a także nadmierowe zaabsorbowanie i wątpliwości, które – wzmacniane deficytem tolerancji niepewności (będącej warunkiem normatywnej praktyki wiary) – prowadzą do utożsamiania możliwości przekroczenia norm z ich faktycznym naruszeniem. Dystres aktywizuje skrupulantów do unikania, neutralizacji i stosowania kompulsji w celu złagodzenia dyskomfortu i zapobiegania przewidywanym przykrym następstwom lub cierpieniu psychicznemu. Strategie te, wielokrotnie powielane, krótkotrwale zmniejszają lęk, ale wtórnie wzmacniają nieadaptacyjne przekonania, poczucie niepewności i wątpliwość odnośnie do „gniewu Boga” lub kary (której nie sposób wykluczyć, co nie pozwala stuprocentowo sfalsyfikować przekonań chorego). Niska tolerancja niepewności aktywuje kolejny cykl objawów motywowanych religijnie bądź moralnie (Abramowitz i Jacoby, 2014) (ryc. 1).

WYZWANIA DLA TERAPEUTY POZNAWCZO-BEHAWIORALNEGO W PRACY Z PACJENTAMI DOŚWIADCZAJĄCYMI SKRUPUŁÓW

Korzenie skrupulatyzmu nierozzerwalnie łączą to zaburzenie z doktryną religijną, dlatego zdarza się, że pierwszą osobą, do której zgłasza się chory stosujący wobec siebie represje za myśli bluźniercze czy agresywne, jest ksiądz spowiednik, pastor, rabin (lub inny duchowny). Wskazane jest zatem odwoływanie się w terapii, za pośrednictwem dialogu sokratejskiego, do poprzednich doświadczeń chorego w kontaktach z duchownymi. Autorytety religijne mogą być pomocne w ustalaniu zakresu ryzyka dopuszczalnego podczas procedur ekspozycyjnych. Ważne jest tu wcześniejsze porozumienie stron – pacjenta, przedstawiciela duchowieństwa i terapeuty – co do wspólnego celu, który stanowi służące zdrowiu praktykowanie wiary, a także ustalenie granicy akceptowalnych, ale jednocześnie ekstremalnych myśli i zachowań pozwalających na nadkorekcję narażenia (wystawianie chorego na relatywnie skrajne ekspozycje, tak aby dzięki wygenerowanej subiektywnej nadwyżce tolerancji dyskomfortu lepiej znosił dyskomfort doświadczany w odpowiedzi na sytuacje życia codziennego). Korzystne wydaje się zachęcanie do współpracy osób z kościołów i grup wyznaniowych, które są dla pacjenta autorytetami, oraz utrwalanie wspólnych ustaleń (optymalnie w wersji audio) – co ważne, przez terapeutę, tak aby chory nie

