

Dorota Kumorek

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
ORCID: 0000-0003-3600-9384

Grzegorz Wąchol

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie
ORCID: 0000-0002-6427-7231
<https://doi.org/10.1563/9788374389969.06>

Duchowy wymiar interwencji kryzysowej wobec rodziny alkoholowej

Spiritual Dimension of Crisis Intervention With Alcoholic Families

Abstract: Intervention, as individual help for people at risk of crisis, is the first step of formal and/or informal actions towards members of an alcoholic family. The effectiveness of the intervention is influenced by many factors, among which an im-

portant place is played by psychological support leading to the restoration of a person's well-being. The World Health Organization, in its original understanding of well-being, understood as a person's sense of happiness, well-being and satisfaction with their state of life, distinguished three of its components: somatic, mental and social health. Recently, there has been an increasing number of studies pointing to the value of the spiritual component in activities that rebuild the mental condition of people and families in crisis.

The aim of the article is to demonstrate the usefulness of spirituality for the general assumptions of the idea of crisis intervention, addressed directly to family members affected by alcohol problems, meeting the criteria of a family in crisis, and to indicate specific proposals derived from Christian spirituality that can be used during the intervention.

Keywords: spirituality, crisis intervention, alcoholic family, alcohol addiction

Wstęp

Interwencja jako pomoc indywidualna dla osób zagrożonych kryzysem jest pierwszym krokiem formalnych i/lub nieformalnych działań wobec członków rodziny alkoholowej. Na skuteczność interwencji wpływa wiele czynników, wśród których ważne miejsce zajmuje wsparcie psychologiczne, prowadzące do odbudowania dobrego samopoczucia człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia w swoim pierwotnym rozumieniu dobrostanu, rozumianego jako odczuwane przez człowieka poczucie szczęścia i zadowolenia ze stanu życia, wyróżniła trzy jego składowe: zdrowie somatyczne, psychiczne i społeczne. W ostatnim czasie można zaobserwować coraz więcej badań wskazujących na wartość komponentu duchowego w działaniach odbudowujących kondycję psychiczną osób i rodzin znajdujących się w kryzysie.

Celem artykułu jest wykazanie przydatności duchowości dla ogólnych założeń idei interwencji kryzysowej, adresowanej bezpośrednio do członków rodziny dotkniętych problemem alkoholowym, spełniających kryteria rodziny w kryzysie, oraz wskazanie konkretnych propozycji wywodzących się z duchowości chrześcijańskiej, jakie można wykorzystać podczas interwencji.

Udział duchowości w oddziaływaniu psychologicznym

Chociaż wspierający charakter interwencji kryzysowej jej strategię różnią się od istoty innych form oddziaływań pomocowych, to Kubacka-Jasiecka zauważa, że Butcher i Koss utożsamiają interwencję kryzysową z krótkotrwałymi oddziaływaniami terapeutycznymi i omawiają ją jako jedną z orientacji psychoterapii krótkoterminowej¹. Do rozwoju podejścia krótkoterminowego, jak zauważa badaczka, w dużej mierze przyczyniło się zwrócenie uwagi na sytuacje kryzysowe, gdyż tradycyjne techniki terapeutyczne okazywały się często niewystarczające w nieprzewidywalnych sytuacjach zagrożenia i kryzysach społeczności. Na efektywność interwencji kryzysowej składa się wiele czynników, wśród których ważne miejsce zajmuje wsparcie psychologiczne i duchowe, prowadzące do odbudowy poczucia dobrostanu (ang. *well-being*). Duchowość, stanowiąca jeden z aspektów *życia wewnętrznego*, przez wiele lat nie była doceniana i wykorzystywana w ramach szeroko rozumianego wsparcia i pomocy w sytuacjach kryzysowych, jednak badania przeprowadzone w ostatnich dekadach pokazują istotny wpływ czynnika duchowego, współistniejącego często z komponentem religijności, na poprawę skuteczności niesionej pomocy psychologicznej. Co ciekawe, uwzględnienie wymiaru duchowego jest istotne przede wszystkim z perspektywy beneficjentów prawa do pomocy i wsparcia społecznego.

Próba zdefiniowania pojęcia duchowości jest skomplikowana, gdyż istnieją liczne rozbieżności w jej rozumieniu i można wyróżnić tu wiele nurtów. Skrzypińska podkreśla, że w pojęciu duchowości mieszczą się: transcendencja (obcowanie z Bogiem), dążenie do świętości, poszukiwanie sensu życia, wska-

¹ Por. D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa 2010, s. 611.

zania w sytuacji dylematów – tzw. „drogowskazy życiowe”, wyznaczniki moralne dokonywanych ocen postaw własnych i innych, konstruowanie dalekosiężnych planów na przyszłość, realizacja potrzeb afiliacji i samorealizacji, rozbudowa zasobów społecznych poprzez przynależność do wspólnot². W największym uogólnieniu można przyjąć, że jest to indywidualny sposób przeżywania wiary w istnienie Boga lub inaczej rozumianej siły wyższej. Może też być opisywana jako ludzka tendencja, o charakterze fenomenologicznym, do przyjęcia odniesienia wobec wartości transcendentnych – czyli wykraczających poza wymiar materialny – gdzie człowiek podejmuje aktywność na rzecz stworzenia trwałej relacji do tych wartości. Przy takim podejściu duchowość staje się częścią religijności, a ta z kolei może być rozumiana jako zaangażowanie jednostki w przekonania i praktyki charakterystyczne dla danej religii. Religia jest szerokim systemem, który zawiera w sobie elementy nadprzyrodzone i przyziemne, ma charakter indywidualny i społeczny, organizuje życie jednostki i grupy, ale jej podstawowym celem jest prowadzenie do przeżywania duchowości poprzez konkretne sposoby jej wyrażania. Stąd każde oddziaływanie religijne pozbawione wymiaru duchowego traci swoją istotę i staje się jednym z wielu działań, zredukowanym do określonego rodzaju czysto ludzkich technik niemających odniesienia transcendentnego³.

Badania Propst i współpracowników dotyczą wpływu oddziaływania religijnego uwzględniającego duchowość na efektywność niesionej pomocy lub wsparcia w sytuacjach zagrożenia i kryzysach społeczności. W omawianych badaniach wzięto pod uwagę religijność terapeuty oraz sposób podejścia do terapii (zawierający lub niezawierający treści religijnych prowadzących do uwypuklenia wartości duchowych) i utworzono cztery rodzaje analizowanych diad: 1. terapeuta religijny – podejście religijne; 2. terapeuta niereligijny – po-

² Por. K. Skrzypińska, *Psychologiczny portret duchowości osób świeckich i zakonnych*, [w:] *Jednostka i religia w relacjach społecznych*, red. D. Krok, A. Bronowicka, Opole 2013, s. 279–304.

