

Igor Kozak¹

Szczecin

<https://orcid.org/0000-00001-8219-1012>

Religijność adolescentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, odbywających terapię w ośrodku katolickim

Abstract

Religiousness of adolescents addicted to psychoactive substances undergoing a therapy in a Catholic centre

The topic of this article is religiousness of addicted people. It is based on a survey research, carried out in a Catholic addiction therapy centre for people aged 14 to 18. Patients of the facility, mainly boys, were examined with three tests measuring religiousness in the following aspects: emotions towards God, personal relationship with God and the consistency of religious beliefs of the addicted adolescents.

The theoretical part of the article discusses the issues of the specificity of adolescence, including the development of religiosity at this stage of development and the specificity of addiction to psychoactive substances in adolescents.

Keywords: Religiousness, addiction to psychoactive substances, adolescence

Streszczenie

Tematem artykułu jest religijność osób uzależnionych. Opiera się on na badaniach sondażowych przeprowadzonych w katolickim ośrodku terapii uzależnień dla osób w wieku od 14 do 18 roku życia. Pacjenci ośrodka, głównie chłopcy, zostali przebadani trzema testami mierzącymi religijność w aspektach: emocji wobec Boga, personalnej relacji do Boga oraz spójności przekonań religijnych uzależnionych adolescentów.

¹ Igor Kozak – dr, adiunkt Uniwersytetu Szczecińskiego, e-mail: igor.kozak@usz.edu.pl.

W części teoretycznej artykułu omówione zostały zagadnienia specyfiki adolescencji, w tym rozwoju religijności na tym etapie rozwojowym oraz specyfiki uzależnienia od substancji psychoaktywnych osób dorastających.

Słowa kluczowe: Religijność, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, adolescencja

Wstęp

Pontyfikat św. Jana Pawła II cechowała szczególna troska o młodzież. Już w 1984 r. w *L'Osservatore Romano* można było znaleźć następujące słowa p <https://orcid.org/apieiza>, które odnosiły się do młodych ludzi zagrożonych lub uzależnionych od narkotyków:

Zatroskanie o młodzież, najbardziej narażoną i niewątpliwie wystawioną na niebezpieczeństwa w czterech kręgach życia: w rodzinie, w szkole, w grupach i stowarzyszeniach, młodzież, która staje się nieświadomym celem wyzysku ze strony pozbawionych poczucia godności i honoru handlarzy; zatroskanie o dzień dzisiejszy i jutrzejszy naszej cywilizacji, jeśli nie zostaną podjęte w odpowiednim czasie konieczne środki zaradcze, cywilizacji, która ryzykuje bolesną i dotkliwą plagę, mogącą na długo zaciążyć na dalszych pokoleniach².

Niestety, obawy św. Jana Pawła II spełniły się. Owa bolesna plaga zaciążyła na kolejnych pokoleniach. Niemal 40 lat później narkomania dotyka coraz młodszych ludzi, a dostępność i różnorodność substancji psychoaktywnych, którymi adolescenti odurzają się, jest nieporównywalnie większa. Czy to oznacza, że sytuacja jest beznadziejna? W mojej opinii nie, gdyż jak pisze św. Paweł: „Gdzie jednak wzmógł się grzech, tam jeszcze obficie rozlała się łaska...” (Rz 5,20)³.

Kościół od samego początku plagi narkomanii był na pierwszej linii frontu, co więcej jako jedna z pierwszych organizacji zajął się duszpasterstwem, a następnie pomocą osobom uzależnionym i ich terapią. Okazało się, że powrót do Boga, doświadczenie relacji z Nim, emocje, które temu towarzyszą, i przekonania, czyli odzyskanie lub uformowanie na nowo religijności, warunkuje wytrwanie w trzeźwości i decyzji o nowym życiu. Podczas XXXI Światowych Dni Młodzieży w Krakowie papież Franciszek mówił do młodzieży: „Kiedy Jezus dotyka serca młodego mężczyzny czy młodej dziewczyny, to są oni zdolni do naprawdy wielkich dzieł”⁴.

² Cyt. za: Cz. Cekiera, *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, Lublin 1993, s. 216-217.

³ *Biblia Tysiąclecia*, <https://biblia.deon.pl/> (24.06.2021).

⁴ Franciszek, *Błogosławieni miłosierni. Słowa do młodych*, Kraków 2016, s. 62.

Artykuł ten powstał w związku z diagnozą religijności pacjentów NZOZ Katolickiego Ośrodka Wychowania i Terapii Uzależnień Caritas Archidiecezji Poznańskiej „Wierzenica”. Chciałem sprawdzić, jak wygląda religijność młodych adolescentów, którzy wpadli w pułapkę uzależnienia, ale jednocześnie znaleźli na tyle siły, aby podjąć leczenie stacjonarne, na które wybrali ośrodek katolicki. Chciałem także sprawdzić, jakie składniki religijności, a właściwie ich osobistej relacji z Bogiem, są ważne dla młodych narkomanów.

Prezentację wyników badań poprzedza dość obszerna część teoretyczna, która ma na celu zapoznać czytelnika ze specyfiką okresu rozwojowego nazywanego adolescencją oraz rozwojem religijności w tym czasie. Prezentuję w niej także specyfikę terapii w ośrodku katolickim na przykładzie ośrodka „Wierzenica”. Przedstawiam również specyfikę narzędzi wykorzystanych przeze mnie do badania religijności oraz prezentuję wyniki wspomnianych badań.

1. Religijność w okresie adolescencji

Zagadnienie religijności nie jest obojętne dla psychologii, która jednak skupia się na jej podmiotowym aspekcie, pozostawiając w tle czy też w szerokim kontekście aspekt transcendencji⁵. Nie odnosi się do czynnika nadprzyrodzonego⁶. Religijność człowieka kształtuje się w okresie jego życia. Nie jest to jednak proces, który podlega ściśle określonym prawidłowościom i uwarunkowaniu. Jest to proces, który z jednej strony nakłada się na rozwój fizyczny, psychiczny, emocjonalny osoby, a z drugiej wiąże się z uwarunkowaniami kulturowymi i społecznymi, którym podlega. Rozwój religijności jest szczególnie trudny do zgeneralizowania w adolescencji, gdyż ten okres życia człowieka wiąże się ze szczególnie burzliwymi i dynamicznymi zmianami fizycznymi, psychicznymi oraz wiąże się z kształtowaniem tożsamości i wychodzeniem z obszaru oddziaływań świata dorosłych.

