

心窄問題之今日見解

梵二後教會領袖和精神科專業人士的觀點與建言

陳顯宗¹

本文作者繼〈心窄問題、辨別神類及靈性轉化：耶穌會士的觀點與建言〉（見本刊 219 期，133-157 頁）一文後，續論梵二後教會領袖及精神醫學專業人士如何理解心窄病徵、成因和轉化方法。文中可見近代因範式轉移，其論述多以精神疾患的角度更勝於靈性角度看待心窄問題。然而，神學和醫學兩個角度並非互相排斥：反之，基於梵二的精神，兩者可以、也應該整合，從而更有效地應對心窄問題。

一、心窄病徵的今日觀點：宗教方面的強迫症

心理學自馮特（Wilhelm Wundt, 1832-1920）在 1879 年於萊比錫大學成立實驗室創立以來，又約未近一百年，直至 1970 年代開始，整體精神醫學才較多關注強迫症。但其實，基督宗教對此（公教稱之為「心窄」）一直都有判症和治療，尤其在梵二之前，它

¹ 本文作者：陳顯宗傳道，中國神學研究院哲學博士，香港大學社會科學心理學碩士、香港建道神學院神學碩士、香港建道神學院道學碩士、香港大學文學士（歷史和德文）畢業；現於加拿大美城華人浸信會擔任傳道。

堪稱是公教一個常見的問題。² 在結合心理學與精神醫學的今日，專業人士（下稱「治療師」）看待心窄問題，其實是宗教方面的強迫症。梵二之前，公教對罪的層級式教義可能令人對罪作出過份反思。³ 薩塔神父（Thomas M. Santa, C.Ss.R.）指出心窄者多數是公教徒。⁴ 雖然如此，新教牧者卡尼馬（Darren L. Kennemer）指出，新教也碰上這問題。有些良心敏感的新教徒很介意自己沒有戲劇性的悔改經歷，因而懷疑自己是否得救。故此，他們經常參加培靈會。他們積極回應講台的召叫，希望因此有特殊的得救經歷。他們的確會經歷短期的高漲情緒，但情緒回落後又懷疑自己是否得救。⁵ 雖然薩塔沒有受過心理學訓練，但長期牧養心窄症者令他在這方面有很多心得。他的書匯集了《匿名心窄症》這份通訊五十五年來的提問和解答，能給予心窄者

² 參：Darren L. Kennemer, "Pastoral Theory and Practice in the Team Approach to Treatment of Scrupulosity as a Component of Obsessive-Compulsive Disorder", *The Journal of Pastoral Care & Counseling* 61, no. 4 (2007), p.319.

³ 參：Robert M. Collie, "The Obsessive Compulsive Disorder (OCD): The Pastoral Knowledge Explosion", *The Journal of Pastoral Care* 51, no. 3 (1997), pp.293-302, quoted in Kennemer, "Pastoral Theory and Practice in the Team Approach", p.320.

⁴ 薩塔是《匿名心窄症》（*Scrupulous Anonymous*）這份通訊的「指導神父」（priest director），專門處理心窄者的提問。參：Thomas M. Santa, *Understanding Scrupulosity: Questions and Encouragement* (Liguori, MO: Liguori Publications, 2017), back cover.

⁵ 他是位退伍軍人事務醫療中心的牧者。參：Kennemer, "Pastoral Theory and Practice in the Team Approach", pp.319-320.

適時幫助，也能裝備神父和輔導員去牧養和輔導心窄者。⁶

薩塔指出，長久以來神父和神師都得悉心窄問題，只是到了近期它才被認為是強迫症的一種。最近的研究指出，美國大約有三百萬人患有強迫症，而在其中則大約有 6% 的人（即十八萬人）受宗教方面的強迫症所困。⁷ 強迫症是一個大範疇，裏面包括了心窄這個較小的範疇，而在這個較小的範疇裏，則包含了「宗教心窄」（religious scrupulosity）這個項目。這些分類也會重疊的。⁸ 時至今日，人們知道心窄是強迫症的一種。因此，給予心窄者良好的宗教教育未必能應對它。⁹

薩塔坦言，不要以為有十六和十七世紀聖人的著作便足以應對心窄，而不願尋求治療師的協助。因為那些聖人根本不懂精神醫學。¹⁰ 心窄者最重要的特徵是對罪過份敏感，導致良心對事物過份警惕而產生焦慮。例如：某信徒閱報，期間看到女性內衣廣告而產生焦慮，因為他認為自己犯上情慾方面的罪。¹¹ 心窄者經常花大量時間去反思自己有否犯罪，花費的時間往往超出某些屬靈操練的要求。此外，心窄者充斥著負面思想，例如：沒有鎖好門戶或沒有關掉爐灶必然引致巨大災難。這些思想也會出現在宗教方面，例如：在禁食時誤吞唇膏便是犯了罪；

⁶ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, ix.

⁷ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.4.

⁸ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.10.

⁹ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.216.

¹⁰ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.231.

¹¹ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, pp.20~21.

在聖祭禮時對人有惡念便是褻聖。在這種思維裏，是沒有所謂小錯誤的。心窄者經常將注意力放在宗教問題上，以致他們難以得到內心的平靜，亦難以想像自己能夠過著正常、沒有焦慮、恐懼、罪疚和羞恥的生活。¹²

精神科醫生奧斯本（Ian Osborn）認為，基督宗教的教導可以觸發、也可醫治強迫症，甚至強迫症在基督宗教教義的發展上扮演了隱藏角色。馬丁路德（Martin Luther, 1483~1546）、約翰本仁（John Bunyan, 1628~1688）和小德蘭（Saint Thérèse of Lisieux, 1873~1897）都曾嚴重地受今日所稱的強迫症所困擾，而他們都是透過將他們的生命集中在某些教義上從而勝過它。他們得醫治的方法，在現代心理治療中也得到很強的支持。近三十年裏，心理學家對強迫症認識了很多。他們發現有些態度和行為會令病情惡化，有些則可紓緩。上述三人得醫治的方法符合現代的「認知行為治療」（cognitive behavioral therapy, 簡稱 CBT）的原則。¹³ 路德曾說，若沒有了強迫症的考驗，他便不會明白聖經、信心、盼望、對上帝的恐懼以及祂的愛。¹⁴ 基於三人的貢獻，奧斯本認為強迫症其實也是「偉大成就的催化劑」。¹⁵

¹² 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, pp.21~23.