³ Por. T. Hart, *The Hidden Spring: The Spiritual Dimension of Therapy*, New York 1994; D.N. Elkins, *Beyond Religion: Toward a Humanistic Spirituality*, [w:] *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice*, red. K.J. Schneider, J.T. Bugental, J.F. Pierson, Los Angeles–London–New Delhi–Singapore–Washington 2001, s. 201–212; D. Krok, *Religijność a duchowość – różnice i podobieństwa z perspektywy psychologii religii*, „Polskie Forum Psychologiczne”, Vol. 14, 2009, nr 1, s. 126–141.

dejscie religijne; 3. terapeuta religijny – podejście niereligijne; 4. terapeuta niereligijny – podejście niereligijne. Tylko w ostatnim przypadku, niezawierającym w żadnym wypadku czynnika religijnego, interwencja została określona jako nieskuteczna i nieprzynosząca trwałych zmian, a najlepsze efekty uzyskano w drugiej diadzie, gdzie niereligijny terapeuta oddziaływał w religijny sposób⁴.

Nowsze badania prowadzone przez Thomasa Johnsona i współpracowników nad interwencjami o charakterze terapeutycznym wobec osób uzależnionych od alkoholu pokazują, że efektywność podejmowanych działań wzrasta, kiedy uwzględni się duchowość. Wielu autorów uważa, że w ogóle nie można podjąć wsparcia wobec uzależnionych bez uwzględnienia ich duchowości. Wziąwszy dodatkowo pod uwagę uznany przez badaczy za znaczący wpływ dysfunkcji w sferze duchowej na powstawanie uzależnienia, zasadne staje się uwzględnienie tego wymiaru w działaniach pomocowych, terapeutycznych i prewencyjnych⁵. Badania prowadzone w Polsce w 2021 roku nad interwencją psychologiczną wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi ukazały potrzebę większego wyczulenia na czynniki duchowe i uwzględnienie ich, a nie sprowadzenie tego zjawiska jedynie do zaburzenia możliwego do opisanego kategoriami klinicznymi⁶.

Głównym celem interwencji kryzysowej w rodzinie dotkniętej problemem alkoholowym jest przywrócenie jej stanu równowagi i zapobieżenie patologii. W kontekście profesji interwenta kryzysowego interwencja stanowi zespół interdyscyplinarnych działań wspierających i profilaktycznych. Nie ogranicza się ona do rutynowych technik pomocowych, bowiem każda osoba i konkretna rodzina znajdująca się w kryzysie inaczej reaguje, choćby w zależ-

⁴ Por. L.R. Propsti in., *Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive-Behavior Therapy for the Treatment of Clinical Depression in Religious Individuals*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, Vol. 60, 1992, nr 1, s. 94–103.

⁵ Por. T.J. Johnson, V.L. Sheets, J. Kristeller, *Identifying Mediators of the Relationship Between Religiousness/Spirituality and Alcohol Use*, „Journal of Studies on Alcohol & Drugs”, Vol. 69, 2008, nr 1, s. 160–170.

⁶ Por. I. Pietkiewicz, U. Kłosińska, R. Tomalski, O. van der Hart, *Beyond Dissociative Disorders: A Qualitative Study of Polish Catholic Women Reporting Demonic Possession*, „European Journal of Trauma & Dissociation”, Vol. 5, 2021, nr 4, s. 100–204, [on-line:] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468749921000065> – 23.10.2022.

ności od jego fazy, czynników go wywołujących, więzi łączących członków rodziny czy zdolności regeneracyjnej. Interwencja kryzysowa koncentruje się między innymi na pomocy w interpretacji i zrozumieniu przemijających reakcji afektywnych, behawioralnych i poznawczych wywołanych kryzysem, więc nie bez znaczenia dla efektywności jej oddziaływań jest wspomniany wymiar duchowy.

Wpływ zasobów duchowych na odbudowę dobrostanu

Wielu współczesnych badaczy wskazuje na silny predyktor zdrowia, jakim jest poczucie koherencji (ang. *sense of coherence*). Zgodnie z *Modelem salutogenezy* Antonovsky'ego stanowi ono kluczową determinantę zdrowia. Idea Antonovsky'ego została potwierdzona przez większość uznanych badań. Zdaniem tego autora większe poczucie koherencji zmniejsza podatność na stres. Dzieje się tak dlatego, że wiara w siebie i wykorzystanie wartości duchowych jest czynnikiem determinującym łagodniejsze postrzeganie bodźców odbieranych z otoczenia jako stresory⁷.

W obrębie koherencji wyróżnia się trzy komponenty. Pierwszym i najważniejszym jest poczucie sensowności, w które wpisuje się przekonanie o wartości podejmowanych działań i wyzwań, co pełni funkcję motywacyjno-emocjonalną. Silne poczucie sensowności wpływa na wysoki poziom pozostałych komponentów koherencji, do których należą poczucie zrozumiałości (komponent poznawczy – polega na zdolności rozumienia i przewidywania napływających bodźców) i poczucie zaradności – sterowalności (komponent poznawczo-instrumentalny będący silnym przekonaniem, że posiadane umiejętności pozwolą sprostać pojawiającym się wyzwaniom)⁸.

Oddziaływanie wartości duchowych dla budowania koherencji jest bardzo istotne, gdyż one najpełniej odpowiadają na zasadnicze pytania dotyczące

⁷ Por. M. Eriksson, B. Lindström, *Antonovsky's Sense of Coherence Scale and its Relation with Quality of Life: A Systematic Review*, „Journal Epidemiol Community Health”, Vol. 61, 2007, nr 11, s. 938–944.

⁸ Por. I. Heszen, E. Gruszczyńska, *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny”, Vol. 47, 2004, nr 1, s. 15–31; I. Heszen-Celińska, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2020, s. 69–74.

sensu ludzkiego istnienia⁹. Ukazują ontologiczne podstawy ludzkiego gatunku, które nie są możliwe do opisanego z perspektywy rozwoju filogenetycznego, pełniąc w ten sposób funkcję sensotwórczą dla całej cywilizacji¹⁰. Istotnym wkładem w refleksję o człowieku jest antropologia uwzględniająca jego duchowy wymiar i ukazująca go jako istotę rozumną, a nie za ledwie jeden z kolejnych gatunków zwierząt. Wyłania się więc perspektywa szczególnej wartości i godności osoby ludzkiej, którą można opisywać mianem „świętości”, będącej istotnym przymiotem człowieka. Nie należy jednak rozumieć go jako narcystycznego zapatrzenia w siebie, a raczej jako zdolność do transcendencji, zachwytu nad światem i własnym życiem oraz odnajdowania głębszego sensu istnienia niż jedynie fizjologiczna dbałość o ochronę gatunku¹¹.

Drugim najważniejszym czynnikiem pozwalającym na zachowanie zdrowia jest rezyliencja (ang. *resilience*). W polskiej literaturze naukowej to pojęcie jest określane jako *prężność psychiczna*, która może być rozumiana jako odporność na trudne doświadczenia lub umiejętność sprawnego ich przeżywania. Pierwsze podejście ma charakter zbliżony do postawy biernego oporu i wytworzenia swoistej obojętności względem doświadczanych problemów, a drugie sugeruje zdolność pomysłnego rozwiązywania napotykanego trudności¹². Wartości duchowe wspierają rozwój rezyliencji głównie poprzez motywowanie do podejmowania wysiłku dla osiągnięcia celu nadprzyrodzonego, który jest nadrzędny w stosunku do ziemskich. W ten sposób możliwe jest osiągnięcie motywacji wewnętrznej, skuteczniejszej w perspektywie długotrwałego rozwoju niż motywowanie z zewnątrz¹³. Duchowość umożliwia też osobisty i wspólnotowy kontakt z Bogiem lub inaczej rozumianym *sacrum* (siłą wyższą,

⁹ Por. Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*, 4.