1.1. Specyfika okresu adolescencji

Termin adolescencja pochodzi od łacińskiego słowa *adolescere*, co oznacza rosnąć, wyrastać, zwiększyć się, wychowywać się⁷, a kompleksowo bywa tłumaczone jako wzrastanie ku dorosłości⁸. W psychologii rozwojowej mianem

⁵ Zob. Z. Kulesz, *Religijność w perspektywie psychologicznej*, Elbląg 2013, s. 185.

⁶ Zob. H. Grzymała-Moszczyńska, *Psychologia religii*, Kraków 1991, s. 45.

⁷ *Słownik łacińsko-polski. Glosbe*, <https://pl.glosbe.com/la/pl> (21.06.2021).

⁸ I. Obuchowska, *Adolescencja*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała [red.], *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa 2008, s. 163.

adolescencji określa się okres przejściowy w życiu człowieka, który oddziela dzieciństwo od dorosłości. Jest to następujący po stabilnym dzieciństwie czas intensywnych przemian biologicznych, psychicznych, społecznych, a także moralnych. W zakresie fizjologii, w adolescencji, dochodzi do zmian w budowie i czynnościach ciała, co dokonuje się pod wpływem łącznych oddziaływań procesów nerwowych i hormonalnych, tzw. mechanizmów neuroendokrennych⁹. W aspekcie psychologicznym, najważniejszym w okresie dorastania wydaje się być proces poszukiwania własnej tożsamości. Erikson wskazywał, że około 16 roku życia występuje u adolescenta tzw. kryzys tożsamości. W czasie tym nasilają się konflikty szkolne oraz, zwłaszcza u chłopców, nasilają się zachowania neurotyczne, czyli przejawy nadwrażliwości emocjonalnej i lęklności. Kryzys ten, podobnie jak kryzysy sytuacyjne i emocjonalne, stawia przed młodym człowiekiem zadania rozwojowe. Adolescent musi dokonać wyborów pomiędzy ważnymi dla niego alternatywami. Wybory, które wówczas są dokonywane, w znacznym stopniu determinują dalszy rozwój psychiczny wkraczającego w dorosłość człowieka¹⁰. Psycholodzy rozwojowi wyodrębniają dwa subokresy adolescencji: wczesną adolescencję – wiek dorastania i późną adolescencję – wiek młodzieńczy.

1.1.1. Wczesna adolescencja. Wiek dorastania

Wczesna adolescencja, zwana także wiekiem dorastania, przypada na okres pomiędzy 12 a 15 rokiem życia. Z biologicznego punktu widzenia na rozwój w tym okresie znacząco wpływa tzw. skok pokwitaniowy, czyli szybkie przyrosty wzrostu i wagi ciała w dość krótkim czasie. Proces ten przebiega bardziej intensywnie u chłopców, gdyż rozpoczyna się u nich później niż u dziewcząt, aby zakończyć się mniej więcej w tym samym czasie, czyli około 15 roku życia. Po zakończeniu tych zmian człowiek uzyskuje dojrzałość płciową, a więc niedawne dziecko w ciągu kilku lat zbliża się do progu dorosłości¹¹.

Dokonujące się dynamicznie zmiany fizyczności, które są dostrzegane przez dorastających nastolatków, wpływają na ich obraz własnej osoby oraz na związane z nim emocje. Zmiany w zakresie emocji, jakie zachodzą w fazie dorastania, są także uwarunkowane złożonymi procesami neurohormonalnymi, które przekształcają organizm. Przyczyniają się one do zwiększonego pobudzenia emocjonalnego oraz labilności adolescenta. U wielu dzieci na progu adolescencji nasila się lęklność, która osiąga swój szczyt około 13 – 14 roku życia.

⁹ Tamże, s. 163.

¹⁰ Tamże, s. 166.

¹¹ Tamże, s. 167-168.

Dominującymi są lęki społeczne, obawy związane z ekspozycją czy też niepowodzeniami¹². Nierzadko nastolatek musi radzić sobie z napadami paniki i często występującymi w związku z nimi fobiami, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi oraz zespołami lęku uogólnionego¹³.

Okres dorastania, w zakresie czynności poznawczych, charakteryzuje się przejściem ze stadium operacji konkretnych do stadium operacji formalnych. Oznacza to, że myślenie dziecka, które opierało się na konkretach i związkach konkretno-funkcjonalnych, stopniowo zastępuje myślenie abstrakcyjne i logiczne. Młodzi adolescenti stają się bardziej wnikliwi, dostrzegają różne opcje, są otwarci i gotowi do poszukiwań racjonalnych wyjaśnień. W zakresie percepcji następuje rozwój uwagi dowolnej, pamięci, a w konsekwencji rozwija się zdolność do organizacji i kierowania procesem uczenia się¹⁴.

W zakresie relacji społecznych następuje czas prymatu relacji i związków rówieśniczych. Dzięki nim dorastający ma możliwości uzyskania alternatywy dla wpływu rodziny, która dotąd była podstawą dla funkcjonowania społecznego. Grupy rówieśnicze pomagają w ustabilizowaniu osobowości, określają pewne standardy zachowania, a sam fakt przynależności do nich przyczynia się do wzbudzenia poczucia wartości. Niestety bywają także źródłem zagrożeń dla młodego adolescenta¹⁵.

W okresie dorastania dochodzi także do wykształcenia się autonomii moralnej. Postępowanie nastolatka uniezależnia się od opinii otoczenia, a zastępuje ją subiektywna odpowiedzialność. Kohlberg w stworzonej przez siebie koncepcji rozwoju moralnego okres wczesnej adolescencji powiązał z konwencjonalnym okresem rozwoju moralnego. Poziom ten realizuje się w dwóch stadiach: stadium 3 i 4. Stadium 3 charakteryzuje konformizm interpersonalny, czyli zachowania moralne wyznaczają w świadomości dorastającego zachowania większości, a ważnym kryterium jest też osiągnięcie osobistej przyjemności z działania. Nieco później poglądy moralne adolescenta ewoluują i wchodzi w stadium 4, które cechuje wzrost rygorystyki moralnego powiązanego z idealizmem i poszukiwanie zasad zachowania w ustaleniach prawnych¹⁶.