¹³ 參：Ian Osborn, *Can Christianity Cure Obsessive-Compulsive Disorder?: A Psychiatrist Explores the Role of Faith in Treatment* (Grand Rapids, MI: Brazos Press, 2008), pp.19~20.

¹⁴ 參：Bainton, *Here I Stand*, p.283, quoted in Osborn, *Can Christianity Cure OCD?*, p.176.

¹⁵ 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD?*, p.21.

心理學家米勒 (Chris H. Miller) 和赫奇斯 (Dawson W. Hedges) 認為，心窄應該是眾多精神病中擁有最長久和豐富的歷史。¹⁶ 心窄與強迫症共同擁有某些特徵，故時常被認為是「強迫症的道德或宗教亞型」(moral/religious subtype of OCD)。¹⁷ 雖然心窄有高的發病率，但是它很少被談論，甚至在心理學和精神醫學的教科書中也很少見。儘管心窄患者有顯著的困擾，且有統計學數據反映它在社會中的流行，人們仍然很少研究它。¹⁸ 即便如此，有研究報告 10% 的強迫症患者受心窄所困¹⁹；也有研究者估計 33% 的強迫症患者有這問題²⁰。如果我們假設 5% 的強迫症

¹⁶ 參：B. A. Fallon et al., "The Pharmacotherapy of Moral and Religious Scrupulosity," *The Journal of Clinical Psychiatry* 51, no. 12 (1990), pp.517~521, quoted in Chris H. Miller and Dawson W. Hedges, "Scrupulosity Disorder: An Overview and Introductory Analysis", *Journal of Anxiety Disorders* 22, no. 6 (2008), p.1042.

¹⁷ 參：Abramowitz et al., "Religious Obsessions and Compulsions in a Nonclinical Sample", pp.825~838, quoted in Miller et al., "Scrupulosity Disorder", p.1042.

¹⁸ 參：Miller et al., "Scrupulosity Disorder", p.1043.

¹⁹ 參：J. L. Eisen et al., "Patterns of Remission and Relapse in Obsessive-Compulsive Disorder: A 2-Year Prospective Study", *The Journal of Clinical Psychiatry* 60, no. 5 (1999), pp.346~351, quoted in Miller et al., "Scrupulosity Disorder", p.1043.

²⁰ 參：David Mataix-Cols et al., "Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions as Predictors of Compliance with and Response to Behavior Therapy: Results from a Controlled Trial", *Psychotherapy and Psychosomatics* 71, no. 5 (2002), pp.255~262, quoted in Miller et al., "Scrupulosity Disorder", p.1043.

患者受心窄困擾，那麼它其實是相當流行的，單就美國而言，那便大約是十萬人。²¹

在宗教氣氛濃厚的社會裏，有較多強迫症患者受心窄所困擾。例如，埃及是 60%，而沙烏特阿拉伯則是 50%。²² 心窄者會尋求宗教領袖的協助多於治療師。²³ 有些研究顯示，高度敬虔的基督徒可能是最容易受心窄困擾的群體。²⁴ 米勒等人認為，未來的研究應該集中在某個特定的宗教信仰上，而種族、性別、年齡和地域差異也不應忽略。²⁵

心窄者通常有過強的責任心和過多的罪疚感。心窄者會將無罪的行爲誤判爲有罪，也會將犯罪的事情誇大。例如，當他/她未能注意到收銀員少收了一點錢，便認爲自己犯了非常嚴重

²¹ 參：Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, p.1043.

²² 參：Cenk Tek and Berna Ulug, “Religiosity and Religious Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder”, *Psychiatry Research* 104, no. 2 (2001), pp.99~108, quoted in Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, p.1043.

²³ 參：Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, p.1044.

²⁴ 參：Abramowitz et al., “Religious Obsessions and Compulsions”, pp.825~838; Jonathan S. Abramowitz et al., “Association between Protestant Religiosity and Obsessive-Compulsive Symptoms and Cognitions”, *Depression and Anxiety* 20, no. 2 (2004), pp.70~76; Theodore F. Witzig and C. Alec Pollard, “Obsessional Beliefs, Religious Beliefs, and Scrupulosity among Fundamental Protestant Christians”, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2, no. 3 (2013), pp.331~337, quoted in Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, p.1044.

²⁵ 參：Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, p.1044.

的罪。心窄者也會不由自主地出現性方面的不道德思想，於是出現了強烈的罪疚感，並且相信自己真的犯了那罪，繼而不斷地向他們的宗教領袖認罪。²⁶ 心窄者向宗教領袖強迫地認罪，是減輕他們罪疚感和與上主重建關係的一個途徑。但就次數和質素而言，那些行為明顯是病態的。即使教會領袖給予心窄者肯定或確據，他們也只是暫時得到釋放，之後還是落在疑慮中。他們也會認為自己必須重複某些字句，否則會遭遇災難。心窄者的強迫行為通常是祈禱、認罪和尋求確定。那些本來是正常的宗教行為，但他們卻做得很極端；嚴重者，其絕望之心甚至有機會導致他們自殘或自殺。²⁷

心理學家格林伯格(David Greenberg)和休伯特(Jonathan Huppert)提及，心窄越來越不普遍，因為現今的社會較以前世俗化。從流行病學和現象學的角度去看，心窄應該被視為強迫症的一個分支，而不是將它獨立出來。²⁸ 心窄者的關注點，通常在他們的宗教裏並非那麼重要，並且與非宗教的強迫症相似：如關注是否潔淨和精準，而那會導致重複的清洗和檢查。有心窄者非常關注某項宗教行為，卻越過了更重要的事情。心窄者通常只關注某個宗教行為，但真正虔誠的信徒是不會這麼狹隘的。宗教和非宗教的強迫症在徵狀上並沒有顯著分別；兩者均令患者

²⁶ 參：Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, p.1044.