¹⁰ Por. Q. Meillassoux, *Po skończoności*, Warszawa 2015, s. 11-48; Sobór Watykański I, Konstytucja dogmatyczna *Dei Filius*, 22.

¹¹ Por. I. Ziemiński, *Wolność Adama, czyli o stawianiu się człowiekiem*, [w:] *Antropologia filozoficzna. Inspiracje biblijne*, red. M. Grabowski, A. Słowikowski, Toruń 2009, s. 47-69.

¹² Por. A. Borucka, K. Ostaszewski, *Koncepcja resilience: kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 2012, nr 12, s. 587-597.

¹³ Por. S. Dein, C. Cook, H. Koenig, *Religion, Spirituality, and Mental Health: Current Controversies and Future Directions*, „Journal of Nervous & Mental Disease”, Vol. 200, 2012, s. 852-855.

absolutem), co odbudowuje poczucie własnej godności i nadziei na pokonanie negatywnych skutków trudnych doświadczeń, w tym przypadku uzależnienia alkoholowego. Benedykt XVI w encyklice *Spe salvi* podkreśla istotę tej nadziei, która przybiera charakter osobisty oraz wspólnotowy, co dodatkowo wspiera osoby dotknięte cierpieniem¹⁴. Wreszcie dzięki duchowości można próbować zrozumieć okoliczności, przyczyny i znaczenie trudnych przeżyć egzystencjalnych, takich jak choćby cierpienie, którego nie można uzasadnić racjonalnie ani empirycznie¹⁵.

Trzecim spośród najskuteczniejszych elementów o charakterze prewencyjnym i uaktywniającym proces pomocowy są zasoby społeczne. Stanowią one najbardziej rozbudowaną grupę czynników wspierających odbudowę dobrostanu i składają się na nie różnorakie relacje z poszczególnymi osobami, społecznościami oraz instytucjami działającymi na rzecz pomocy w danej dziedzinie. Zasoby społeczne dostarczają całej gamy różnorodnych rodzajów pomocy, które mieszczą się w obszarze wsparcia emocjonalnego, poznawczego, instrumentalnego, rzeczowego i duchowego. W ten sposób budują tzw. sieć społeczną, która zapewnia szereg różnorodnych bodźców środowiskowych mogących wzmacniać koherencję i rezyliencję oraz samodzielnie oddziaływać na zdrowie psychiczne danego człowieka, co ostatecznie prowadzi do zbudowania poczucia sprawczości i skuteczności¹⁶.

Wartości duchowe, wyrażane poprzez religię spełniającą również funkcję integracyjną, mogą przyczynić się do wzmocnienia zasobów społecznych. Podobnie jak w przypadku osiągnięcia cnoty nadziei dzieje się to w dwóch wymiarach: indywidualnym i wspólnotowym. W przypadku pierwszego przyjęcie konkretnego światopoglądu wynikającego z danego systemu religijnego rozwijającego sferę duchową ułatwia scalenie tożsamości rozproszonej w stan tożsamości osiągniętej poprzez odpowiedzi na pytania: *Kim jestem?* i *Dokąd zmierzam?*¹⁷. Umożliwia też redukcję poczucia osamotnienia poprzez odkrycie możliwości nawiązywania osobistej relacji z Bogiem, otwiera na osobiste i indywidualne towarzyszenie duchowe oraz obecność duszpasterza (bezpo-

¹⁴ Por. Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, 13–15.

¹⁵ Por. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, 11.

¹⁶ Por. I. Heszen-Celińska, H. Sęk, *Psychologia...*, s. 160–165.

¹⁷ Por. A. Pilarska, *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny*, Poznań 2012, s. 61–78.

średnią lub zapośredniczoną) polegającą na jego gotowości do pomocy i świadomości tego stanu ze strony biorcy, który może zwrócić się o takie wsparcie¹⁸.

W dojrzałe przeżywanie duchowości wpisuje się również świadoma realizacja kodeksu moralnego, który reguluje postawę wobec świata zewnętrznego, szczególnie jej komponent behawioralny¹⁹. Oprócz tego instytucje religijne udostępniają możliwość uczestniczenia we wspólnocie – zarówno globalnej, jak i bardzo konkretnej związanej z grupą duszpasterską lub samopomocową. Doświadczenia ruchów samopomocowych dla samych uzależnionych lub ich rodzin pokazują skuteczność takiego podejścia. Zdecydowana większość osób w różnym stopniu identyfikuje się z jakąś religią i może ona tworzyć naturalną przestrzeń wsparcia dla poszukujących pomocy, która w tym wypadku oddziałuje przede wszystkim na zasoby poznawcze i emocjonalno-uczuciowe²⁰.

Wszystkie trzy grupy zasobów, będące najsilniejszymi predyktorami zdrowia (koherencja, rezyliencja, zasoby społeczne), mogą być istotnie i skutecznie wzmacniane przez wartości duchowe, a w przypadku koherencji wydaje się niemożliwe realizowanie jej bez uwzględnienia duchowości.

Rodzina alkoholowa jako kategoria rodziny w kryzysie

Rodzina alkoholowa może spełniać kryteria rodziny w kryzysie, dysfunkcyjnej i z patologiami (patologicznej). Strona oferująca wsparcie interwencyjne członkom rodziny dotkniętej problemem alkoholowym powinna uwzględniać kondycję systemu rodzinnego, osłabioną na skutek choroby alkoholowej. Uzależnienie od alkoholu jest chorobą; według Woronowicza spełnia ono trzy podstawowe kryteria choroby: „narusza stan równowagi między zdrowiem i patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią, a wśród przyczyn zmian patologicznych obecny jest czynnik fizyczny. Alkohol oddziałuje na ośrodko-

¹⁸ Por. J. Klimek, *Duszpasterstwo w kobierzyńskiej kapelanii na przestrzeni wieku*, Kraków 2019, s. 334–339.

¹⁹ Por. K. Kowalczyk-Purol, *Religia w perspektywie ewolucjonistycznej, ze szczególnym uwzględnieniem jej funkcji socjalizacyjnej*, „Semina Scientiarum”, Vol. 13, 2014, s. 36–55.

²⁰ Por. G. Wąchol, *Pastoral Communities Based On a Model of Self-Help Groups As a Response of the Church to the Contemporary Social Changes*, „The Person and the Challenges”, Vol. 11, 2020, nr 2, s. 107–122.

wy układ nerwowy (głównie na mózg), a ten z kolei reaguje na wszelkie zmiany w składzie chemicznym krwi (aspekt patofizjologiczny); jest anatomicznym podłożem życia psychicznego (aspekt psychologiczny) oraz umożliwia kontakt z innymi ludźmi, podlega wpływom społecznym (aspekt socjologiczny)”²¹. Osoba pijąca w sposób niebezpieczny, nadużywająca alkoholu lub uzależniona, z biegiem czasu wycofuje się z pełnienia ról życiowych, przestaje świadczyć na rzecz rodziny, a czasem nawet interesować się swoimi bliskimi.