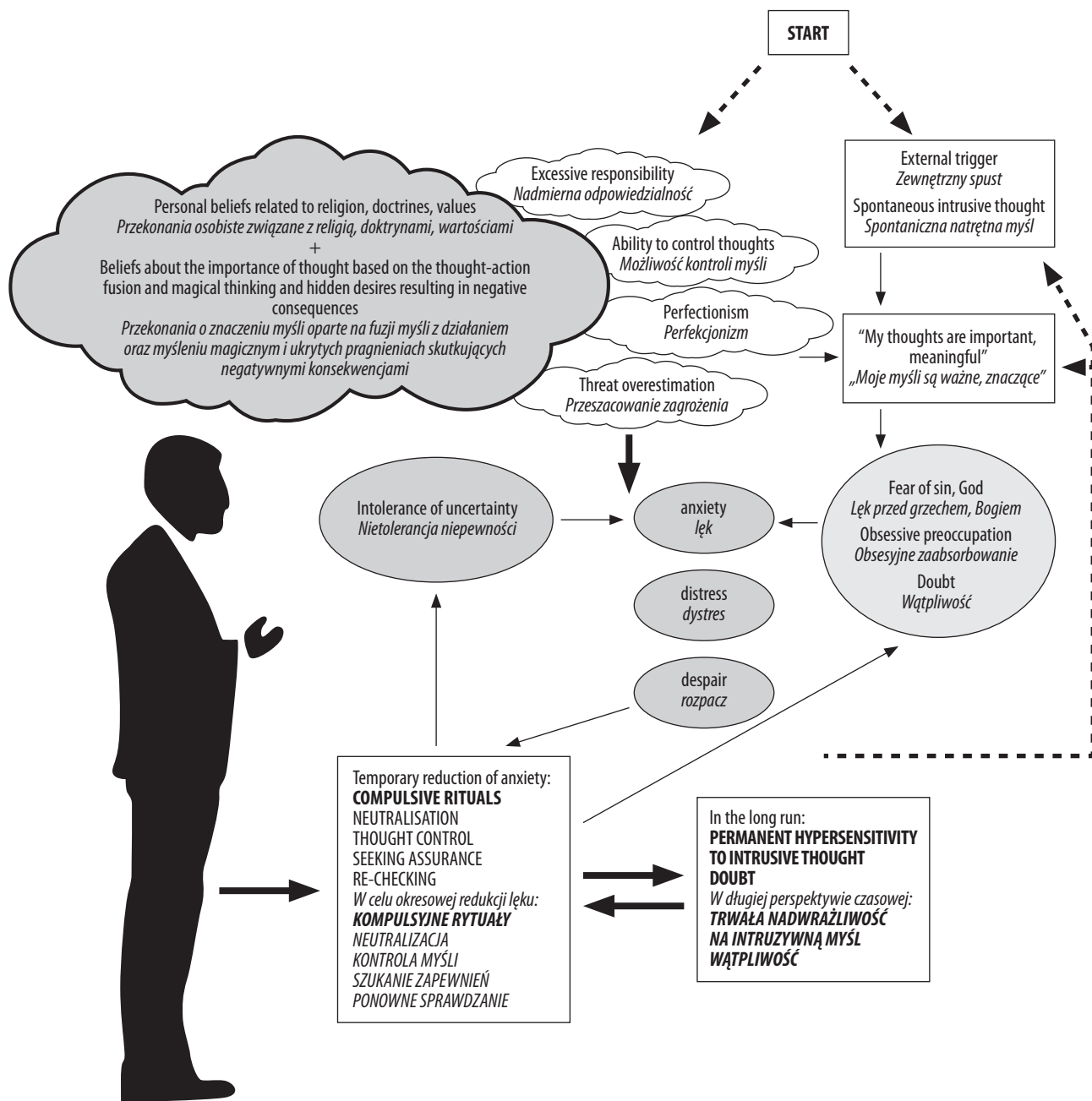


Fig. 1. Cognitive-behavioural model of scrupulosity (modified by the author based on Abramowitz and Jacoby, 2014)
 Ryc. 1. Poznawczo-behawioralny model skrupulatyizmu (modyfikacja własna na podstawie: Abramowitz i Jacoby, 2014)

patient themselves, while in fact they are only a set of beliefs about the self falsified by the disease (Kaviani et al., 2015). However, they result in further self-imposed restraints that prevent healthy practice of faith. Psychoeducation aimed at mitigating self-criticism, reinforcing self-esteem and shaping mindfulness towards oneself and one's own needs, so that the patient becomes a gentler judge of his thoughts, is therefore an important stage in working with patients diagnosed with scrupulosity (Abramowitz and Jacoby, 2014). The information that OCD involves those areas of life that

wykorzystywał ich w roli zabezpieczenia podczas ćwiczeń ekspozycyjnych (Huppert i Siev, 2010). Kolejną kwestią jest trudność rozpoznania bazowych potrzeb pacjenta i bardziej adaptacyjnych sposobów ich zaspokajania, które mogą być spójne lub niespójne ze stworzonymi przez chorego normami religijnymi i normami ogólnospołecznie uznawanymi (Pirutinsky et al., 2015). W każdym przypadku są odbierane przez pacjenta jako niepasujące do jego postrzegania siebie i stylu funkcjonowania (egodystoniczne), więc wtórnie uruchamiają lęk przed

are subjectively important (faith in the case of scrupulosity) can broaden the patient's perspective (Hyman and Pedrick, 2014). Preliminary conceptualisation of the difficulties hidden under the label of sin in terms of the "tasks of faith" (which may be an introduction to a discussion about important human values or individual life goals of the patient) and a therapeutic attitude aimed at minimising the fear of social stigma accompanying mental illness and the alleged lack of respect for the moral and religious values of the patient are also helpful (Huppert and Siev, 2010).

Cognitive-behavioural techniques used in anxiety disorders and other OCD subtypes are also employed in the treatment of scrupulous individuals. Exposure and response prevention (EX/RP or ERP), desensitisation, immersion, selected cognitive techniques (especially the association splitting and probability estimation), and a behavioural experiment involving attempts to suppress thoughts are particularly noteworthy (Abramowitz and Jacoby, 2014).

Some authors also recommend that the standard ERP procedure be preceded by cognitive methods aimed at modifying aspects related to the patient's values, predicting the catastrophic effects of losing control over thoughts, and identifying thoughts with unacceptable actions, which are labelled as sin (Rachman, 2006). It seems unlikely and very difficult for the patient to discontinue using strategies to neutralise the anxiety associated with religious obsessions until implicit beliefs and judgments are empathically transformed into realistic thoughts with the consent and will of the patient. The affected individuals can then notice only the maladaptive creations of the mind in their thoughts. Otherwise, they will return to anxiety-reducing strategies, which most often involve seeking protection and reassurance (e.g. pathologically frequent confessions), avoidance (e.g. places and images of saints) or mental compulsions (e.g. ritualized, repetitive prayers) (Hayes, 2020). Furthermore, overcoming the initial motivational crisis together with a psychotherapist and a psychiatrist is essential for the therapeutic success. Therefore, it seems rational to extend the technique of Socratic dialogue with work on ambivalence – to broaden the perspective towards the contradiction between recognising errors and mistakes as sinful and the image of a punishing God and a different view contained in the explicit beliefs of patients and official religious doctrine. Showing the contradiction between the image of God as the creator of the human mind and the alleged lack of God's understanding for the thoughts that arise in the mind may be of similar importance. Another recommended cognitive technique is to show the contradiction between faith and both the intolerance of uncertainty and the constant search for security in exchange for unconditional trust in God's will (Abramowitz and Jacoby, 2014). It is also worth asking patients about the divine intention towards them – is it experiencing fear per se (Huppert and Siev, 2010)?