¹² Tamże, s. 172.

¹³ Por. S. G. Mattis, T. H. Ollendick, *Lęk i fobie nastolatków*, Gdańsk 2004, s. 9-20.

¹⁴ I. Obuchowska, *Adolescencja*, s. 172-175.

¹⁵ Por. tamże, s. 176-178.

¹⁶ Zob. tamże, s. 181-183; Por. R. Vasta, M. M. Haith, S. A. Miller, *Psychologia dziecka*, Warszawa 1995, s. 484-485.

1.1.2. Późna adolescencja. Wiek młodzieńczy

Późna adolescencja, nazywana wiekiem młodzieńczym, poprzedza bezpośrednio okres dorosłości i kończy się, według niektórych psychologów rozwojowych, dopiero około 20 roku życia. W przeciwieństwie do dorastania, okres ten jest czasem stabilizacji i nie jest tak bardzo dynamiczny jak poprzedzające go lata. Głównymi zadaniami rozwojowymi przypadającymi na wiek młodzieńczy są: osiągnięcie dojrzałości uczuciowej, rozbudowa związków interpersonalnych, wykształcenie autonomii moralnej oraz wykształcenie, a właściwie wybór światopoglądu. Jednak pośród owych procesów, które generalnie zmierzają do ustabilizowania funkcjonowania adolescenta, pojawia się kwestia konieczności poradzenia sobie z rosnącym popędem seksualnym i pragnieniem zaspokojenia potrzeb seksualnych, które pojawiają się dopiero w tym czasie na podłożu wcześniejszego dojrzewania płciowego. Na okres młodzieńczości przypada zazwyczaj pierwsza miłość, która jest określana jako romantyczna, gdyż cechuje się idealizacją obiektu miłości. Jest to czas pięknej relacji, ale powiązanej z konfliktem generowanym przez potrzebę seksualną. Źródłem kryzysu może być także rozpad pierwszego związku, który adolescent może odbierać jako osobistą porażkę, co wpływa na jeszcze nie do końca ukształtowane poczucie własnej wartości¹⁷.

Na okres młodzieńczości według koncepcji Kohlberga przypada trzeci poziom rozwoju moralnego, nazywany postkonwencjonalnym. Moralność młodego człowieka zaczyna opierać się na obronie praw innych, a ostatecznie finalizuje się w osiągnięciu tzw. stadium uniwersalnych praw etycznych, które charakteryzuje się samodzielnym poszukiwaniem reguł, które zgodne są z logicznym rozumieniem¹⁸.

Niestety współczesność utrudnia płynny rozwój moralności młodzieży. Wpływ mediów, chaos informacyjny przekłada się także na chaos moralny, w którym młodzi ludzie pozbawieni są wyraźnych drogowskazów. Przyczynia się to do wykształcenia się poczucia bezradności oraz opuszczenia, z którego trudno jest wyjść o własnych siłach¹⁹. Na ile w tej sytuacji religia i wykształcona indywidualna religijność mogą być źródłem siły dla adolescentów?

¹⁷ Zob. I. Obuchowska, *Adolescencja*, s. 186-188.

¹⁸ Tamże, s. 188-189; Por. R. Vasta, M. M. Haith, S. A. Miller, *Psychologia dziecka*, s. 485-486.

¹⁹ I. Obuchowska, *Adolescencja*, s. 190.

1.2. Definicja i wskaźniki religijności

Zdefiniowanie religijności jest niezwykle trudne, gdyż jest to pojęcie wieloznaczne. Istnieje wiele definicji religijności. Część z nich wywodzi się z filozofii, inne z teologii, nie można zapomnieć także o naukach społecznych, takich jak: socjologia, kulturoznawstwo i oczywiście psychologia.

Filozof Glasenapp rozumie religię jako wiarę w coś nadprzyrodzonego, dzięki czemu człowiek staje się zależny od czegoś. Determinuje to myślenie, odczuwanie, bądź też postępowanie w stosunku do tej siły²⁰. Oczywiście definicja religii nie stanowi definicji religijności, jednak wspomniane podejście pozwala dostrzec i wyodrębnić także dynamiczne aspekty religii, jej przejawy, a więc religijność. Są to: myślenie, odczuwanie oraz postępowanie.

Metodologia psychologii religii, a zwłaszcza badania jej przejawów, czyli religijności, skupia się tylko na opisywaniu faktów przez pryzmat doświadczeń i zachowań jednego człowieka lub też grupy społecznej. Zjawisko religii traktowane stricte psychologicznie, opisuje i interpretuje przyczyny doświadczeń religijnych. Transcendentnym wymiarem religii zajmują się teologia, a także filozofia²¹.

Chlewiński w psychologicznym ujęciu religijności wskazuje na relację, jaka występuje między Bogiem a człowiekiem. Prowadzi ona do nawiązania specyficznej więzi stworzenia ze Stwórcą, która dokonuje się w sferze *sacrum*²². Pragnienie utrzymania tego typu relacji kształtuje człowieka, wpływa na jego emocjonalność, motywację, determinuje działania, a więc kształtuje osobowość, a może nawet tworzy specyficzną osobowość religijną.

Osobowość religijna określana jest jako „zespół psychicznych cech i zachowań znamienych dla jednostek religijnych”²³. Religijność człowieka należy ujmować więc w odniesieniu do całości jego osoby. Składowymi są emocje, zachowanie oraz myślenie. To wszystko tworzy pełnię życia człowieka oraz jego wnętrze. Można powiedzieć, iż akt religijny nie tylko ma charakter indywidualny, ale również i społeczny²⁴.

²⁰ H. Glasenapp, *Religie niechrześcijańskie*, Warszawa 1966, s. 10.

²¹ Zob. G. Lanczkowski, *Wprowadzenie do religioznawstwa*, Warszawa 1986, s. 80.

²² Z. Chlewiński, *Psychologia religii*, Lublin 1982, s. 15.

²³ Zob. J. Makselon, *Psychologia dla teologów*, Kraków 1990, s. 263.