W konsekwencji życia z alkoholem dochodzi do tzw. syndromu współuzależnienia w rodzinie. Jeśli chodzi o profile psychologiczne osób z tzw. syndromem współuzależnienia, jako wspólne odnotowuje się: FAS²² / FASD²³ i tzw. dda²⁴. Zauważa się również podejmowanie przez dzieci określonych ról w rodzinie alkoholowej: bohatera rodziny, kozła ofiarnego, wspomagacza, niewidocznego dziecka itd. Role te są nieprawidłowe, podejmowane w sposób nieuświadomiony, w mniemaniu dziecka mają służyć ratowaniu stabilności rodziny za wszelką cenę.

Konsekwencją obecności w rodzinie osoby uzależnionej od alkoholu jest niedomoga rodziny, polegająca na niemożności spełniania w sposób należyty swoich funkcji: „Jeden czynnik, którym jest alkoholizm, determinuje występowanie co najmniej kilku przyczyn powodujących dysfunkcyjność równocześnie; potęguje ich działanie, pogłębia skutki, bywa przyczyną różnych patologii. Uzależnienia wszelkiego rodzaju destabilizują życie rodzinne, co bezpo-

²¹ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009, s. 153.

²² FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*) definiuje się jako jednostkę chorobową nieuleczalną, o długotrwałych skutkach, powodujących upośledzenie funkcjonowania układu nerwowego do końca życia, w efekcie narażenia płodu na działanie alkoholu.

²³ FASD (*Fetal Alcohol Syndrome Disorders*) – termin nieużywany jako jednostka chorobowa, lecz na określenie szerokiego zasięgu skutków, które mogą wystąpić u dzieci matek spożywających alkohol podczas ciąży. U osób z FASD uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego jest widoczne w zaburzeniach intelektualnych, społecznych oraz fizycznych.

²⁴ U dzieci z rodzin alkoholowych może rozwinąć się w dorosłym życiu tzw. syndrom dda (dorosłe dziecko alkoholika; pisownia konsekwentna, zgodnie z naukowym ustaleniem), objawiający się między innymi silną potrzebą kontrolowania siebie i innych, trudnościami w budowaniu satysfakcjonujących związków z innymi ludźmi, lęku przed odrzuceniem, braku akceptacji siebie, niezdolności do odczuwania swoich potrzeb, poczuciu niższej wartości, lęku przed zmianą.

średnio powoduje dysfunkcyjność w sferze pełnionych ról, zadań i funkcji²⁵. Zastane w rodzinie incydenty alkoholowe, współistniejące niejednokrotnie z problemami natury duchowej i psychicznej: utratą wiary w siebie, osłabieniem poczucia sensu i zrozumiałości trudnej sytuacji, osłabieniem więzi rodzinnych, poczucia sprawczości i mocy, wymagają wprowadzenia do rodziny działań wspierających ze strony wyspecjalizowanego interwenta kryzysowego wspólnie z pracownikami reprezentującymi profesje i zawody pomocowe.

Woronowicz utrzymuje, że mechanizmy powstawania uzależnienia nie zostały dotąd wystarczająco dobrze poznane, ale znaczący wpływ na powstawanie uzależnienia mają czynniki społeczne, psychologiczne i duchowe²⁶. Choć badacz podkreśla, że początki uzależnienia są trudne do uchwycenia, wśród osób uzależnionych widoczne są pewne oczekiwania wobec przyjmowanej substancji: „za pomocą alkoholu podejmowane są (...) próby opanowania lęku egzystencjalnego, zaspokojenia odczuwania przyjaźni i ufności, potrzeby odczuwania znaczenia, celu, sensu i wartości życia. Niektórym osobom alkohol wydaje się pomocny dla zapełnienia pustki życiowej, jednak faktycznie jest on jedynie środkiem stopniowo wypierającym różne wartości w życiu, jakimi są na przykład urzeczywistnianie i rozwój talentów. To z kolei jeszcze powiększa istniejącą pustkę²⁷. Istnieje wiele opracowań na temat powstawania alkoholizmu, w których badacze są zgodni co do powstawania choroby alkoholowej z powodu nie tyle przyczyn, co szeregu czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, duchowych i społecznych. Nie bez znaczenia dla zachorowania i na drodze ku zdrowieniu jest też indywidualna historia życia każdego alkoholika oraz obrany przez niego i stosowany w życiu system wartości.

Wobec powyższego interwent kryzysowy powinien dysponować rzetelną wiedzą teoretyczną na temat choroby alkoholowej, wiedzieć, czym jest uzależnienie, jakie są powody i skutki sięgania po alkohol w sposób nienormalny. Opis alkoholizmu w kategorii choroby zobowiązuje do udzielania adekwatne-

²⁵ Por. G. Brach, *Skuteczność profilaktyki i prewencji administracji samorządowej i organizacji pozarządowych w rozwiązywaniu problemów alkoholowych w rodzinie*, Kraków 2019, s. 49.

²⁶ Por. B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, s. 62–63.

²⁷ Tamże, s. 76.

go fachowego wsparcia w przypadku zgłoszenia incydentu alkoholowego. Istotnymi czynnikami zwiększającymi efektywność oddziaływania przez interwenta są: empatia, zrozumienie, akceptacja i mobilizacja w kierunku aktywnych zachowań. Z pewnością profesjonalizm i lepsza znajomość środowiska, indywidualizacja przypadków pomagają interwentowi ulepszyć działania pomocowe, wspierające i prewencyjne.

Termin „interwent” w szerokim rozumieniu oznacza osobę świadczącą wsparcie profesjonalne lub nieprofesjonalne natychmiastowo, w zależności od współistniejących potrzeb natury psychologicznej, prawnej czy socjalnej. Wsparcie interwenta kryzysowego polega, jak wspomniano we wstępie, na niesieniu interdyscyplinarnej, adekwatnej pomocy w zakresie odbudowy dobrostanu osoby. W przypadku interwencji kryzysowej wobec rodziny dotkniętej problemem alkoholowym działania ukierunkowane są na zakończenie kryzysu i powrót do równowagi systemu rodzinnego. Uzależnienie alkoholika wpływa destrukcyjnie na jego funkcjonowanie zdrowotne, z drugiej strony trzeba zwrócić szczególną uwagę na to, że ma ono niebagatelny wpływ na aktywność pozostałych członków rodziny. Uzależnienia i tzw. współuzależnienie w rodzinach mogą występować niezależnie od wieku, płci czy podejmowanych ról, toteż bazowymi dla działań interwencyjnych kierowanych do rodziny alkoholowej są zadania:

- rozpoznanie zagrożeń dotyczących podstawowych potrzeb i zapewnienie bezpieczeństwa członkom rodziny, wedle zasad natychmiastowości²⁸ i diagnozy;
- zatrzymanie sytuacji powodującej kryzys;
- pomoc rodzinie w akceptacji nieuniknionych, dokonujących się zmian²⁹;

²⁸ Interwent kryzysowy powinien możliwie szybko i trafnie ocenić sytuację, w jakiej znajduje się osoba/osoby w kryzysie. Zasada natychmiastowości jest typowa dla interwencji kryzysowej; odróżnia ją od innych rodzajów pomocy psychicznej.