In some patients, where there is poor observability of mental compulsions and a relatively high approval of overt

same by oneself and uncertainty regarding one's own true nature – underdetermined personality traits character (Glaza, 2018). This phenomenon, based on the cognitive process of identifying thoughts with actions, leads to the maladaptive belief that thoughts say something about the patient, during which in reality they are only a distorted set of beliefs about the self (Kaviani *et al.*, 2015). However, further self-blame, which complicates the practice of faith. An important step in working with the patient is the recognition of scrupulosity, which is psychoeducation – directed towards the reduction of self-criticism, strengthening self-esteem and the awareness of one's own needs, so that the patient is less harshly judgemental towards their thoughts (Abramowitz and Jacoby, 2014). Broadening the perspective of the patient can be achieved through information that OCD affects areas of life that are subjectively important (in the case of scrupulosity – faith) (Hyman and Pedrick, 2014). Helpful is also the preliminary conceptualisation of difficulties hidden under the label of sin in terms of the "tasks of faith" (which may be an introduction to a discussion about important human values or individual life goals of the patient) and a therapeutic attitude aimed at minimising the fear of social stigma accompanying mental illness and the alleged lack of respect for the moral and religious values of the patient are also helpful (Huppert and Siev, 2010).

In working with scrupulous patients, the following techniques are used: cognitive-behavioural techniques used in anxiety disorders and other OCD subtypes are also employed in the treatment of scrupulous individuals. Exposure and response prevention (EX/RP or ERP), desensitisation, immersion, selected cognitive techniques (especially the association splitting and probability estimation), and a behavioural experiment involving attempts to suppress thoughts are particularly noteworthy (Abramowitz and Jacoby, 2014).

Some authors also recommend that the standard ERP procedure be preceded by cognitive methods aimed at modifying aspects related to the patient's values, predicting the catastrophic effects of losing control over thoughts, and identifying thoughts with unacceptable actions, which are labelled as sin (Rachman, 2006). It seems unlikely and very difficult for the patient to discontinue using strategies to neutralise the anxiety associated with religious obsessions until implicit beliefs and judgments are empathically transformed into realistic thoughts with the consent and will of the patient. The affected individuals can then notice only the maladaptive creations of the mind in their thoughts. Otherwise, they will return to anxiety-reducing strategies, which most often involve seeking protection and reassurance (e.g. pathologically frequent confessions), avoidance (e.g. places and images of saints) or mental compulsions (e.g. ritualized, repetitive prayers) (Hayes, 2020). Furthermore, overcoming the initial motivational crisis together with a psychotherapist and a psychiatrist is essential for the therapeutic success. Therefore, it seems rational to extend the technique of Socratic dialogue with work on ambivalence – to broaden the perspective towards the contradiction between recognising errors and mistakes as sinful and the image of a punishing God and a different view contained in the explicit beliefs of patients and official religious doctrine. Showing the contradiction between the image of God as the creator of the human mind and the alleged lack of God's understanding for the thoughts that arise in the mind may be of similar importance. Another recommended cognitive technique is to show the contradiction between faith and both the intolerance of uncertainty and the constant search for security in exchange for unconditional trust in God's will (Abramowitz and Jacoby, 2014). It is also worth asking patients about the divine intention towards them – is it experiencing fear per se (Huppert and Siev, 2010)?

compulsions, which are sometimes masked by “overzealous piety” for many years, it seems necessary to educate their loved ones so that they could learn about the specificity of the disorder (Williams et al., 2014). The therapy should also consider the fact that the affected individuals use their loved ones as factors supporting or even generating the symptoms, through incentives to take actions that enhance avoidance, as well as an assurance, which prevents falsification of beliefs about threat. Sometimes the mere presence of loved ones is sufficient to trigger an obsessive-compulsive cycle (Bryńska, 2007).