²⁴ Zob. D. Wulff, *Psychologia religii. Klasyczna i współczesna*, Warszawa 1999, s. 443-445

1.2.1. Relacja do Boga jako wskaźnik religijności

Jak już wspomniano, relacja jest odniesieniem do Boga lub rodzajem więzi z Nim, która jest budowana na fundamencie intencjonalnego wypełniania aktów religijnych. Bóg zaprasza człowieka do spotkania i nawiązania więzi. Zadaniem człowieka jest przyjąć owo zaproszenie i odpowiedzieć na nie, włączyć się do dialogu. Nawiązanie relacji z Bogiem nie tylko pogłębia więź człowieka z Nim, ale także polepsza jego relacje interpersonalne z ludźmi oraz pogłębia harmonię ze światem. Buber wyróżnia następujące typy relacji personalnej, które stanowią cztery niezależne bipolarne kontinua: relacja dialogiczna – monologiczna, wzajemna – jednostronna, bezpośrednia – pośrednia, zaktualizowana – niezaktualizowana²⁵.

Relacja dialogiczna występuje wówczas, gdy człowiekowi towarzyszy otwartość na głos Boga. Człowiek z Bogiem wymienia informacje, przedstawia własne przeżycia, problemy i doświadczenia. Jednocześnie jest otwarty na wsłuchiwanie się. W tym typie relacji człowiek niekiedy jest podmiotem, a w innych sytuacjach przedmiotem zachodzącej relacji. Niekiedy ją inicjuje, a innym razem wypełnia wolę Boga. Dialog ten realizuje się przez słuchanie słowa oraz doświadczenie wewnętrzne. Przeciwnieństwem dialogu jest monolog, który charakteryzuje gadulstwo i obawa przed kontaktem z Bogiem w milczeniu. Brakuje tutaj wsłuchania się, a co za tym idzie, otwarcia na informacje dopływające od Stwórcy²⁶.

Relacja wzajemna zachodzi, gdy człowiek ma świadomość, że jest zarazem podmiotem, jak i przedmiotem zachodzącej interakcji. Bóg w ludzkiej świadomości mobilizuje jednostkę do określonego typu działania, domaga się uzgadniania pewnych decyzji. Różnica pomiędzy relacją wzajemną a dialogową uwidacznia się w tym, iż w tym przypadku nie następuje tylko wymiana informacji, ale aktualizuje się wymiar działaniowy, decyzyjny. Po drugiej stronie kontinuum znajduje się relacja jednostronna, którą charakteryzuje bierność oraz postawa pasywnego oczekiwania²⁷.

Relacja bezpośrednia charakteryzuje się dojrzałym traktowaniem czynników pośredniczących w religijności, którymi mogą być ludzie, normy moralne, formy kultyczne, reprezentanci Kościoła, których zadaniem jest pobudzanie człowieka do intensyfikacji przeżyć religijnych. Natomiast relacja pośrednia zachodzi wówczas, gdy element pośredniczący staje się celem samym w sobie i zarazem kresem przeżyć religijnych. Przy tym typie relacji człowiek nie

²⁵ M. Jarosz, *Skala Personalnej Relacji do Boga*, [w:] Tenże [red.], *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin 2011, s. 113-114.

²⁶ Tamże, s. 115.

²⁷ Tamże.

spotyka się z podmiotowym Bogiem, gdyż pozostaje w wirze obrzędowości, rytuałów czy też systemów religijnych²⁸.

Relacja zaktualizowana posiada lokalizację w czasie i przestrzeni i ma charakter dynamiczny, zależny od aktualnej sytuacji człowieka. Człowiek jest w stałej gotowości do spotkania z Bogiem i włącza wszystkie sfery swojego życia w sferę religijną, a Bóg jest przeżywany „tu i teraz”. Jej przeciwieństwem jest relacja niezaktualizowana, która charakteryzuje się brakiem wewnętrznego dynamizmu w przeżywaniu wyznawanej religii, nie aktualizuje jej w przeżywanej przez człowieka codzienności²⁹.

1.2.2. Spójność przekonań religijnych jako wskaźnik religijności

Przekonania religijne pełnią istotną orientacyjną funkcję w relacji człowieka do rzeczywistości nadprzyrodzonej, do Boga. W psychologicznym badaniu religijności są one jednym z istotnych aspektów jej opisu. Przekonania religijne wyrażają ustosunkowanie do systemu doktrynalnego religii, z którą identyfikuje się człowiek. U ich podłoża leży zarówno znajomość zasad, doktryny danej religii, ale także i indywidualna zgoda na ich przyjęcie. Gdy w tym obszarze następuje rozbieżność, to zachodzi niespójność w obrębie przekonań. System przekonań religijnych jest spójny, gdy stosunek jednostki do systemu doktrynalnego i jego poszczególnych składników jest zgodny pod względem znaku (kierunku) oraz siły (intensywności)³⁰.

Chaim w analizie spójności przekonań religijnych oparł się na różnorodnych koncepcjach teoretycznych, jednak ostatecznie podzielił przekonania na dwie grupy, dwa wymiary. W skład pierwszego, który pozwala przeanalizować spójność przekonań, wchodzi wymiary przekonań: podstawowych (ogólna wiedza dotycząca zasad wiary), kościelnych (wiedza odnosząca się do bardziej szczegółowych aspektów nauki Kościoła) oraz naturalnych (przekonanie o istnieniu Boga i Jego znaczenia w życiu, niekoniecznie powiązane ze znajomością doktryny i nauki Kościoła). Druga grupa umożliwia zweryfikowanie ortodoksyjności, czyli zgodności przekonań z nauką Kościoła w obrębie czterech zakresów tematycznych: twierdzeń teocentrycznych (opisują stosunek człowieka do Boga i świata), twierdzeń chrystocentrycznych (ujmują stosunek do Jezusa Chrystusa i Jego zbawczej roli), twierdzeń eschatycznych (ujmują stosunek do życia po śmierci w jego wymiarze indywidualnym i społecznym) oraz twierdzeń eklezjalnych (opisują stosunek do Kościoła). Wymienione obszary tematyczne od-

²⁸ Tamże.

²⁹ Tamże, s. 116.