²⁷ 參：Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, pp.1046, 1052.

²⁸ 參：David Greenberg and Jonathan Huppert, “Scrupulosity: A Unique Subtype of Obsessive-Compulsive Disorder”, *Current Psychiatry Reports* 12, no. 4 (2010), p.288.

感到痛苦、抗拒、非理性及花費很多時間去應對。這反映兩者其實是十分相似的，同屬一個病症而有不同的表現。²⁹

虔誠信徒如果患有強迫症，他們有較大機會出現心窄問題。³⁰ 雖然如此，沒有證據顯示宗教會觸發強迫症，但宗教會使一個強迫症患者的病徵披上宗教色彩。³¹

至此，我們可先作一個小結。心窄這精神病有古老且豐富的文獻記載，是強迫症的一種。心窄有高的發病率，卻很少被談論，甚至在心理學和精神醫學的教科書中也鮮被提及。心窄者通常只關注某項宗教行為，但真正虔誠的信徒是不會這麼狹隘。在宗教氣氛濃厚的社會裏，較多強迫症患者受心窄困擾。他們會尋求宗教領袖的協助多於精神科專業人士，但前者未必有足夠裝備去牧養和輔導他們。若情況惡化，心窄者的絕望有機會導致他們自殘或自殺。雖然如此，沒有證據顯示宗教觸發強迫症，但宗教會使一個強迫症患者的病徵帶有宗教色彩。可以說，**心窄是強迫症的宗教版**。雖然以上論述頗為負面，但奧斯本卻認為強迫症也是「偉大成就的催化劑」，甚至在基督宗教教義的發展上扮演了隱藏的角色。

²⁹ 參：Greenberg et al., “Scrupulosity”, p.286.

³⁰ 參：Greenberg et al., “Scrupulosity”, p.287.

³¹ 參：Harold J. G. M. van Megen, Dianne A. den Boer-Wolters, and Peter J. Verhagen, *Obsessive Compulsive Disorder and Religion: A Reconnaissance of Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*, eds. Peter J. Verhagen et al. (Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2010), p.275.

二、心窄成因

(一) 負面神觀

卡尼馬指出，心窄出現的部份原因是因患者曾經歷嚴謹的宗教教育，並認為上主是一位嚴苛、懲罰人的主。他提及以下個案：有弟兄有強烈的罪疚感，並且質疑自己是否真正得救以及上主為何作弄他。他透露自己的罪疚感來自拍死蒼蠅、見到別人不打招呼及情慾的事。他引用聖經去指出自己的罪有多麼的嚴重。他出現強烈的焦慮，因為他認為自己是一個失敗者及對上主存在扭曲的觀念（認為祂毫無憐憫）。他向祂祈求寬恕，為的是減少焦慮，而這做法的確令他在短期內成功了。可是，他開始質疑自己有否認漏了罪，以及認罪時有否一個「純正」(right)的心。於是，他經常重複認罪，以致他跌入一個惡性循環裏。³²

薛夫 (Jedidiah Siev) 等人提到，負面的神觀認為上主是復仇心重的、易怒的、可怕的、妒忌的和動輒懲罰人的……等。正面的神觀則認為祂是慈愛的、憐憫人的、溫柔的、安慰人的及和平的……等。³³ 筆者在香港大學的研究發現，宗教強迫症與神觀顯著相關：神觀越負面，宗教強迫症病徵越多。雖然這只

³² 參：Kennemer, "Pastoral Theory and Practice in the Team Approach", p.319.

³³ 參：Jedidiah Siev, Jonathan D. Huppert, and Shelby E. Zuckerman, *Understanding and Treating Scrupulosity*, vol. 1 of *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, eds. Jonathan S. Abramowitz, Dean McKay, and Eric A. Storch (Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2017), p.529.

是相關性研究，未能證實負面神觀是心窄的成因，但這至少證實了它們有關係。³⁴

(二) 完美主義

在靈性上追求完美的渴望，一直存在於教會歷史中。例如，大德蘭修女（Teresa of Ávila, 1515~1582）在其名著《全德之路》（*The Way of Perfection*）中有言：「妳們已經知道，第一個基石是必須是純潔的良心，妳們要竭盡全力，連最微小的罪過也不違犯，並且尋求至高的成全。」³⁵ 在信仰上追求完美本來是好的，但若過份了也會引起心窄。心理學家奧納姆（William Van Ornum）³⁶ 指出，心窄困擾著中世紀及現代女性：前者怕自己犯罪，後者怕自己肥胖。要求自己在外表、工作、品行甚至用品上表現完美，

³⁴ 其統計學結果是 $r(324) = .260, p < .001$ 。參：Chan Hin Chung, "To Investigate the Correlations between the Strength of Religious Faith, Father Figure, God's Image and General Obsessive-Compulsive Disorder with Scrupulosity" (MSocSc diss., Univ. of Hong Kong, 2018), pp.30-33, 36-37, 39.

³⁵ 參：大德蘭，《聖女大德蘭的全德之路》，加爾默羅聖衣會譯（台北：星火文化，2011），66 頁。

³⁶ William Van Ornum, *A Thousand Frightening Fantasies: Understanding and Healing Scrupulosity and Obsessive Compulsive Disorder* (Eugene, OR: Wipf & Stock, 2004)。此書被德肋莎姆姆（Mother Teresa）所肯定，參該書 back cover；也獲得薩塔高度評價，並在《匿名心窄症》這份通訊裏將它介紹給讀者，參：Thomas M. Santa, *Understanding Scrupulosity: Questions, Helps, and Encouragement*, rev. ed. (Liguori, MO: Liguori / Triumph, 2007), p.xii.