In the case of scrupulous individuals, the technique of assessing possible gains and losses associated with therapy initiation is hindered by the lack of possibility to verify the metaphysical consequences, especially if they were to go beyond mortality (Abramowitz and Jacoby, 2014). Imaginative immersion turns out to be very valuable in working with scrupulous people, especially when the patients’ fears revolve around the consequences of failure to undertake action which in their opinion could prevent harm (Młynarczyk, 2018). Therefore, behavioural experiments are of no use in patients with scrupulosity, the discussion of which is accompanied by a direct reference to the search for evidence undermining the rationale behind the rigid, maladaptive beliefs or ideas that enter the sphere of the sacred. Thus, the specificity of symptoms precludes rationality-based debate techniques. Instead, Abramowitz and Jacoby (2014) recommend techniques that undermine the need for assurance: listing the pros and cons of attempting to gain confidence, and promoting healthy activity despite the experienced discomfort and lack of assurance. Modification of the ERP technique itself, which should be extended to include imaginative and cognitive techniques in scrupulous patients in order to reduce the risk of premature therapy discontinuation, is worth noting. The purely mental nature of the symptoms makes these individuals less sensitive to standard protocol (ERP) treatment (Williams et al., 2014). Huppert and Siev (2010) consider it purposeful to increase the tolerance of anxiety and uncertainty instead of reinforcing the belief that the fear is minimized at the end of exposure, which is consistent with the habituation process. Therefore, it is not advisable to learn relaxation techniques before implementing exposure, especially in patients who develop obsessive thoughts during mental rest (Abramowitz and Jacoby, 2014). In this context, ERP used in accordance with the protocols proposed by Foa, Yadin and Lichner (2016) is more appropriate than the anxiety exposure technique. The authors also recommend introducing imaginative exposure to uncertainty-eliciting stimuli, which uses the black scenario technique for the alleged response of a belief object or community of believers. Here, the exposure should be based on arousing the patient’s cognitive dissonance and ambivalence towards behaviours previously used in response to obsessions; to this end, it is necessary to address the patient’s imaginary involvement in a relatively low-risk, realistic activity with unlikely, yet

z psychoterapeutą i psychiatrą, początkowego kryzysu motywacyjnego. Celowe okazuje się zatem wzbogacenie techniki dialogu sokratejskiego o pracę nad ambiwalencją – poszerzenie perspektywy w kierunku sprzeczności między uznawaniem błędów i pomyłek za grzeszne i wyobrażeniem karzącego Boga a odmiennym poglądem zawartym w jawnych przekonaniach pacjentów i oficjalnej doktrynie religijnej. Podobne znaczenie może mieć wykazywanie sprzeczności między wizerunkiem Boga jako stwórcy ludzkiego umysłu a domniemanym niezrozumieniem Boga dla myśli, które się w umyśle pojawiają. Kolejną zalecaną techniką poznawczą jest ukazywanie sprzeczności między wiarą a nietolerancją niepewności i ustawicznym poszukiwaniem bezpieczeństwa w zamian za bezwarunkowe zaufanie wobec woli Boga (Abramowitz i Jacoby, 2014). Warto też dopytywać chorych o boski zamiar wobec nich – czy jest nim doświadczanie lęku *per se* (Huppert i Siev, 2010)? W przypadku niektórych pacjentów, ze względu na małą widoczność kompulsji mentalnych i relatywnie duże przyzwolenie na kompulsje jawne, czasami przez wiele lat ukrywane pod pozorami „nadgorliwej pobożności”, niezbędna wydaje się psychoedukacja osób bliskich, ukazująca specyfikę choroby (Williams *et al.*, 2014). Istotna jest również terapeutyczna uważność na wykorzystywanie przez chorych osób bliskich w roli czynników podtrzymujących objawy lub wręcz zaangażowanych w wytwarzanie objawów – za pośrednictwem zachęt do podejmowania działań wzmacniających unikanie, a także procedury zapewniania, uniemożliwiającej falsyfikację przekonań o zagrożeniu. Niekiedy sama obecność bliskich wystarcza do uruchomienia cyklu obsesyjno-kompulsyjnego (Bryńska, 2007). Technika analizy możliwych zysków i strat z podjęcia terapii napotyka w przypadku osób skrupulatnych przeszkodę w postaci niemożności weryfikacji konsekwencji o charakterze metafizycznym, zwłaszcza jeśli miałyby one wystąpić w czasie wykraczającym poza życie doczesne (Abramowitz i Jacoby, 2014). W pracy ze skrupulantami bardzo wartościowe okazuje się wyobrazeniowe zanurzenie, szczególnie gdy obawy pacjenta koncentrują się wokół konsekwencji zaniechania działania, które jego zdaniem mogłoby zapobiec krzywdzie lub szkodzie (Młynarczyk, 2018). Z powyższych powodów w przypadku chorych ze skrupulatyzmem nie mają zastosowania eksperymenty behawioralne, których omówieniu towarzyszy odwołanie wprost do poszukiwania dowodów podważających słuszność sztywnych, nieadaptacyjnych przekonań lub wyobrażeń wkraczających w sferę *sacrum*. Specyfika objawów wyklucza więc techniki debaty oparte na racjonalności. W zamian Abramowitz i Jacoby (2014) rekomendują techniki, które podważają konieczność poszukiwania pewności: stworzenie wykazu wad i zalet prób uzyskiwania pewności oraz propagowanie zdrowej aktywności pomimo odczuwanego dyskomfortu i braku gwarancji. Na uwagę zasługuje modyfikacja samej techniki ekspozycji i powstrzymywania reakcji, która w odniesieniu do pacjentów ze skrupulatyzmem wymaga wzbogacenia o techniki wyobrazeniowe i poznawcze, aby ograniczyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z terapii. Wyłącznie umysłowa natura objawów