²⁹ Zmian trudnych do przyjęcia przez rodzinę, chociaż normatywnych i przewidywalnych, związanych z fazami cyklu życia rodziny, jak np. narodziny dziecka, „puste gniazdo”, faza starzejących się rodziców itp. (co wg Evelyn Duvall dotyczy koncepcji określającej ośmioletni cykl życia rodziny, z której każda zawiera różne potrzeby rozwojowe).

- identyfikacja zasobów własnych rodziny, łączenie rodziny w koalicje służące rozwiązaniu problemu, wedle zasad samodzielności i wzmocnienia³⁰;
- wskazanie specjalistycznej pomocy oraz włączenie jej w sieć wsparcia społecznego, wedle zasady wsparcia.

W praktyce interwencji kryzysowej funkcjonują pewne standardowe procedury działań na rzecz wsparcia całych rodzin, które są wykorzystywane w każdym rodzaju kryzysu³¹, nie mniej istotne jest, by pomoc udzielana w formie indywidualnej była dostosowana do potrzeb i okoliczności, w jakich osoba się znalazła³².

Model 7 kroków Roberta, który stworzył procedurę postępowania z osobą znajdującą się w kryzysie³³, „pozwala osobie interweniującej zniwelować poczu-

³⁰ Interwent kryzysowy powinien rozbudzić u członków rodziny dotkniętej kryzysem poczucie samowystarczalności w radzeniu sobie z trudną sytuacją (inaczej); nie tworzyć nadmiernej zależności od pomagającego.

³¹ Postępowanie znajdujące zastosowanie w każdym rodzaju kryzysu zaprezentował między innymi Albert R. Roberts, twórca usystematyzowanego podejścia do oceny i leczenia kryzysu oraz traumy. Opracował on algorytm świadczenia pomocy przez interwenty kryzysowych (tzw. model 7 kroków).

³² Forma bezpośredniego, indywidualnego kontaktu z osobą w kryzysie jest preferowana przez większość wspomaganych i chętnie wybierana przez pomagających, prawdopodobnie z tego powodu, że zapewnia najwięcej subiektywnego bezpieczeństwa, co jest ważne szczególnie dla osób znajdujących się w sytuacji nierównowagi emocjonalnej. „Indywidualne spotkanie klienta z profesjonalistą, oprócz licznych korzyści, niesie też ze sobą ryzyko nadużyć i trudnych do wykrycia błędów. Instrumentami, które służą do eliminowania ewentualnych nieprawidłowości w stosowaniu tej formy, są: praca zespołowa, poddanie się superwizji i inne”. J. Grodecka i in., *Standard interwencji kryzysowej*, Standardy Pomocy, Projekt 1.18: „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, 2014, s. 24.

³³ Mowa o tzw. procedurze ACD, gdzie: A (ang. *assessment* – oszacowanie) odnosi się do oceny potrzeb, bezpieczeństwa oraz szkód wyrządzonych przez sytuację kryzysową. W przypadku gdy poszkodowanych jest więcej osób, w pierwszej kolejności pomoc powinny uzyskać osoby najbardziej tego potrzebujące, tzw. zasada triage (fr. *triage* – sortowanie), zwłaszcza gdy występująca sytuacja wiąże się z zagrożeniem życia; C (ang. *crisis intervention* – interwencja kryzysowa) właściwy moment świadczenia pomocy w postaci interwencji kryzysowej, polegającej na okazaniu wsparcia osobie poszkodowanej, a także pomocy w znalezieniu i zastosowaniu rozwiązań problemu. Jak wspomniano w treści artykułu, szczegółowy przebieg tego etapu określa Model 7 kroków; T (ang.

cie bezradności, które może wystąpić w trakcie świadczenia pomocy osobie uwiłkanej w kryzys, a także kontrolować przebieg interwencji, dzięki stosowaniu się do poszczególnych jej etapów. W ten sposób uwaga interwenta może zostać skupiona na poszkodowanym, a nie na tworzeniu dalszej strategii działania:

1. ocena zagrożenia życia członków interwencji (łącznie z interwentem kryzysowym);
2. budowa poczucia zaufania i porozumienia (zapewnienie klienta, że uzyska pomoc);
3. identyfikacja głównych problemów (podczas rozmowy z członkami interwencji);
4. wyrażenie uczuć i emocji, a także dostarczenie wsparcia osobie poszkodowanej;
5. przedstawienie możliwych alternatyw;
6. ustalenie planu działania (dopasowanego do potrzeb osoby w kryzysie);
7. dalsze działania długofalowe³⁴.

Jak wspomniano wyżej, rodzina w kryzysie nie potrafi spełniać swoich funkcji i zadań, jest rodziną dysfunkcyjną, rodziną ryzyka, wykazuje cechy niepożądane społecznie. Do zadań interwenta kryzysowego należy zakończenie kryzysu jednostki w systemie rodzinnym. By móc takie zadanie realizować, interwent powinien umieć wzbudzić u pacjenta zaufanie w zakresie rzecznictwa. Ustawowo priorytetem dla interwenta kryzysowego jest przywrócenie poszkodowanemu równowagi psychicznej i umiejętności samodzielne radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu jego reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej³⁵.

trauma treatment – leczenie urazów) oznacza zapobieganie i leczenie następstw traumy, objawiającej się występowaniem zespołu stresu pourazowego, tzw. *PTSD* (z ang. *post-traumatic stress disorder*). Etap ten odnosi się do terapii, która – jeśli istnieje taka konieczność – ma miejsce po zakończeniu interwencji kryzysowej, przywracającej osobie poszkodowanej jedynie zdolność samodzielnego funkcjonowania, natomiast nierozwiązującej problemu samego stresora, który kryzys wywołał, Poradnia Kryzysowa, *Podstawy Interwencji kryzysowej*, [on-line:] <https://poradnikryzysowa.pl/interwencja-kryzysowa/>, – 11.02.2022.

³⁴ Tamże.

³⁵ Por. Art. 47. Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz.U. z 2020 r., poz. 1876, ze zm.

Kubacka-Jasiecka twierdzi, że określenie interwencji kryzysowej jako krótkofalowej pomocy, często podejmowanej w trybie ratunkowym i mającej na celu szybkie rozwiązanie kryzysu oraz przywrócenie wspomaganemu możliwości i umiejętności samodzielnego funkcjonowania, zdaje się zawierać sprzeczności³⁶. Interwencja kryzysowa jest uwikłana nie tylko w problematykę społeczną, lecz mocno w problemy psychologii; osoby znajdujące się w sytuacji kryzysu poszukują wsparcia ogólnie uodporniającego, niekiedy natychmiastowej, lecz elastycznej, pogłębionej formy pomocy w odkryciu sensu wydarzeń, stąd działalność interwencyjna w kryzysie wymaga nieraz ze strony interwenta twórczych posunięć i indywidualnych rozstrzygnięć³⁷. Alkoholizm w rodzinie jest jedną z najpoważniejszych form przemocy. Rodzina alkoholowa pozostawiona bez fachowej pomocy ma niewielkie możliwości zmiany. Instytucje o charakterze wspierającym i pomocowym rodzinie powinny łączyć wspólne wysiłki w jednym celu – poprawy jakości wraz z podnoszeniem efektywności oferowanych usług.