是很多現代女性的態度。她們會認為若自己在各方面均表現完美，便沒有人會挑戰她們的內蘊。³⁷

相較之下，中世紀那種心窄在現代社會已極少見，取而代之在現代社會出現的，便是由完美主義促成的「新心窄」(new scrupulosity)。中世紀教會要求人追求理想的基督徒生活；現代社會則要求人追求理想的人生：成為理想的家長、僱員和公民等。故此，他建議教會領袖和治療師應多加留意完美主義對人的影響。³⁸

(三) 遺傳基因

奧斯本指出，強迫症患者的直系親屬有超過四倍較高的機會患上這病，而同卵雙胞胎患上這病的機會幾乎是異卵雙胞胎的兩倍。這些研究結果反映遺傳基因也是強迫症的成因之一。³⁹除了生理上的原因，歷史的大時代背景也可能是成因之一。

(四) 文藝復興

文藝復興後，人的自我意識提高，致使個人主義興起，世界由原本以上主為中心變得以人為中心。文藝復興前，人們不認為命運可以自決。但在此之後，人們認為命運可以自決，產生了很多焦慮。⁴⁰ 文藝復興末期，很多信奉基督宗教的人都受

³⁷ 參：Van Ornum, *A Thousand Frightening Fantasies*, pp.56~57.

³⁸ 參：Van Ornum, *A Thousand Frightening Fantasies*, pp.58~59.

³⁹ 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, pp.121~122.

⁴⁰ 參：“The Me Millennium”, *New York Times Magazine*, October 17,

心窄困擾。⁴¹ 文藝復興時期，較多人有褻瀆的影像、衝動和思想。因著心窄存在，一些病徵較輕者出現這些思想會有點困擾他們；而病徵較重者則令他們深受折磨，以致他們以重複的宗教行為去應對。

當時出現這情況，是因為教會教義出現了變化。那時公教認為，單單出現犯罪思想便等同犯了那罪，支持這論點的經文有《瑪竇福音》五章 21~22 節。由於出現犯罪思想等同犯了「大罪」(mortal sin)，人們便容易焦慮。當那些思想出現時，如何判定那人有否犯罪？而其準則便是當事人是否同意那個思想。因此，文藝復興時期的信徒便在犯罪思想出現時極力否定它們。⁴² 有神父公開地批評教會對罪極端吹毛求疵。例如，達姆巴赫 (Johannes von Dambach) 投訴說：「若心窄者需要為教會所訂出的罪而認罪，那麼他便需要放一個聽告者在他的銀包中。」⁴³ 奧斯本認為，從文化層面來說，馬丁路德、約翰本仁和小德蘭受文藝復興思潮影響而患上強迫症；若他們生於早些年代，未必發展出此疾患來。⁴⁴ 不同時代有著不同事件與強調，從而增加人們的焦慮程度。

1999, quoted in Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, pp.31~32.

⁴¹ 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, p.36.

⁴² 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, pp.38~40.

⁴³ 參：Thomas N. Tentler, *Sin and Confession on the Eve of the Reformation* (Princeton, NJ: Princeton Univ. Press, 1977), p.114.

⁴⁴ 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, p.124.

(五) 道德思想和行為混淆

近年的研究顯示，強迫症出現的其中一個重要因素，便是「道德思想和行為混淆」(moral Thought-Action Fusion)。⁴⁵ 它是指視思想等同於行為的傾向。它使人傾向於將一個思想在道德上等同於作出那個實質行為，或視它令該行為更容易出現。⁴⁶ 由1970年代開始，人們對強迫症的研究焦點是「認知」所扮演的角色。直至現時為止，認知心理學家認為以下三點會促使強迫症的出現及維持：

- 一是侵入性思想。90%的正常人都曾經有侵入性思想。當

⁴⁵ 參：Peter Muris et al., "Thought-Action Fusion and Anxiety Disorder Symptoms in Normal Adolescents", *Behaviour Research and Therapy* 39, no. 7 (2001), pp.843~852; Eric Rassin and E. Koster, "The Correlation between Thought-Action Fusion and Religiosity in a Normal Sample", *Behaviour Research and Therapy* 41, no. 3 (2003), pp.361~368; Eric Rassin et al., "Thought-Action Fusion as a Causal Factor in the Development of Intrusions", *Behaviour Research and Therapy* 37, no. 3 (1999), pp.231~237; Eric Rassin et al., "Relationships between Thought-Action Fusion, Thought Suppression and Obsessive-Compulsive Symptoms: A Structural Equation Modeling Approach", *Behaviour Research and Therapy* 38, no. 9 (2000), pp.889~897; Eric Rassin et al., "Thought-Action Fusion and Thought Suppression in Obsessive-Compulsive Disorder", *Behaviour Research and Therapy* 39, no. 7 (2001), pp.757~764, quoted in Miller et al., "Scrupulosity Disorder", p.1044.

⁴⁶ 參：Jedidiah Siev and Adam B. Cohen, "Is Thought-Action Fusion Related to Religiosity? Differences between Christians and Jews", *Behaviour Research and Therapy* 45, no. 4 (2007), p.829.