extreme consequences (Huppert and Siev, 2010). Hershfield and Corboy (2016) recommend starting with an acceptance script that recognises obsessions and compulsions as real, and then working on the consequences with a detailed description of their impact on the affected person and their loved ones.

It is also important to negotiate and choose appropriate *in vivo* ERP stimuli, the role of which is not to elicit a grossly sinful act on the part of the patient, but rather to raise doubts and uncertainty about the occurrence of sin (Abramowitz and Jacoby, 2014). The implementation of full abstinence from ritualization (e.g. prayer), where alterations are limited only to its duration (Abramowitz et al., 2002), is a common therapeutic challenge.

The main ethical and technical challenge is to teach the patient to differentiate between thoughts and behaviours related to healthy faith and those related to OCD – to distinguish normative religious rituals from anxiety-related counterparts, such as compulsive praying. It may be important to jointly discover the intentionality of thoughts and the triviality of the goal and function of behaviours (presenting obsessions and compulsions as independent of one's will, pointless and unpleasant, yet intentionally intensified in therapy and useful only for therapeutic purposes) (Huppert and Siev, 2010). The technique of normative prayer at a fixed time, as well as praying for courage to perform exposure tasks and for the fulfilment of God's will may be helpful (Abramowitz and Jacoby, 2014). Greenberg (1984) recommends that in terms of following religious laws and customs, patients "should not be saintier than the Pope himself," "should pray properly rather than perfectly" and refrain from avoiding or overcompensating confession and focusing on peripheral behaviours related to following the rules of a religious ritual. It also seems purposeful to help shape the beliefs of patients towards total and absolute trust in God and transferring the responsibility for the experienced fear onto the God (Osborn, 2008). The distinction between the norm and pathology is made easier by the implementation of the 80/20 rule, taking the perspective of other members of the community of believers that is close to the patient as a point of reference (Huppert and Siev, 2010).

CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS FOR FUTURE RESEARCH

In recent years, increasing importance has been attached in psychological literature to religiosity as an aspect shaping the quality of life (Masters, 2010). This is of particular importance in the case of scrupulous individuals, in whom the interweaving of religiosity and the biological-psychological aspect of existence gives rise to pathological symptoms (Ostaszewska, 2014).

The biological aetiology of the disorder is undeniable, as it manifests in altered neurobiological mechanisms responsible for clinical cognitive and behavioural abnormalities (Doumy and Aouizerate, 2014). It can therefore be said that the available

spawia, że osoby te są mniej wrażliwe na leczenie zgodne ze standardowym protokołem (EX/RP) (Williams *et al.*, 2014). Huppert i Siev (2010) za celowe uważają zwiększanie tolerancji lęku i niepewności zamiast wzmacniania przekonania o minimalizacji lęku przed końcem ekspozycji, co jest zgodne z zachodzeniem procesu habituacji. Dlatego odradza się naukę technik relaksacyjnych przed wdrożeniem ekspozycji, zwłaszcza u pacjentów, u których myśli obsesyjne pojawiają się w okresie odpoczynku psychicznego (Abramowitz i Jacoby, 2014). W powyższym kontekście technika ekspozycji i powstrzymywania reakcji stosowana według protokołów, które proponują Foa, Yadin i Lichner (2016), jest bardziej zasadna od techniki ekspozycji na lęk. Autorzy zalecają też wprowadzenie ekspozycji wyobraźniowej na bodźce wywołujące wątpliwość, która wykorzystuje technikę czarnego scenariusza odnośnie do domniemanej reakcji obiektu wierzeń lub wspólnoty wiernych. Ekspozycja powinna się tu opierać na wzbudzeniu w chorym dysonansu poznawczego i ambiwalencji wobec zachowań dotychczas stosowanych w odpowiedzi na obsesje; aby to osiągnąć, należy zająć się wyobrażonym zaangażowaniem pacjenta w relatywnie mało ryzykowną, realistyczną czynność, która pociąga za sobą mało prawdopodobne, ale ekstremalne konsekwencje (Huppert i Siev, 2010). Hershfield i Corboy (2016) zalecają rozpoczęcie pracy od scenariusza akceptacji, uznającego obsesje i kompulsje za prawdziwe, a następnie pracę na konsekwencjach ze szczegółowym opisem ich wpływu na osobę chorą i jej bliskich.