Praktyczne propozycje wsparcia duchowego w procesie interwencji

W koncepcjach salutogennych duchowość jest najslabiej opisanym czynnikiem, przynajmniej na gruncie europejskim, co może wiązać się z paradygmatem badań empirycznych obecnym w naukach społecznych i lękiem przed otwarciem się na bardziej subiektywne wymiary człowieka, w które wpisuje się duchowość. Samo używanie tego pojęcia nierzadko budzi kontrowersje wśród badaczy ludzkiej psychiki³⁸, jednak liczne analizy amerykańskie już od kilku dekad ukazują, że nie można pominąć tego elementu w refleksji antropologicznej i że stanowi on znaczny predykat zdrowia w przypadku wie-

³⁶ Por. D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa...*, s. 581.

³⁷ Interwent w swoim oddziaływaniu może napotykać na dylematy i problemy polegające na przyjęciu nietypowej roli lub poszerzania/zawężania granic interwencji i zaangażowania. Dylemat, przed którym staje interwent, to konieczność rozstrzygnięcia, jakie działania, w jaki sposób realizowane pozwolą zażegnać kryzys, bez ryzyka wzmocnienia bezradności, lecz w celu podniesienia jakości życia osoby wspomagananej.

³⁸ Por. M. Jarosz, *Pojęcie duchowości w psychologii*, „Studia z Psychologii”, Vol. 16, 2010, s. 9–22.

lu niepożądanych stanów, takich jak uzależnienia, lęk, poczucie sprawczości, motywacja do podejmowania terapii, narażenie na wysoki poziom stresu³⁹.

Duchowość często może być przeżywana subiektywnie, jest mocno uzależniona od wyznawanej religii oraz od zaangażowania w nie samej jednostki. Możliwe jest jednak przyjęcie pewnych ogólnych ram podstawowych wartości wpisujących się w duchowość i użytecznych w procesie interwencji. W dużej mierze są one spójne z chrześcijańską wizją duchowości, nie tylko ze względu na kulturowy obszar prowadzonych nad duchowością badań naznaczonych tą religią, ale również ze względu na jej właściwości dające najbardziej personalistyczną wizję człowieka jako istoty cielesno-duchowej⁴⁰. Mogą one być użyteczne w trakcie interwencji na gruncie polskiego społeczeństwa, którego duchowość w znacznej mierze jest zbudowana na fundamencie chrześcijańskim, zwłaszcza tradycji katolickiej (w mniejszym stopniu wpływ na rozumienie duchowości odegrały również wyznania prawosławne – zwłaszcza na wschodzie naszego kraju, i protestanckie – szczególnie na obszarze bielsko-cieszyńskim, oraz religia żydowska)⁴¹.

Podstawową zasadą życia wynikającą z omawianego nurtu duchowości jest miłość, wyrażająca się w relacjach prywatnych i społecznych, z którą wiąże się motywacja do poświęcenia dla innych. Miłość jako dar z siebie motywuje do dostrzeżenia szerszej perspektywy niż jedynie subiektywny ogląd nasycony egoizmem, co jest jedną z charakterystycznych cech uzależnienia alkoholowego. W tym kontekście jedną z aktywności jest umożliwienie i poprowadzenie refleksji na temat pragnienia osiągnięcia osobistej świętości, co wymaga oceny moralnej dotychczasowych postaw wszystkich członków rodziny oraz zaplanowania adekwatnych i świadomych zmian w tej przestrzeni. Dojrzała duchowość zakłada istnienie obiektywnej prawdy, dlatego swoisty rachunek sumie-

³⁹ Por. J.D. Gartner, *Religious Commitment, Mental Health, and Prosocial Behavior: A Review of the Empirical Literature*, [w:] *Religion and the Clinical Practice of Psychology*, red. E.P. Shafranske, Waszyngton 1996, s. 187–214; J.J. Exline, A.M. Yali, W.C. Sanderson, *Guilt, Discord, and Alienation: The Role of Religious Strain in Depression and Suicidality*, „Journal of Clinical Psychology”, Vol. 56, 2000, s. 1481–1496.

⁴⁰ Por. K. Parzych-Blakiewicz, *Personalistyczne podstawy humanizmu chrześcijańskiego. Zarys problematyki*, „Teologia w Polsce”, Vol. 5, 2011, nr 2, s. 299–309.

⁴¹ Por. S. Urbański, *Polska duchowość i mistyka przeżyciowo-studyjna*, „Veritati et Caritati”, Vol. 10, 2018, s. 509–527.

nia pozwala na obiektywne dostrzeżenie zagrożeń i problemów, ale również mocnych stron samego zainteresowanego, jak i poszczególnych członków rodziny. Tego typu działanie jest istotne w kontekście powstającego przy uzależnieniu mechanizmu kłamstw i zaprzeczeń, a nawiązanie do Boga może stanowić element zachęcający do obiektywnego spojrzenia na siebie i otoczenie⁴². Miłość jest zasadą praktyczną, która wymaga wysiłku najpierw od miłującego, co stanowi wezwanie do radykalnych zmian swojego postępowania, a konkretne wyznaczniki oceniające ludzką postawę prezentuje w kodeksie moralnym. W jego treści mieści się troska o zdrowie i życie, szacunek do najbliższych oraz predyspozycja do świadomego działania, które wymaga trzeźwości. Wezwanie do trzeźwości w duchowości chrześcijańskiej od samego jej początku wiązało się z czujnością, otwartością i świadomą analizą tego, co dzieje się w świecie. Chociaż pierwotne znaczenie tego terminu dotyczy wolności od substancji psychoaktywnych, to z czasem nabrało głębszego znaczenia i swoim zasięgiem obejmowało inne wymiary codziennej egzystencji, do tego stopnia, że bycie trzeźwym można utożsamiać z cnotą mądrości⁴³.

Duchowość katolicka przedstawia Boga jako miłosiernego względem Jego wyznawców, co może być wzorcem budowania wzajemnego poczucia zaufania, a w dalszej kolejności bezwarunkowego wybaczenia sobie nawzajem. Budowa ufności w relacji Bóg-człowiek stanowi także gwarant możliwości swobodnego wyrażania własnych opinii, uczuć i emocji – niezbędny w procesie interwencji. Oprócz tego taka perspektywa pozwala na zapewnienie beneficjentów interwencji, że ich trudna sytuacja nie oznacza konsekwencji za błędy z przeszłości – ich własne czy nawet przodków. Przekonanie o tym, że Bóg odpłaca w życiu doczesnym za popełnione grzechy, jest silnie wpisane w myślenie osób religijnych i tych, które odeszły od wiary, ale zadając sobie pytania graniczne, powracają oni do fundamentów własnej tożsamości, a w nich często mieszczą się wartości duchowe. Interwent może jednak zapewnić, posiadając podstawowe wiadomości z zakresu duchowości, że tego typu myślenie jest bardziej charakterystyczne dla wschodnich nurtów, zakładających istnienie

⁴² Por. J.A. Sobkowiak, *Duchowość bez Boga a życie „jakby Bóg był”*, „Teologia i Moralność”, Vol. 13, 2013, nr 1, s. 103–115.