侵入性思想達到某個密度、強度和持續時間，才被算為病態的。⁴⁷ 非強迫症患者很大程度上不會理會這些侵入性思想。故此，為這類思想的嚴重程度作評估是重要的。

- 二是評估。我們要知道那些思想對患者來說有多重要，並且他們對那些思想是否需擔負責任。
- 三是迷思。那即是一些不真實的信念，如一個人出現惡念便認為自己做出那犯罪行為。⁴⁸

總之，道德思想與行為混淆，令強迫症患者動輒認為自己犯了罪，促成了心窄。

三、轉化方法

(一) 學會辨別

若要克服心窄，其中一點是要辨別健康和病態的宗教信念和行為。⁴⁹ 如何分辨一個人是真正敬虔還是有強迫行為？那要看他/她的關注有多狹隘便可以知道。屬於後者的人通常只看重自己的罪有多重，卻忽略了更重要的責任，如愛人如己。⁵⁰

⁴⁷ 參：S. Rachman and P. de Silva, "Abnormal and Normal Obsessions", *Behaviour Research and Therapy* 16, no. 4 (1978), pp.233-248, quoted in van Megen et al., *OCD and Religion*, p.275.

⁴⁸ 參：van Megen et al., *OCD and Religion*, p.275.

⁴⁹ 參：Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.528.

⁵⁰ 參：Rodney J. Hunter, ed., *Dictionary of Pastoral Care and Counseling* (Nashville, TN: Abingdon Press, 1990), p.1120, quoted in Kennemer, "Pastoral Theory and Practice in the Team Approach", p.320.

以下五點有助人分辨一個人是正常地遵守宗教禮儀還是出現宗教強迫行為：

1. 宗教強迫行為所花的時間通常是很長的，甚至較宗教條文所要求的時間更長。
2. 一個人出現宗教強迫行為通常伴隨著擔憂這情緒。例如，一個猶太教徒在逾越節潔淨後，便擔心自己將一些麵包碎屑帶入家居裏。⁵¹
3. 即使猶太教規明文禁止人在禱告或禮儀裏重複重要的字句，心窄者會將它們重複。⁵² 對於病態的宗教行為，猶太教領袖也認為那不是虔誠的。⁵³
4. 心窄者的擔心通常集中在某樣事物，卻忽略其他同樣重要或更重要的事物。例如，有猶太教徒因怕自己被不潔淨的肉類沾污，故即使觸犯安息日的誡命，也要清潔自己以減輕焦慮。但其實，遵守安息日的規定應該較遵守飲食規條重要。
5. 虔誠的宗教行為應該不會帶來焦慮和痛苦，也不會影響信

⁵¹ 參：Mishna Pesachim, 1, 2 quoted in David Greenberg, "Are Religious Compulsions Religious or Compulsive?", *American Journal of Psychotherapy* 38 (1984), pp.528~529.

⁵² 參：Shulhan Aruch, Orach Hayyim, 61, 9, quoted in Greenberg, "Are Religious Compulsions Religious or Compulsive?", pp.528~529.

⁵³ 參：M. H. Spero, "The Halakhic Status of Neurotically Motivated Religious Acts", *Journal of Psychology and Judaism* 4 (1980), pp.185~188, quoted in Greenberg, "Are Religious Compulsions Religious or Compulsive?", pp.528~529.

徒的正常生活；但焦慮和痛苦等情況卻會伴隨著病態的宗教行為出現。⁵⁴

天主教將罪分為「大罪」和「小罪」(venial sin)兩大類。大罪需具備三個元素：(一)性質嚴重；(二)人對那罪有充分的認識；(三)人以自由意志同意犯那罪。然而，心窄者傾向將所有事物都看成大罪。⁵⁵ 其實，人刻意令上主不悅才算犯罪；因此，人不可能不小心地犯了罪。⁵⁶ 人不能完全控制自己的腦海出現甚麼。因此，對於不由自主的思緒，人是沒有罪責的。⁵⁷ 人不可能在睡夢中犯罪。人不能完全控制自己的夢境，因此人對它們並沒有道德責任。⁵⁸ 即使瘋子屠殺他人也不算犯罪。⁵⁹ 心窄者不應承認不確定的罪，只須承認清晰和確定的罪。⁶⁰ 罪是否被赦免，與認罪者的認罪行為是否完美無關，而是在乎認罪者有否認罪和神父的宣赦。⁶¹ 內在為罪痛悔的心和改正的意

⁵⁴ 參：Greenberg, "Are Religious Compulsions Religious or Compulsive?", pp.528~529. 這些分辨原則與1980年出版的《精神疾病診斷準則手冊》第三版(DSM-III)對強迫症的判症準則十分相似。參：APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3d ed. (Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1980), p.235.

⁵⁵ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, pp.65~68.

⁵⁶ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.73.

⁵⁷ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.134.

⁵⁸ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.141.

⁵⁹ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.69.

⁶⁰ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.217.

⁶¹ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.218.

向，較外在的自我指控或認罪行爲重要。

此外，記憶力強並不是罪。若我們想起過往的罪時，應該思想上主對我們何等憐憫，因為祂赦免了我們的罪。⁶² 沒有決定是完美的，我們作決定時就是作最不邪惡的決定。不要把「完美」和「好」混淆。在某些情況下，一個不完美的決定也可能是「最好的決定」。上主知道我們是不完美的，並接納我們這個本相，祂只要我們盡力做到最好而已。⁶³ 有些心窄者在禁食時怕自己吃了東西，甚至因著吞了唇膏而恐懼，但其實唇膏並不是食物。此外，處方藥物（即使有些有味道）也不是食物。⁶⁴ 如果心窄者懷疑一項道德要求，那便反映出那要求其實不是真的。因為心窄者一定會遵守所有的要求，倘若他們對此有所懷疑，那就顯明了那其實不是真的或是必須要遵守的要求。⁶⁵ 不能區分真實犯罪和懼怕自己犯罪，是心窄的一項病徵。在這種情況出現時，聖亞豐索·利古力（St. Alphonsus Liguori, 1696~1787）認為聽告者和認罪者應該假設上主的恩典是在祂的子民裏作工，而不是假定無罪的地方存在罪愆。換句話說，我們應該假設有恩典，而不是假設有罪。⁶⁶

有一個隱喻可以抵禦道德思想行爲的混淆。那就是請心窄者幻想兩個人在一間房子裏，一個是屠殺者而另一個是牧師。

⁶² 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.45.