³⁰ W. Chaim, *Skala Spójności Przekonań Religijnych*, [w:] M. Jarosz [red.], *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin 2011, s. 89-90.

noszące się do twierdzeń doktrynalnych i przekonań stały się składnikiem Skali Spójności Przekonań Religijnych, która została wykorzystana w badaniach referowanych w tym artykule³¹.

1.2.3. Emocje do Boga jako wskaźnik religijności

Religijność jest źródłem emocji i jako taka wpływa, a nawet kształtuje ludzką uczuciowość. Uczucia religijne mogą mieć charakter pozytywny bądź negatywny, powstają w określonej sytuacji osobistej człowieka, pobudzają do przeżyć religijnych albo je blokują. Do podstawowych pozytywnych uczuć związanych z przeżywaniem religijności należą: radość, szczęście czy miłość. Jednak kwestia uczuć religijnych jest trudna do opisu i jest to zjawisko dość mało znane, a nawet tajemnicze. Uczucia religijne mogą informować o życiu religijnym oraz o jego dojrzałości, a także o formie relacji, jaka łączy osobę wierzącą z Bogiem³².

Jednak z religijnością mogą wiązać się także emocje negatywne. Co więcej niektórzy uważają, że to one motywują człowieka do zwrócenia się ku Bogu. Zgodnie z powiedzeniem: „jak trwoga to do Boga”, niektórzy uznają, że ludzka słabość, lęk i przeżycie zagrożenia prowadzą do rozwoju religijności. Istnieją różne rodzaje lęku: niepokój osobowościowy, wynikający z braku integracji osobowości, lęk neurotyczny, lęk moralny, niepokój egzystencjalny i wiele innych, a w każdym z nich w inny sposób przejawia się religijność. W lęku egzystencjalnym obecna jest trwoga i zaniepokojenie w sytuacjach związanych z cierpieniem, śmiercią i pytaniem o ich sens. Religia daje odpowiedź i pokazuje alternatywę wobec poczucia pustki i braku nadziei w obliczu nieuchronności śmierci czy też codziennego życia w rzeczywistości naznaczonej cierpieniem. Jednak również zwykły lęk, a raczej strach, mogą być motywem podejmowania zachowań religijnych, ale prawdopodobnie nie są źródłem głębokiej religijności, ale stanowią okazję dla jej zainicjowania³³.

Ważnym czynnikiem emocjonalnym, przeżywanym czasami w powiązaniu z religijnością, jest poczucie winy. Może być ono przeżywane jako emocja negatywna, która ujawnia się w obliczu odkrycia własnej słabości i grzeszności. Wówczas może blokować człowieka i wzbudzać w nim niepokój, zniechęcenie, a nawet paraliż i depresję. Jednak w kontekście religijnym może stać się ono źródłem tęsknoty za Bogiem, który, mimo iż nieskończony i doskonały, chce być blisko człowieka i zaprasza go do swojej wspólnoty, aby wspomóc czło-

³¹ Tamże, s. 91-95.

³² Cz. Walesa, *Rozwój religijności człowieka*, Lublin 2005, s.18-23

³³ Zob. J. Makselson, *Psychologia dla...*, s. 257-258.

wieka na drodze do zbawienia. Tak odczytane poczucie winy przekształca się w poczucie grzeszności i umacnia więź człowieka z Bogiem, staje się płaszczyzną dla uzdrowienia³⁴. Tak więc doświadczenie poczucia winy, które ewoluje ku poczuciu grzechu, staje się poszukiwaniem Bożej pomocy, także w trudnych sytuacjach życiowych, przez odwoływanie się do Boga i szukanie Jego pomocy.

Człowiek często obwinia także Boga, zwłaszcza wtedy, gdy sam czuje się winny. Odczuwa wobec Niego gniew, złość, czuje się oszukany, osamotniony. Jednak nawet w tej sytuacji buntu, pogardy dla Boga, gniewu na Niego, On przychodzi z propozycją uzdrowienia, którą człowiek w swojej wolności może odrzucić. Jednak wówczas pozostanie mu depresja i lęk. Gdy odpowie na Boże wezwanie i uzna, że w ten sposób w jego życiu realizuje się plan Boży, który należy zaakceptować, uzyska nadzieję³⁵. Religijność kształtuje ludzką nadzieję³⁶, ale pełni także funkcję terapeutyczną, co realizuje się w zrekompensowaniu słabości ludzkiej.

1.3. Rozwój religijności w okresie adolescencji

Według koncepcji rozwoju religijności Fowlera, który był pastorem Kościoła Metodystycznego, teologiem i psychologiem rozwoju związanym z Emory University, na okres od 12 roku życia aż po wczesną dorosłość przypada stadium wiary konwencjonalnej. Religijność w tym czasie odwołuje się do tzw. świadomości zwierciadlanej i możliwości przyswajania perspektywy obopólnej. Nastolatki wiele czasu spędzają z grupą rówieśniczą, w której debatuje na bardzo różnorodne tematy. Potrafią rozmawiać długimi godzinami „o wszystkim i o niczym”, jak to odbierają przedstawiciele świata dorosłych³⁷. W tym czasie dorośli stopniowo przestają być inspiracją dla swoich dzieci, ich autorytet stopniowo przenosi się na rówieśników. Nie jest jednak tak, że świat dorosłych przestaje być dla nastolatka źródłem inspiracji, z tym że jej źródłem stają się bohaterowie filmowi czy też ikony kultury popularnej, a rzadziej w dzisiejszych czasach ich źródłem są książki. Pojawia się bunt. Bodźcem do przeciwstawienia się światu dorosłych, których bezpośrednimi przedstawicielami są rodzice i nauczyciele, jest „ja interpersonalne”, które kompiluje w sobie obce przekona-

³⁴ Por. G. Sovereign, *Poczucie winy*, Kraków 1993, s. 24.

³⁵ Zob. K. I. Pargament, H. G. Koenig, L. M. Perez, *The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE*, „Journal of clinical psychology” 56(2000), s. 519-543.

³⁶ Por. K. Dufault, B. Martocchio. *Hope: Its Spheres and Dimensions*, „Nursing Clinics of North America” 20 (1985), s. 379-391.