⁴³ Por. G. Wąchoł, *Wsparcie duszpasterskie osób uzależnionych od alkoholu w procesie leczenia*, Kraków 2019, s. 153–176.

karmy, czyli konsekwencji wynikających z błędów lub zasług poprzedniego wcielenia⁴⁴. Istotą Boga w rozumieniu chrześcijańskim jest Jego obecność z człowiekiem, realizowana niezależnie od warunków, w jakich się znajduje, przez co realizuje się w praktyczny sposób kategoria przymierza. Taka koncepcja Boga pozwala też na przezwyciężenie stanu samotności. Jest to cecha towarzysząca uzależnionym i współuzależnionym, w dodatku jeśli jest on wydłużony w czasie, to może mieć bardzo destruktywne skutki, z objawami depresyjnymi czy nawet próbami samobójczymi włącznie. Rozwój duchowy wskazuje na możliwość obcowania z miłosiernym Bogiem w każdej sytuacji, także popełnianego grzechu i wyboru złej drogi⁴⁵.

Podstawową aktywnością duchową w chrześcijaństwie jest modlitwa. Oprócz swojego podstawowego celu, jakim jest doświadczenie osobowego Boga, pomaga ona również w zatrzymaniu się nad codziennymi problemami, poczynieniu refleksji nad sensem życia i celami, jakie stawia sobie dana osoba wraz z najbliższym otoczeniem. Odnotowuje się też pozytywne skutki dla zdrowia medytacji, dlatego ukazanie jej jako ważnego elementu wśród wartości duchowych i zachęta do podjęcia głębokiej, osobistej modlitwy może przyczynić się nie tylko do pogłębienia relacji z Bogiem, ale też poprawy zdrowia we wszystkich jego wymiarach. Warto nadmienić, że praktyka medytacji ma bogatą i długą tradycję w chrześcijaństwie i nie powinna być kojarzona wyłącznie z religiami Dalekiego Wschodu⁴⁶.

Kolejną zachętą możliwą do wykorzystania w ramach interwencji kryzysowej może być przytoczenie adekwatnych tekstów biblijnych ukazujących wzór postępowania w Jezusie Chrystusie oraz innych postaciach Starego i Nowego Testamentu. Może to stanowić swoisty dowód na przekazywane wartości duchowe, takie jak na przykład miłosierdzie Boga, bezwarunkowe wybaczenie grzechów czy konieczność troski o innych. Dla osób wierzących może to być solidnym argumentem przekonującym do przyjęcia pewnych podstawowych prawd o Bogu i człowieku, a dla oddalonych od wiary będzie to oka-

⁴⁴ Por. A. Orońska, *Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata*, „Palliative Medicine in Practice”, Vol. 3, 2009, nr 2, s. 82–85.

⁴⁵ Por. H. Wejmann, *Miłosierdzie Boga a duch skruchy i przebaczenia w życiu człowieka*, „Colloquia Theologica Ottoniana”, Vol. 2, 2016, s. 185–200; J. Mastej, *Osobowy charakter objawionego przedmiotu wiary chrześcijańskiej*, „Resovia Sacra”, Vol. 7, 2000, s. 45–71.

⁴⁶ Por. S. Radoń, *Czy medytacja naprawdę działa?*, Kraków 2017, s. 19–47.

zja do poczynienia refleksji o uniwersalnych zasadach humanistycznych zawartych w duchowości chrześcijańskiej. Zachęta do regularnej lektury Pisma Świętego i medytacji nad nim łączy w sobie modlitwę z postawą refleksyjną, a oprócz tego staje się praktyką mogącą wesprzeć stały porządek regularnych czynności, co jest pomocne w budowaniu silnej woli.

Dodatkowymi zasobami, bardzo pragmatycznymi, jakimi powinien dysponować interwent w kontekście wsparcia duchowego, jest znajomość źródeł pisanych możliwych do polecenia poszczególnym osobom w rodzinie, a także wspólnot religijnych, gdzie można skierować osoby dla wzmocnienia ich dalszego rozwoju duchowego, oraz duszpasterzy specjalizujących się w towarzyszeniu i kierownictwie duchowym, zwłaszcza osób dotkniętych kryzysem.

Podsumowanie

Artykuł ukazuje zasadność wykorzystania wartości duchowych w procesie interwencji wobec rodziny alkoholowej. Wykazany został wpływ duchowości na konkretne zasoby (koherencję, rezyliencję i zasoby społeczne), będące najsilniejszymi predyktorami dobrostanu człowieka. Następnie ukazano najważniejsze założenia interwencji kryzysowej wobec rodziny alkoholowej i podjęto próbę wskazania kilku praktycznych aktywności uwypuklających wartości duchowe podczas interwencji kryzysowej. Lista wskazanych propozycji nie jest wyczerpana i zawiera jedynie najbardziej podstawowe elementy. Autorzy skupili się przede wszystkim na duchowości chrześcijańskiej, a jeszcze bardziej uściślając – katolickiej, z dwóch powodów: po pierwsze, ze względu na dominację tego wyznania w środowisku polskim, a po drugie, ze względu na dużą spójność „praktycznego chrześcijaństwa” z założeniami i celami, jakie zakłada interwencja kryzysowa. Dla osób wierzących, wobec których podejmuje się interwencję kryzysową, przypomnienie podstawowych wartości wpływających z duchowości chrześcijańskiej może stanowić istotne odniesienie do ważnej (często najważniejszej) w ich życiu sfery. Z kolei dla osób, które są bardziej obojętne, czy nawet wrogo nastawione wobec chrześcijaństwa, omawiane propozycje mogą być zachętą do refleksji na temat sytuacji własnej i najbliższego otoczenia lub przynajmniej praktycznym ćwiczeniem uwypuklającym drogi do odzyskania równowagi.