Istotne są też negocjowanie i właściwy wybór bodźców do EX/RP *in vivo*, których rolą nie ma być wykonanie przez pacjenta rażąco grzesznego czynu, ale raczej wzbudzenie w nim wątpliwości i niepewności wobec wystąpienia grzechu (Abramowitz i Jacoby, 2014). Odrębną trudnością terapeutyczną jest często niemożność wdrożenia pełnej abstynencji od rytualizacji (np. modlitwy) i manipulowanie jedynie czasem jej trwania (Abramowitz *et al.*, 2002).

Zasadniczym wyzwaniem etycznym i technicznym jest nauczanie chorego różnicowania między myślami i zachowaniami związanymi ze zdrową wiarą a tymi związanymi z OCD – odróżniania normatywnych rytuałów religijnych od lękowych odpowiedników, np. kompulsyjnego modlenia się. Ważne może być wspólne odkrywanie intencjonalności myśli oraz trywialności celu i funkcji zachowań (przedstawianie obsesji i kompulsji jako niezależnych od woli, niecelowych i nieprzymiennych, a intencjonalnie intensyfikowanych w terapii i przydatnych wyłącznie w celach leczniczych) (Huppert i Siev, 2010). Pomocne bywają technika normatywnej modlitwy w ustalonym czasie, modlitwa o odwagę do wykonywania zadań ekspozycyjnych i modlitwa o wypełnienie woli Boga (Abramowitz i Jacoby, 2014). Greenberg (1984) zaleca, aby w zakresie przestrzegania praw i obyczajów religijnych chorzy „nie byli świętsi niż sam papież”, „modlili się jak należy, nie idealnie” oraz zaniechali unikania lub nadkompensacyjnej spowiedzi i koncentracji na peryferyjnych zachowaniach związanych z przestrzeganiem zasad obrządku religijnego. Celowa wydaje się także pomoc w kształtowaniu przekonań chorych w kierunku całkowitego, absolutnego zawierzenia Bogu i przekazania

therapeutic methods complement each other, with pharmacotherapy, central nervous system (CNS) neurostimulation and neurosurgery directly influencing the pathologically involved neurobiological structures of the brain, and with psychotherapy aiming to correct the products of these structures (minds of patients) by modifying thought mechanisms and ultimately changing the behaviour.

Pharmacotherapy with SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors) is the first-line treatment in patients presenting with OCD spectrum disorders. However, studies show that scrupulous people show lower SSRI response rates than patients with other OCD subtypes. Therefore, other pharmacological and biological treatment approaches are also used: combined pharmacotherapy, non-selective serotonin reuptake inhibitors (clomipramine), MAO inhibitors (phenelzine), antipsychotics, drugs altering the glutamate system and 5-HT₃ receptor antagonists, CNS stimulation (electroconvulsive therapy, transcranial magnetic stimulation and deep brain stimulation of the hypothalamic nucleus or nucleus accumbens), as well as neurosurgery (anterior capsulotomy, anterior cingulotomy, caudate tractotomy and limbic leucotomy) in particularly severe cases (Drubach, 2015; Krzyszkowiak et al., 2019).

As scrupulous patients are less responsive to pharmacotherapy, the cognitive-behavioural therapy (CBT) presented in this article and recommended by the American Psychological Association and the National Institute for Health and Clinical Excellence is a particularly valuable treatment strategy. The importance of CBT increases with decreasing overt compulsions in the patient. The ERP technique tailored to the needs of patients with scrupulosity is the psychotherapeutic treatment of choice (Abramowitz and Jacoby, 2014). Williams et al. (2014) reported that when it comes to taboo-related thoughts, ERP alleviates 30% of OCD symptoms. Therapeutic management in accordance with the cognitive-behavioural paradigm provides patients with the opportunity to actively participate in the fight against the disease, which significantly improves their everyday functioning (Kuelz and Voderholzer, 2011). Krzyszkowiak et al. (2019) suggested that from the psychiatric and psychotherapeutic point of view there is a discrepancy in the rationale of using specific therapeutic interventions, despite the common mechanisms underlying OCD spectrum disorders, which undoubtedly include scrupulosity. While the slight differences in response to pharmacotherapy do not justify the implementation of different therapeutic approaches for each OCD subtype, it is generally more advisable in psychotherapy to adjust the techniques to the symptoms presented by patients, while respecting the general recommendation to use CBT. In line with the above approach, it is reasonable to use a therapeutic protocol adjusted to patient's needs when working with people diagnosed with scrupulosity (Drubach, 2015; Krzyszkowiak et al., 2019).

mu odpowiedzialności za doświadczany lęk (Osborn, 2008). W różnicowaniu między normą a patologią pomaga również wcielanie w życie zasady 80%, przy przyjęciu za punkt odniesienia perspektywy innych członków wspólnoty wierzących bliższej choremu (Huppert i Siev, 2010).