³⁷ J. W. Fowler, *Stages of faith. The psychology of human development and the quest for meaning*, s. 153.

nia oraz całokształt wartości. Idolem staje się rówieśnik. Skondensowanie prze-myśleń religijnych jak również mitologizacja swojej próby życiowej, wprawia i sakralizuje myślenie religijne (stereotyp). Bierność stereotypu doprowadza do anarchicznej rozpaczki oraz do ucieczki „od świata do Boga”³⁸.

W okresie adolescencji człowiek przeżywa kryzys tożsamości. Boi się pogardy, braku wiary w niego, oburza się na fałsz, hipokryzję i obojętność. Młodzież gimnazjalna stawia pytania natury egzystencjalnej, pyta o sens życia, potrzebę uczenia się, wartość wiary w ludzkim życiu. Rozpada się harmonijny obraz świata z dzieciństwa, a rzeczywistość jest postrzegana bardzo krytycznie. Młodzież, która nie była w młodszym wieku kształtowana religijnie, w tym okresie przenosi w wymiar przeżywania swojej religijności szereg postaw dziecięcych: antropomorfizmu (wyobrażania sobie Boga na ludzki sposób)³⁹, animizmu (przypisywania martwym przedmiotom określonych zamiarów)⁴⁰ oraz rytualizmu magicznego (magicznego traktowania obrzędów religijnych)⁴¹. Jednak z drugiej strony jest to czas kształtowania się religijności autonomicznej. Szczególnego znaczenia nabiera aktywność indywidualna w tym zakresie oraz procesy transcendowania i partycypacji w życiu religijnym osób doskonalszych (zwłaszcza mistrzów życia wewnętrznego)⁴².

Następnie nastolatek już u progu dorosłości w rozwoju religijności osiąga stadium wiary „indywidualno-refleksyjnej”. Zapoczątkowanie tej wiary wiąże się z odejściem od apatycznego polegania na zewnętrznych wzorcach. Jest to czas, gdy młody człowiek sam dla siebie staje się autorytetem, modelem. Pomimo to nadal korzysta z formalnych źródeł wartości, przeświadczeń i konwensansów, jednak wykształca świadomość, że to on samodzielnie decyduje o ich

³⁸ Zob. J. W. Fowler, *Faith development and pastoral care*, Philadelphia 1987, s. 66.

³⁹ Dziecko do pewnego etapu swojego rozwoju poznawczego przypisuje dorosłym atrybut wszechwiedzy. Ten fakt nie pozostaje bez znaczenia dla idei antropomorficznej, jaką dziecko wytwarza o przyrodzie, ale także o Bogu. Por. J. Piaget, *Mowa i myślenie dziecka*, Warszawa 2005, s. 189.

⁴⁰ Według badań dzieci aż do 7-8 roku życia nie zgadzały się z tezą, że rzeczy nie robią tego, co chcą, gdyż nie mają woli, lecz twierdziły, iż nie robią czegoś, gdyż tego im robić nie wolno (ich „wola” przyporządkowana jest prawu moralnemu, którego zasadą jest czynienie wszystkiego dla najwyższego dobra ludzi). Rzeczy mają więc wolę, ta wola jednak w ogromnej większości przypadków jest skrupowana przez obowiązek. Około 7-8 roku życia pojawia się pierwsze pojęcie determinizmu fizycznego: pewne ruchy, jak przesuwanie się chmur czy płynięcie rzek, są tłumaczone coraz częściej jako skutek już nie obowiązku moralnego ani przymusu legalnego, lecz przymusu całkowicie fizycznego. Jednak owo nowe pojęcie ulega dość wolnemu schematyzowaniu i początkowo znajduje zastosowanie tylko w odniesieniu do niektórych zjawisk, a dopiero w wieku około 11-12 lat dziecko ostatecznie zastępuje pojęcie reguły moralnej w odniesieniu do rzeczy wyjaśnieniami uwzględniającymi determinizm fizyczny. Por. J. Piaget, *Jak sobie dziecko wyobraża świat*, Warszawa 2006, s. 176-177.

⁴¹ Por. Konferencja Episkopatu Polski, *Podstawa programowa katechezy*, Kraków 2001, s. 50.

⁴² Por. Cz. Walesa, *Rozwój religijności człowieka*, Lublin 2005, s. 81.

wyborze i ewentualnej dyskwalifikacji. Eliminowanie autorytetu jest związane z wprowadzeniem decyzji społecznej, różniącej się od wcześniejszego stadium wiary „syntetyczno-konwencjonalnej”. Kluczowymi są tu: odczucie posiadania przez „ja” własnej doktryny (filozofia życia), zmieniającej się w czasie, i sprawności oceny siebie, a także siebie na tle innych, uwzględniając światopogląd oraz wpływ doświadczeń grupy, jakie go stwarzają. W koncepcji Fowlera ten okres rozwoju wiary i religijności nazywany jest „wiarą indywidualno-refleksyjną”. Owo stadium wiary może się rozpocząć już przed 18 rokiem życia, na granicy adolescencji i stawania się młodym dorosłym⁴³.

Badania religijności adolescentów, ponawiane dość regularnie od początków XXI wieku, wskazują na utrzymującą się wciąż, w przedziale około 40%, wiarę w Boga bez wątpliwości adolescentów. Wiarę targaną wątpliwościami deklaruje około 25% uczniów szkół ponadpodstawowych. Jednak znacząco spada udział młodzieży w praktykach religijnych, a niemal drastycznie udział uczniów liceów ogólnokształcących w lekcjach religii⁴⁴.

2. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych w okresie adolescencji i terapia

Uzależnienia są chorobą współczesności. Jest to czas rywalizacji, zdobywania dóbr, ogromnej dynamiki życiowej i funkcjonowania w chaosie informacyjnym. Współczesny człowiek ma przekonanie, że ma niezbywalne prawo do robienia wszystkiego, co mu przynosi przyjemność, ulgę, a jakiegokolwiek stawianie granic rodzi silny bunt. W takiej rzeczywistości funkcjonują także adolescenti, którzy są w jeszcze trudniejszej sytuacji, gdyż, jak to było przedstawione w poprzedniej części tego artykułu, dorastanie to czas gwałtownych zmian, skoku pokwitaniowego oraz kryzysu tożsamości i wartości. Funkcjonują oni w chaosie naszych postmodernistycznych czasów, dodatkowo doświadczając chaosu rozwojowego. Niestety, egzystencja w takiej sytuacji otwiera drzwi, za którymi znajdują się różnorodne drogi prowadzące na manowce. Jedną z nich jest narkomania, czyli szaleństwo, które prowadzi do poszukiwania „szczęścia” w odurzaniu się substancjami psychoaktywnymi⁴⁵.