Bibliografia

- Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, Poznań 2007.
- Borucka A., Ostaszewski K., *Koncepcja resilience: kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, Vol. 12, 2012, s. 587–597.
- Brach G., *Skuteczność profilaktyki i prewencji administracji samorządowej i organizacji pozarządowych w rozwiązywaniu problemów alkoholowych w rodzinie*, Kraków 2019.
- Chatters L.M., *Religion and Health: Public Health Research and Practice*, „Annul Review Public Health”, Vol. 21, 2000, s. 335–367.
- Cierpiałkowska L., *Alkoholizm. Przyczyny – leczenie – profilaktyka*, Poznań 2001.
- Dein S., Cook C., Koenig H., *Religion, Spirituality, and Mental Health: Current Controversies and Future Directions*, „Journal of Nervous & Mental Disease”, Vol. 200, 2012, s. 852–855.
- Durasiewicz A. (red.), *Polityka na rzecz rodzin. Plusy czy minusy?*, Warszawa 2020.
- Dziedzic J., *Wsparcie psychologiczno-pastoralne wobec osób uzależnionych od alkoholu*, [w:] *Wspomóc uzależnionych od alkoholu*, red. J. Dziedzic, J. Klimek, Kraków 2017, s. 173–197.
- Elkins D.E., *Beyond Religion: Toward a Humanistic Spirituality*, [w:] *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice*, red. K.J. Schneider, J.T. Bugental, J.F. Pierson, Thousand Oaks 2001, s. 201–212.
- Eriksson M., Lindström B., *Antonovsky's Sense of Coherence Scale and its Relation With Quality of Life: A Systematic Review*, „Journal Epidemiol Community Health”, Vol. 61, 2007, nr 11, s. 938–944.
- Exline J.J., Yali A.M., Sanderson W.C., *Guilt, Discord, and Alienation: The Role of Religious Strain in Depression and Suicidality*, „Journal of Clinical Psychology”, Vol. 56, 2000, s. 1481–1496.
- Gartner J.D., *Religious Commitment, Mental Health, and Prosocial Behavior: A Review of the Empirical Literature*, [w:] *Religion and the Clinical Practice of Psychology*, red. E.P. Shafranske, Waszyngton 1996.
- Grodecka J. i in., *Standard interwencji kryzysowej. Standardy Pomocy*, Projekt 1.18: „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, 2014.
- Hart T., *The Hidden Spring: The Spiritual Dimension of Therapy*, New York 1994.

- Heszen I., Gruszczyńska E., *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny”, Vol. 47, 2004, nr 1, s. 15–31.
- Heszen-Celińska I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2020.
- Hędzulek M., Wnuk M., Marcinkowski J.T., *Choroba współzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, Vol. 90, 2009, nr 3, s. 309–315.
- Jan Paweł II, List apostołski *Salvifici doloris*, Wrocław 2001.
- Jarosz M., *Pojęcie duchowości w psychologii*, „Studia z Psychologii”, Vol. 16, 2010, s. 9–22.
- Johnson T.J., Sheets V.L., Kristeller J., *Identifying Mediators of the Relationship Between Religiousness / Spirituality and Alcohol Use*, „Journal of Studies on Alcohol & Drugs”, Vol. 69, 2008, nr 1, s. 160–170.
- Kadela K., Kowalczyk J., *Standardy pracy socjalnej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Warszawa 2014.
- Kałużyńska-Tyburska M., Chciałowska A., Staniszevska-Pobikrowska P. (red.), *Wolność i ekologia. Wyzwania pastoralne w naukach stosowanych*, Warszawa 2021.
- Klimek J., *Duszpasterstwo w kobierzyńskiej kapelanii na przestrzeni wieku*, Kraków 2019.
- Kowalczyk-Purol K., *Religia w perspektywie ewolucjonistycznej, ze szczególnym uwzględnieniem jej funkcji socjalizacyjnej*, „Semina Scientiarum”, Vol. 13, 2014, s. 36–55.
- Krok D., *Religijność a duchowość – różnice i podobieństwa z perspektywy psychologii religii*, „Polskie Forum Psychologiczne”, Vol. 14, 2009, nr 1, s. 126–141.
- Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa 2010.
- Meillassoux Q., *Po skończoności*, Warszawa 2015.
- Orońska A., *Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata*, „Palliative Medicine in Practice”, Vol. 3, 2009, nr 2, s. 82–85.
- Parzych-Blakiewicz K., *Personalistyczne podstawy humanizmu chrześcijańskiego. Zarys problematyki*, „Teologia w Polsce”, Vol. 5, 2011, nr 2, s. 299–309.
- Pietkiewicz I., Kłosińska U., Tomalski R., van der Hart O., *Beyond Dissociative Disorders: A Qualitative Study of Polish Catholic Women Reporting Demonic Possession*, „European Journal of Trauma & Dissociation”, Vol. 5, 2021, nr 4, s. 100–204, [on-line:] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468749921000065>.
- Pilarska A., *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny*, Poznań 2012.

- Poradnia Kryzysowa, *Podstawy Interwencji kryzysowej*, [on-line:] <https://poradnia-kryzysowa.pl/interwencja-kryzysowa>.
- Propst L.R. i in., *Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive-Behavior Therapy for the Treatment of Clinical Depression in Religious Individuals*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, Vol. 60, 1992, nr 1, s. 94–103.
- Pullen L. i in., *Spiritual High Versus High on Spirits. Is Religiosity Related to Adolescent Alcohol and Drug Abuse?*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, Vol. 6, 1999, nr 1, s. 3–8.
- Radoń S., *Czy medytacja naprawę działa?*, Kraków 2017.
- Ryś M., *Zagrożenie rodziny – alkoholizm*, [w:] W. Majkowski, *Rodzina, dobro zagrożone*, Kraków 2015, s. 85–126.
- Skrzypińska K., *Psychologiczny portret duchowości osób świeckich i zakonnych*, [w:] *Jednostka i religia w relacjach społecznych*, red. D. Krok, A. Bronowicka, Opole 2013, s. 279–304.
- Sobór Watykański I, *Konstytucja dogmatyczna Dei Filius*, [w:] *Breviarium Fidei*, red. I. Bokwa, Poznań 2007.
- Sobór Watykański II, *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym Gaudium et spes*, Wrocław 2005.
- Tyłka J., *Psychologiczne aspekty cierpienia w chorobie i umieraniu*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, Vol. 6, 2012, nr 1, s. 1–8.
- Urbański S., *Polska duchowość i mistyka przeżyciowo-studyjna*, „Veritati et Caritati”, Vol. 10, 2018, s. 509–527.
- Urbański S., *Życie duchowe a uzależnienia*, [w:] *Duchowa terapia osób uzależnionych*, red. A. Baran, Warszawa 2006, s. 63–84.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
- Wąchol G., *Pastoral Communities Based On a Model of Self-Help Groups As a Response of the Church to the Contemporary Social Changes*, „The Person and the Challenges”, Vol. 11, 2020, nr 2, s. 107–122.
- Wąchol G., *Wartości duchowe jako odpowiedź na zjawisko konsumpcjonizmu*, [w:] *Człowiek w relacji do... Rozważania o człowieku jako istocie relacyjnej*, red. G. Wąchol, Kraków 2020, s. 87–101.
- Wąchol G., *Wsparcie duszpasterskie osób uzależnionych od alkoholu w procesie leczenia*, Kraków 2019.

- Wejmann H., *Miłosierdzie Boga a duch skruchy i przebaczenia w życiu człowieka*, „Colloquia Theologica Ottoniana”, 2016, nr 2, s. 185–200.
- Wojcieszek K., *Rozpacz jako pierwotny czynnik ryzyka używania substancji psychoaktywnych*, [w:] *Człowiek na rozdrożu. Zrozumieć, aby pomóc*, red. Z. Gaś, Lublin 2013, s. 195–212.
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.
- Ziemiński I., *Wolność Adama, czyli o stawaniu się człowiekiem*, [w:] *Antropologia filozoficzna. Inspiracje biblijne*, red. M. Grabowski, A. Słowikowski, Toruń 2009, s. 47–69.