WNIOSKI I IMPLIKACJE DLA PRZYSZŁYCH BADAŃ

W ostatnich latach w literaturze psychologicznej coraz większe znaczenie przypisuje się religijności jako aspektowi kształtującemu jakość życia (Masters, 2010). Problematyka ta nabiera dodatkowej wagi w przypadku osób skrupulatnych, u których przenikanie się religijności i biologiczno-psychologicznego aspektu egzystencji skutkuje objawami chorobowymi (Ostaszewska, 2014).

Niezaprzeczalne jest biologiczne podłoże choroby, manifestujące się w zmienionym przebiegu mechanizmów neurobiologicznych odpowiedzialnych za kliniczne odstępstwa poznawcze i behawioralne (Doumy i Aouizerate, 2014). Można zatem powiedzieć, że dostępne metody terapeutyczne uzupełniają się wzajemnie, przy czym farmakoterapia, neurostymulacja ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i neurochirurgia opierają się na bezpośrednim oddziaływaniu na zmienione chorobowo struktury neurobiologiczne mózgu, natomiast psychotherapia bazuje na korekcji wytworów działania tych struktur (umysłu chorych) przez modyfikację mechanizmów myślowych, a ostatecznie – zmianę zachowań.

Za leczenie pierwszego wyboru w przypadku pacjentów prezentujących zaburzenia ze spektrum OCD uznaje się farmakoterapię lekami z grupy SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors* – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny). Badania pokazują jednak, że osoby ze skrupulatyzmem słabiej od pacjentów z innymi podtypami OCD reagują na SSRI. Stosuje się więc także inne farmakologiczne i biologiczne metody leczenia: farmakoterapię skojarzoną, nieselektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (klomipramina), inhibitory MAO (fenelzyna), neuroleptyki, leki modyfikujące układ glutaminergiczny i będące antagonistami receptorów 5-HT₃, stymulację OUN (terapia elektrowstrząsowa, przezczaszkowa symulacja magnetyczna i głęboka stymulacja jądra podwzgórzowego lub jądra półleżącego w mózgu), a w szczególnie ciężkich przypadkach metody neurochirurgiczne (przednia kapsulotomia, przednia cingulotomia, traktotomia jądra ogoniastego i leukotomia limbiczna) (Drubach, 2015; Krzyszkowiak et al., 2019).

Ponieważ pacjenci ze skrupulatyzmem słabiej odpowiadają na farmakoterapię, szczególnie wartościową metodą leczenia jest prezentowana w niniejszym artykule terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioural therapy*, CBT), zalecana przez American Psychological Association oraz National Institute for Health and Clinical Excellence. Znaczenie CBT jest tym większe, im bardziej znikome są jawne kompulsje prezentowane przez chorego. Za

Conflict of interest

The author reports no financial or personal relationships with other individuals or organisations that could adversely affect the content of the publication and claim ownership of this publication.

References / Piśmiennictwo

- Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB et al.: Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behav Res Ther* 2002; 40: 825–838.
- Abramowitz JS, Jacoby RJ: Scrupulosity: a cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *J Obsess Compuls Rel Dis* 2014; 3: 140–149.
- Beck JS: Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
- Bryńska A: Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Bryńska A, Srebnicki T: W spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. *Terapia Poznawczo-Behawioralna* 2017; 8: 65–87.
- Bryńska A, Szalas N: Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń związanych z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (trichotillomania, dermatillomania, wężchowe zaburzenie odnoszące). *Terapia Poznawczo-Behawioralna* 2019; 11: 59–72.
- Clark DA, Purdon C: *Overcoming Obsessive Thoughts: How to Gain Control of Your OCD*. New Harbinger Publications, Oakland 2005.
- Doumy O, Aouizerate B: Spectre du trouble obsessionnel-compulsif revisité à travers un bipôle impulsion-compulsion. *Presse Med* 2014; 43: 118–123.
- Drubach DA: Obsessive-compulsive disorder. *Continuum (Minneapolis)* 2015; 21: 783–788.
- Ellis A: *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New York 1962.
- Foa EB, Yadin E, Lichner TK: Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Terapia ekspozycji i powstrzymania reakcji. Podręcznik terapeutyczny. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2016.
- Freeston MH, Dugas MJ, Ladouceur R: Thoughts, images, worry and anxiety. *Cognit Ther Res* 1996; 20: 265–273.
- Glaza M: Zaburzenia lękowe w kontekście duszpasterskim. *Studia Pelplińskie* 2018; 52: 141–155.
- Greenberg D: Are religious compulsions religious or compulsive: a phenomenological study. *Am J Psychother* 1984; 38: 524–532.
- Gross E: Modele teoretyczne zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i metody leczenia. *Terapia Poznawczo-Behawioralna* 2017; 8: 89–105.
- Hayes SC: *Umysł wyzwolony*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2020.
- Hershfield J, Corboy T: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Poradnik z ćwiczeniami opartymi na uważności i terapii poznawczo-behawioralnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Hollander E, Benzaquin SD: Is there a distinct OCD spectrum? *CNS Spectrums* 1996; 1: 17–25.
- Huppert JD, Siev J: Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy. *Cogn Behav Pract* 2010; 17: 382–392.
- Hyman BM, Pedrick C: Pokonać OCD, czyli zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Praktyczny przewodnik. Harmonia Universalis, Gdańsk 2014.
- Kaviani S, Eskandari H, Ebrahimi Ghavam S: The relationship between scrupulosity, obsessive-compulsive disorder and its related cognitive styles. *Pract Clin Psychol* 2015; 3: 47–59.
- Kuelz AK, Voderholzer U: Psychoterapia w zespole natręctw. Co wynika z dowodów? *Psychiatr Dypl* 2011; 2: 20–26.