⁴³ A. Królikowska, *Pojęcia religijne młodzieży. Badania empiryczne detonacyjnego i konotacyjnego rozumienia pojęć*, Kraków 2008, s. 35-37.

⁴⁴ Por. K. Świąś, *Religijno-moralny portret młodzieży polskiej*, „Roczniki Teologiczne” (66) 2018, s. 47-51.

⁴⁵ Słowo narkomania jest złożeniem dwóch greckich słów: *narke* – zdrtwienie, paraliż, martwota, także odurzenie oraz *mania* – szaleństwo, obłąd, obłąkanie. Zob. B. Popowski, *Wielki słownik grecko-polski Nowego Testamentu*, Warszawa 1995, s. 377, 407.

2.1. Diagnoza uzależnienia w okresie adolescencji

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych adolescentów przez wiele lat było traktowane jako dość rzadkie zjawisko, uważano, że dotyczy ono głównie dorosłych mężczyzn, którzy przez dziesiątki lat nadużywają tego typu substancji, a przede wszystkim alkoholu. Co prawda w odniesieniu do młodych ludzi powątpiewano w ich zdolność do utrzymywania abstynencji, ale jednocześnie zażywanie przez nich odurzających substancji chemicznych traktowano jako epizody związane z eksperymentowaniem, które jest wpisane w specyfikę rozwoju w okresie adolescencji. Pogląd taki należy zweryfikować w kontekście szeregu badań epidemiologicznych prowadzonych od początku XXI wieku w wielu krajach Europy, w Stanach Zjednoczonych oraz w Australii. Sondaże epidemiologiczne, niezależnie od kraju, w którym były prowadzone, wykazują, że młodzi ludzie częściej doświadczają uzależnienia niż osoby starsze. Początki uzależnienia przypadają na okres adolescencji, a nawet na jej wcześniejszą fazę, czyli dorastanie. Co więcej, rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zwłaszcza u chłopców, jest prawie trzy razy większe, niż w grupie dorosłych mężczyzn w wieku średnim, czyli w przedziale wiekowym pomiędzy 34 a 54 rokiem życia⁴⁶.

2.1.1. Diagnoza uzależnienia według dotychczas obowiązujących klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD-10 i DSM IV)

Czwarta edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM IV) wyróżnia dwie kategorie zaburzeń, które są skutkiem używania substancji psychoaktywnych. Pierwsza z nich to zaburzenia związane z ich używaniem, a druga opisuje zespoły związane z ich patologicznym stosowaniem⁴⁷. Podobnie, obowiązująca jeszcze do początku roku 2022, klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia, czyli ICD 10, odróżnia szkodliwe używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych od uzależnienia⁴⁸.

⁴⁶ Wyniki te dotyczyły głównie używania konopii i odnosiły się do badań amerykańskich (Epidemiologic Catchment Area i National Comorbidity Survey), sondażu brytyjskiego (Mental Health Survey) oraz australijskiego (National Survey of Mental Health and Well-Being). Zob. M. Teeson, I. Degenhardt, W. Hall, *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, Gdańsk 2005, s. 23-29.

⁴⁷ S. I. Dubovsky, *Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych* [w:] J. H. Scully [red.], *Psychiatria*, Wrocław 1995, s. 185-186.

⁴⁸ Zob. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), *ICD-10. Zaburzenia psychiczne w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej*, Warszawa 1999, s. 76.

Uzależnienie jest patologicznym stosowaniem substancji psychoaktywnych, któremu towarzyszą zaburzenia zachowania, a przede wszystkim jego kontroli, zespół abstynencyjny, czyli negatywne doświadczenia związane z brakiem substancji, silne pragnienie jej przyjmowania oraz zmiany w tolerancji, co oznacza, że ilości, które były początkowo przyjmowane, nie wystarczają już do osiągnięcia efektu odurzenia. Konsekwencją uzależnienia jest degradacja w sferze psychiki, emocji oraz funkcjonowania społecznego⁴⁹. Na tym etapie dochodzi także do utraty kontaktu z wartościami wyższymi. Źródłem ulotnego szczęścia jest zaspokojenie głodu narkotykowego, a zasady moralne, jako stojące na drodze do zaspokojenia tej jedynej potrzeby, są odrzucane.

Uzależnienie jest jednak poprzedzone ryzykownym używaniem substancji psychoaktywnych. Nawet jednorazowe jej przyjęcie może być przyczyną zagrożenia dla zdrowia fizycznego i psychicznego nastolatka. Konsekwencjami mogą być zatrucia, zaburzenia funkcjonowania poznawczego, utrata kontroli zachowania, a w efekcie szkody o charakterze społecznym, a nawet konflikty z prawem⁵⁰.

2.1.2. Diagnoza uzależnienia według najnowszych klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD 11 i DSM V)

W 2013 roku opublikowano najnowszą wersję podręcznika klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a mianowicie DSM-V. Zastąpiła ona obowiązującą dotychczas DSM-IV. W tej wersji znajduje się nowa kategoria, a mianowicie: zaburzenia używania substancji i nałogów (ang. Substance-Related and Addictive Disorders). Ponadto w DSM-V kryteria nadużywania substancji psychoaktywnych zostały włączone do kryteriów uzależnienia chemicznego, co jest ważną zmianą w stosunku do poprzednich dwóch edycji podręcznika (DSM-III oraz DSM-IV). Zmiana ta nawiązuje do założenia o podobieństwie etiopatologicznym nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnej. Oznacza to, że w procesie diagnozy z wykorzystaniem DSM-V diagnozuje się uzależnienie już w sytuacjach nadużywania i ryzykownego przyjmowania substancji, Nałóg czy też uzależnienie i nadużywanie uznano w ten sposób za jedno zaburzenie⁵¹.