⁶³ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.76.

⁶⁴ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.219.

⁶⁵ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.225.

⁶⁶ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.226.

那個屠殺者常常想到自己很孝順母親，而那位牧師則經常行善。但後者卻經常有不由自主和侵入的思想，令他想到褻瀆神和傷害人的事情。在這兩個人當中，誰才是真正的壞人？答案是前者。因為只有犯罪的思想，並不是真的犯了罪。當一個人蓄意並且有實際行動，才算是真的犯了罪。⁶⁷

一般來說，宗教強迫行為因著耗時而會影響正常的宗教行為。例如，一個心窄者花太多時間在祈禱前的潔淨程序，以致他/她少了時間祈禱。同理，那些耗時的宗教強迫行為減少了心窄者鑽研宗教的時間。心窄者要學習辨別一種思想是有意還是無意的，他們不應為無意的思想而認罪。⁶⁸ 因此，「辨別神類」的意義在梵二後討論心窄問題時擴充了。梵二前，它只涉及分辨一個「神類」是令人更親近還是遠離神；梵二後，辨別不只是作出這樣的分辨，還包括分辨正常和病態的宗教生活及某行為是否真的犯了罪。

（二）服從教會領袖和配合治療師

心窄者應該由一個明智和瞭解心窄的聽告者或神師作出指導。⁶⁹ 研究指出：心窄其實是強迫症的宗教版而不是純粹的宗教問題，但基於沒有這方面的訓練，神職人員普遍沒有足夠能力去妥善處理心窄問題。⁷⁰ 在另一項研究裏，15 位受訪的極端

⁶⁷ 參：Greenberg et al., "Scrupulosity", p.287.

⁶⁸ 參：Greenberg et al., "Scrupulosity", pp.286~287.

⁶⁹ 參：Santa, *Understanding Scrupulosity*, p.216.

⁷⁰ 參：Margaret Hepworth, Laura Maria Simonds, and Robert Marsh,

正統猶太教拉比均能夠辨識出心窄有別於正常的宗教行為，並認為它不是真正的靈性表現。他們對心窄的看法較負面。有別於神父的是，雖然他們認為精神科專業人士能夠幫助心窄者，但同時也相信自己在引導心窄者時扮演著重要角色。對於成因方面，14 位拉比均認為那是基於生理和心理的因素，只有 1 位拉比認為它與靈性有關。⁷¹ 還有一項研究發現，較保守的信義宗教牧師也能夠辨識出心窄，只是沒有合適的技巧或有效的指引去應對。⁷² 因此，治療師與宗教領袖合作是十分重要的。因為他們在宗教上的知識和權威是大部分治療師所沒有的，而且很多心窄者從一開始便尋求宗教領袖的協助。⁷³

“Catholic Priests’ Conceptualisation of Scrupulosity: A Grounded Theory Analysis”, *Mental Health, Religion & Culture* 13, no. 1 (Jan. 2010), pp.1~16, quoted in Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.537.

⁷¹ 參：Benny Horwitz et al., “A Qualitative Analysis of Contemporary Ultra-Orthodox Rabbinical Perspectives on Scrupulosity” *Mental Health, Religion and Culture* 22, no. 1 (2019), pp.82~98, quoted in Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, pp.537.

⁷² 參：Brett J. Deacon, Amanda M. Vincent, and Annie R. Zhang, “Lutheran Clergy Members’ Responses to Scrupulosity: The Effects of Moral Thought-Action Fusion and Liberal vs. Conservative Denomination”, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2, no. 2 (2013), pp.71~77, quoted in Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.537.

⁷³ 參：Jonathan D. Huppert and Jedidiah Siev, “Treating Scrupulosity in Religious Individuals Using Cognitive-Behavioral Therapy”, *Cognitive and Behavioral Practice* 17, no. 4 (2010), pp.382~392,

由於更多人去找治療師，筆者也論述他們的角色和應有的態度。虔誠的心窄者傾向信任一位持相同信仰的治療師，因為可以從他們身上尋求信仰上的確定。治療師的治療目標不是要去除心窄者的信仰，而是幫助他們去建立一個健康的宗教生活。有些心窄者懼怕尋求治療會停止他們某些宗教儀式，從而令他們的宗教熱忱減退。在治療過程中，心窄者要接受的不是犯罪本身，而是犯罪的風險。⁷⁴ 另外，信德在治療基督徒精神病患時佔有一席之地。雖然它是愁苦的來源，但卻是其中一個解決方法。很多信德偉人也曾經質疑上主的同在，治療師可以善用這點去幫助患者，也可以引導患者反省他們現有的神學思想是否合理，並且有沒有其他的主張可以代替。⁷⁵

關於治療立場有三點要注意。首先，治療師應該視自己為患者的盟友，幫助患者對抗他們的問題。其次，治療師要幫助患者辨別正常和病態的宗教信念和行為。第三，除非患者的信仰明顯地出現謬誤，否則治療師應該避免和患者辯論神學議題，因為後者通常較熟悉聖經和與他們的困擾相關的神學討論。⁷⁶ 心窄者可能會質疑為甚麼一個沒有信仰的治療師能夠治療他們。在很多宗教圈子裏，心理學被認為是反宗教的，甚至

quoted in Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.537.

⁷⁴ 參：Greenberg et al., “Scrupulosity”, p.287.

⁷⁵ 參：John R. Peteet, *Christianity and Psychiatry of Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*, eds. Peter J. Verhagen et al. (Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2010), pp.108~109.

⁷⁶ 參：Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.534.