psychoterapeutyczną metodę z wyboru uważa się leczenie techniką ekspozycji i powstrzymania reakcji zmodyfikowaną dla potrzeb pacjentów ze skrupulatyzmem (Abramowitz i Jacoby, 2014). Williams i wsp. (2014) donoszą, że w odniesieniu do myśli powiązanych z tabu EX/RP łagodzą objawy charakterystyczne dla OCD o jedną trzecią. Praca terapeutyczna prowadzona zgodnie z paradygmatem poznawczo-behawioralnym daje pacjentom możliwość aktywnego udziału w walce z chorobą, co istotnie przyczynia się do poprawy codziennego funkcjonowania (Kuelz i Voderholzer, 2011). Krzyszkowiak i wsp. (2019) sugerują, że pomimo wspólnych mechanizmów leżących u podłoża zaburzeń ze spektrum OCD, do których niewątpliwie włączyć należy skrupulatyzm, z punktu widzenia psychiatrii i psychoterapii istnieje rozbieżność co do zasadności stosowania specyficznych oddziaływań terapeutycznych. O ile znikome różnice w reakcji na farmakoterapię nie uzasadniają wdrażania odmiennych metod leczenia dla każdego podtypu OCD, o tyle w psychoterapii – przy respektowaniu ogólnego zalecenia stosowania CBT – zasadniczo bardziej wskazane wydaje się dostosowywanie technik do charakterystyki objawów prezentowanych przez pacjentów. Zgodnie z powyższym podejściem zasadne jest, by w pracy z osobami z rozpoznaniem skrupulatyizmu posługiwać się protokołem terapeutycznym zmodyfikowanym z myślą o ich potrzebach (Drubach, 2015; Krzyszkowiak *et al.*, 2019).

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

- Krzyszowska E, Kuleta M: From anxiety to compulsivity – a review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. *Arch Psychiatry Psychother* 2017; 19: 7–15.
- Krzyszkowiak W, Kuleta-Krzyszkowiak M, Krzyszowska E: Leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD) i zaburzeń powiązanych (OCRD). *Psychiatr Pol* 2019; 53: 825–843.
- Masters KS: The role of religion in therapy: time for psychologists to have a little faith? *Cogn Behav Pract* 2010; 17: 393–400.
- McFall ME, Wollersheim JP: Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioural formulation and approach to treatment. *Cognitive Ther Res* 1979; 3: 333–348.
- Młynarczyk M: Techniki pracy z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym w terapii poznawczo-behawioralnej. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica* 2018; 22: 33–54.
- Morrison J: *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Osborn I: *Can Christianity Cure Obsessive-Compulsive Disorder? A Psychiatrist Explores the Role of Faith in Treatment*. Bazons Press, Grand Rapids 2008.
- Ostaszewska A: Badania nad efektywnością włączenia tematyki duchowości i religijności w psychoterapii. *Psychoterapia* 2014; 2: 5–18.
- Pirutinsky S, Siev J, Rosmarin DH: Scrupulosity and implicit and explicit beliefs about God. *J Obsess Compuls Rel Dis* 2015; 6: 33–38.
- Pollard AC: Scrupulosity. Available from: <https://iocdf.org/wp-content/uploads/2014/09/Scrupulosity-Fact-Sheet-1.pdf>, 2014 [cited: 13 October 2021].

- Rachman S: *The Treatment of Obsessions*. Oxford University Press, Oxford 2006.
- Rybakowski J, Pilaczyńska E: Zespół natręctw (obsesyjno-kompulsyjnych). In: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (eds.): *Psychiatria*. Tom II. *Psychiatria kliniczna*. Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2011: 416–427.
- Salkovskis PM: Obsessions and compulsions. In: Scott J, Williams JMG, Beck AT (eds.): *Cognitive Therapy in Clinical Practice. An Illustrative Casebook*. Routledge, London 1991: 50–77.
- Salkovskis PM: Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37: 829–852.
- Tolin DF, Abramowitz JS, Kozak MJ et al.: Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2001; 15: 501–510.
- Wells A: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Wells A, Matthews G: *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Lawrence Erlbaum, Hove 1994.
- Williams MT, Farris SG, Turkheimer EN et al.: The impact of symptom dimensions on outcome for exposure and ritual prevention therapy in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 553–558.