認為宗教導致病態行為出現。這尤其與強迫症有關，因為佛洛伊德（Sigmund Freud, 1856~1939）視宗教為「人類世界性的強迫神經官能症」（universal obsessional neurosis of humanity）。⁷⁷

治療師的治療目的是要幫助心窄者過一個健康的宗教生活。問心窄者甚麼是他們的理想宗教生活，並設想沒有強迫症的時候他們的生活又會如何，都是具建設性的提問。這些提問也給予心窄者感到治療師並不是在強制他們作出行動，而是開放地協助他們邁向他們的理想。治療師也可以引用某些研究結果，幫助心窄者理解大部分的病徵妨礙了他們與上主建立良好的關係或持守信仰規條。⁷⁸ 治療師也可以問心窄者有否他們景仰的宗教人物，可以用來與他們的信念和行為作比較。當然，治療師也要提醒他們，不要將這種比較淪為另一種強迫思考或行為。治療師也可以限制他們這樣做的長度和次數，並提醒他們可以彈性地做，而不要將它變成規條。⁷⁹

既然治療師與教會領袖的合作十分重要，治療師和教會領

⁷⁷ 參：Sigmund Freud, *Freud - Complete Works*, ed. Ivan Smith, *The Future of An Illusion*, 4452, accessed December 24, 2020, https://www.valas.fr/IMG/pdf/Freud_Complete_Works.pdf.

⁷⁸ 參：Jedidiah Siev, Lee Baer, and William E. Minichiello, "Obsessive-Compulsive Disorder with Predominantly Scrupulous Symptoms: Clinical and Religious Characteristics", *Journal of Clinical Psychology* 67, no. 12 (2011): 1192, quoted in Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.534.

⁷⁹ 參：Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, pp.534~535.

袖要力避矛盾的信息，尤其是治療師可能不知不覺地與教會領袖產生張力，使治療師失信於心窄者甚至於他/她所屬的群體。治療師最好能夠與心窄者所選擇的教會領袖合作，而不是到處尋找最適合治療方案的教會領袖。這樣做較為尊重心窄者，也較易獲得他們的信任。在與教會領袖商談時，治療師要做的是解釋治療的理論基礎，及在宗教規條下找出治療方法。⁸⁰

（三）認知行為治療

1969 年，梅耶爾（Victor Meyer）以「暴露理論」來做實驗。這個行為治療的方法是由沃爾普（Joseph Wolpe）等人在 1950 年代首先發現的，原本用來治療一些輕微的恐懼症。⁸¹ 藥物治療和「認知行為治療」（CBT）是治療強迫症的兩個主要方法。根據一項研究，CBT 療效顯著：36% 的患者減少了 70% 的症狀；27% 的患者減少了 31~69% 的症狀；只有 7% 的患者沒有任何療效，以及另有 30% 的患者不肯接受此治療。此外，接受這治療的患者之復發率也較藥物治療為低。⁸²

CBT 包含了「認知治療」（cognitive therapy, 簡稱 CT）及「行為治療」（behavioral therapy, 簡稱 BT）。CT 是指偵測和矯正信息處理

⁸⁰ 參：Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.537.

⁸¹ 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, pp.129~131.

⁸² 參：Melinda A. Stanley and Samuel M. Turner, "Current Status of Pharmacological and Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder", *Behavior Therapy* 26, no. 1 (1995), pp.163~186, quoted in van Megen et al., *OCD and Religion*, p.278.

及思考模式的治療方法。認知治療要求治療師相當熟悉心窄者的信仰和文化背景。如果治療師採用得不適當，會減低治療成效甚至適得其反。認知治療建基於一個重要的假設：當不良的思考模式及非理性思想被辨認出來及矯正後，心理疾病便會被治癒。⁸³

至於 BT 有效，是因為利用了習慣原則。軟體動物以至人類都因著神經系統而產生習慣的生理反應。一隻蝸牛若被觸碰頭部，牠便會將身體蜷縮。但若牠重複地被觸碰，牠便會因著習慣而不再蜷縮。⁸⁴ 依納爵在解除了心窄後，他曾因觸摸了一個病人而害怕自己患有黑死病，以致他又出現強迫性思考，甚至他的手開始有疼痛的感覺。但他採用了今天所謂的「面對引起焦慮的環境及防止相關反應」（exposure and response prevention，簡稱 ERP）這個方法。他將手放入自己的口中，在其中移動手指，並告訴自己說：「若手上有黑死病，現在連口裏也有了！」結果，他不安的情緒竟然紓緩了，手痛也沒有了。⁸⁵ 依納爵在《神操》的「有關心窄的注意事項」裏，提及了兩個對付強迫症的原則：第一，要辨明心窄或強迫思考的來源，即是要查考導致不安的原因；第二，心窄者要對抗那些不安，與它反其道而行，例如：

⁸³ 參：Miller et al., "Scrupulosity Disorder", p.1054.

⁸⁴ 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, p.131.

⁸⁵ 參：Loyola, *Saint Ignatius' Own Story: As Told to Luis Gonzales de Camara*, trans. William J. Young (Chicago: Loyola Univ. Press, 1980), p.58, quoted in Osborn, *Can Christianity Cure OCD?*, p.139.

刻意停止過度的認罪。⁸⁶ 此即 EPR 的應用，亦即讓患者接觸令他們焦慮的事物，從而希望他們長遠來說減輕那些焦慮。⁸⁷

(四) 教牧輔導

過去五十年，學者致力整合基督宗教和心理學。由於現在的精神醫學界認為信仰在治療中能夠帶來益處，而精神醫學對基督徒來說也沒有以前那麼恐懼，故未來的趨勢是兩者要作出跨科際的研究和合作。教會領袖和治療師合作的第一步，是要分清楚兩者的角色⁸⁸：醫治患者的病症是治療師要做的事，而不是將信仰加諸在病人身上⁸⁹；幫助患者與上主建立良好的關係則是教會領袖要做的事，而不是紓緩患者的病情甚至改變他/她的性格。⁹⁰ 在治療心窄者的事上，宗教領袖的參與有時是有幫助的，甚至是非常重要的。⁹¹

要留意的是，心窄者也會同樣質疑宗教領袖提及的教義，

⁸⁶ 參：Osborn, *Can Christianity Cure OCD*, p.139.

⁸⁷ 參：Miller et al., "Scrupulosity Disorder", p.1054.

⁸⁸ 參：Peteet, *Christianity and Psychiatry*, pp.112~115.

⁸⁹ 參："Religious / Spiritual Commitments and Psychiatric Practice: Resource Document", American Psychiatric Association (2006), quoted in Peteet, *Christianity and Psychiatry*, p.113.

⁹⁰ 參：David G. Benner, *Intensive Soul Care: Integrating Psychotherapy and Spiritual Direction of Spiritually Oriented Psychotherapy*, eds. Len Sperry and Edward P. Shafranske (Washington D.C.: American Psychological Association, 2005), pp.287~306, quoted in Peteet, *Christianity and Psychiatry*, p.113.

⁹¹ 參：Greenberg et al., "Scrupulosity", pp.287~288.

認為那只是他/她的個人意見。爲了避免不適當和容易引起焦慮的說話，宗教領袖應該敏感於心窄的病理。宗教領袖應該爲心窄者提供指引，但切記要尊重他們的個人決定。⁹² 由於心窄者通常會就某些屬靈議題（如確定自己是否得救）重覆地去找教會領袖確定，治療師應該與教會領袖商討如何減少這類行爲。教會領袖可指引心窄者停止強迫性的確定，治療師也可指引教會領袖如何轉介他們再次尋求治療師的協助。心窄者也有可能將見治療師變相視爲另一種尋求確定的機會，故應指引教會領袖有時需要向心窄者說以下說話：「抱歉！我們之前已討論過這議題，而我再也不能給您新的答案。」或說：「抱歉！我不能與您再討論這議題。它仍然困擾您，我感到遺憾，但您需要獨自去面對。」這樣，心窄者也沒有機會尋求治療師的重覆確定。⁹³

臨床心理學家克勞福德（Mark E. Crawford）指出，強迫症患者普遍有完美主義的傾向，認為自己的表現必須完美，否則就是失敗。⁹⁴ 他從神學和心理學的角度去剖析完美主義。神學上，完美主義即是人認為自己可以等同天主——即全知、全能及全在。當他們認為自己應該知道一切而遇上挫折時，便會自責。當他們認為自己應該是無所不能而遇上失控的情況時，便會懊惱。當他們相信自己應該可以在一日之內完成十個人的工作而不能時，便會感到挫敗。上主呼召我們成爲「完美」，那只是一

⁹² 參：Miller et al., “Scrupulosity Disorder”, pp.1056.

⁹³ 參：Siev et al., *Understanding and Treating Scrupulosity*, p.538.

⁹⁴ 參：Crawford, *Perfectionism and OCD*, pp.196~197.

個追求的方向，而非要求我們完全達到。只有上主知道和控制一切且無處不在，但人類是有限的。上主接納我們的有限，我們也應這樣接納自己。⁹⁵

心理學上，完美主義有不同的層面。完美主義者經常理想地思考事情應該怎樣，而非它們實際是怎樣。他們受挫、失敗及放棄，是因為訂下了不能達成的目標。他們有著「結果導向思維」(product-minded)，相信在工作完成之前絕不能有成功感、愉快和滿足感。他們忽略也不享受工作的過程。完美主義者事事追求最好，且會將自我價值等同於他們的表現。當他們有良好表現時，才覺自己有價值。但由於每天的表現都有異，他們的自我價值也隨之波動。不論從神學還是心理學的角度去看完美主義，它都是阻礙人擁有健康的情緒和靈性生活的思維。⁹⁶由於強迫症患者多半抱持黑白二元的思維，容易將事物看得極端化，故應建議心窄者思考不應走向極端。⁹⁷

整合神學和心理學的學者馬克敏 (Mark R. McMinn) 指出，心理學的訓練不提及認罪、恩典及救贖。故此，基督宗教輔導員應在這方面補足，讓受輔者在犯罪之處認罪和悔改，讓人獲得

⁹⁵ 參：Chris Thurman, *Perfectionism of The Soul Care Bible*, eds. Tim Clinton, E. Hindson, and George Ohlschlager (Nashville: Thomas Nelson, 2001), quoted in Crawford, *Perfectionism and OCD*, p.185.

⁹⁶ 參：Thurman, *Perfectionism of The Soul Care Bible*, quoted in Crawford, *Perfectionism and OCD*, p.185.

⁹⁷ 參：Crawford, *Perfectionism and OCD*, pp.192~193.

更深層的釋放，而不只是在病徵上得到紓緩。⁹⁸ 基督宗教輔導員應該幫助受輔者發現自己的罪，並且轉向上主的恩典。⁹⁹ 如上文克勞福德提到，既然心窄者認為自己可以如上主般全知、全能和全在，他們的罪便是驕傲，故他們必須謙卑地接受自己的限度。

四、結語

由於梵二前後出現了範式轉移，在看心窄問題時便由原來神學為本的範式，轉為精神醫學為本的範式，使心窄由靈性問題演變為精神病症。因此，梵二後對心窄的判症和治療，主要以精神醫學的角度進行。神學為本的靈修傳統著重評估人的靈性狀況，而人本主義的心理學則強調評估人的精神狀態（包括內心世界和外在行為）。雖然如此，神學和醫學兩個角度並非互相排斥的。基於梵二的精神，筆者認為兩者可以整合、也應該整合，從而更有效地應對心窄問題。

⁹⁸ 參：Mark R. McMinn, *Sin and Grace in Christian Counseling: An Integrative Paradigm* (Downers Grove, IL: IVP Academic, 2008), p.114.

⁹⁹ 參：McMinn, *Sin and Grace in Christian Counseling*, pp.124~125.