Zmiany nastąpią również w stosowanej w Polsce klasyfikacji ICD. 18 czerwca 2018 r., po ponad dekadzie przygotowań, Światowa Organizacja Zdrowia

⁴⁹ Zob. Tamże, s. 24 oraz S. I. Dubovsky, *Zaburzenia związane z...*, s. 185.

⁵⁰ Zob. Tamże, s. 186 oraz Światowa Organizacja Zdrowia, *ICD-10...*, s. 24.

⁵¹ I. Niewiadomska, A. Palacz-Chrisidis, *Zmiany kryteriów w diagnozowaniu zaburzeń związanych z hazardem oraz uzależnień chemicznych i czynnościowych*, „Resocjalizacja Polska” 12/2016, s. 100.

(World Health Organization, WHO) przedstawiła nową, jedenastą już wersję Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Opublikowana wersja klasyfikacji była elementem procesu wdrażania ICD-11 w państwach członkowskich WHO. Stała się materiałem wyjściowym dla szkoleń pracowników ochrony zdrowia i przygotowania tłumaczeń na lokalne języki. Zaplanowano, że ostatecznie ICD-11 będzie obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku. Po raz pierwszy w historii ICD nowa wersja (ICD-11) jest całkowicie elektroniczna, co ma znacząco ułatwić jej stosowanie. W porównaniu z ICD-10, która zawierała niecałe 14,5 tys. kodów oznaczających jednostki chorobowe, ICD-11 ma ich aż 55 tysięcy. W wielu wypadkach dokonano nowego podziału chorób i problemów zdrowotnych, tak by lepiej odzwierciedlał on aktualną wiedzę medyczną. Rewolucją w zakresie uzależnień jest dodanie rozpoznania dotyczącego uzależnień od gier wideo⁵².

Wprowadzenie ICD-11 będzie oznaczało także zmiany w procesie diagnozowania uzależnień. Zasadniczą jest wydłużenie listy substancji psychoaktywnych, w przypadku których można będzie diagnozować zaburzenia spowodowane ich używaniem. Obok znajdujących się w ICD-10 „klasycznych” narkotyków, takich jak kanabinoły, opioidy, kokaina, substancje stymulujące z kofeiną na czele, substancje uspokajające i nasenne, halucynogeny oraz lotne rozpuszczalniki, pojawiły się nowe kategorie substancji⁵³. Przede wszystkim wyodrębnione zostały amfetaminy i metaamfetaminy, a dodano syntetyczne katynony (stanowią dużą grupę dopalaczy), MDMA, leki dysocjacyjne, w tym ketaminy i fenocyklidyny. Jednak największą nowością jest wyodrębnienie tzw. nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych, czyli popularnych wśród młodzieży, wytwarzanych chałupniczo substancji odurzających. Pojawiły się także nowe kategorie zachowań zaburzonych w wyniku używania substancji psychoaktywnych. W ICD-11 będą to: epizod szkodliwego używania, szkodliwy wzór używania, uzależnienie od substancji oraz wycofanie, majaczenie, zaburzenia psychotyczne wywołane używaniem substancji⁵⁴.

Kierunek, w którym następują zmiany w zakresie diagnostyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, wskazuje na zmianę percepcji tego problemu. Przede wszystkim diagnoza może być bardziej szczegółowa, a przez to determinować specyficzne formy terapii, dostosowane bardziej do problemu i specyfiki substancji. Ważną zmianą, która funkcjonuje już od kilku lat w diagnostyce

⁵² J. Sarnecki, *Nowa klasyfikacja chorób ICD-11 opublikowana*, <https://www.standardy.pl/newsy/id/201> (26.06.2021).

⁵³ *Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD-10*, <http://leksykon.com.pl/icd.html#icd-F.html> (26.06.2021).

⁵⁴ *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 05/2021)* <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (26.06.2021).

przeprowadzanej z wykorzystaniem DSM-V, jest wskazanie, że tzw. szkodliwe używanie czy też szkodliwy wzór używania (ang. Harmful pattern of use – ICD-11) to już tak naprawdę uzależnienie, które wymaga profesjonalnej pomocy. Jak najszybsze rozpoczęcie kompleksowej terapii jest szczególnie ważne w przypadku młodzieży, adolescentów.

2.2. Specyfika terapii uzależnień w ośrodku katolickim

Papież Jan Paweł II 2 lutego 1998 r., do obecnych w Rzymie z wizytą *ad limina apostolorum* biskupów polskich powiedział:

Nie wątpię, że bardzo leży wam na sercu sprawa młodzieży i to, aby nikt z tych młodych ludzi się nie zgubił. A jeszcze bardziej to, aby szukać tych wszystkich, którzy odchodzą lub odwracają się na skutek moralnego zagubienia, doznawanych zawodów czy rozczarowań. Ich droga powinna stać się szczególną troską Kościoła⁵⁵.

Jan Paweł II od początku swojego pontyfikatu akcentował te elementy nauki Kościoła, które mają charakter profilaktyczno-terapeutyczny, zwłaszcza w odniesieniu do młodych, którzy zagubili się w swojej egzystencji. Podczas przemówienia do uczestników VIII Światowego Kongresu Wspólnot Terapeutycznych w Castel Gandolfo, 8 września 1984 r., mocno podkreślił:

Oplacalny jest wysiłek włożony w poznawanie jednostki i zrozumienie jej świata wewnętrznego – doprowadzenie jej do odkrycia lub też ponownego odkrycia godności własnej człowieka; pomóc mu ponownie rozbudzić i powiększyć zniszczone przez narkomanię zasoby osobowości traktowanej jako podmiot aktywny, poprzez pełną ufności, reaktywację mechanizmów woli, zwróconych ku niewzruszonym i szlachetnym ideałom⁵⁶.

Kościół katolicki w Polsce już w latach 80-tych XX wieku towarzyszył narkomanom organizując dla nich wsparcie duszpasterskie. Warto wspomnieć tu salezjanina ks. Szpaka, który był jednym z bardziej aktywnych duszpaste-rzy środowisk, w których nie brakowało ludzi uzależnionych od narkotyków. Jednak już wtedy wielu kapłanów wspierających osoby uzależnione widziało, że ich pomoc jest ważna, ale narkomani wymagają także specjalistycznej terapii⁵⁷. Na przełomie lat 80-tych i 90-tych XX wieku zaczęły powstawać pierwsze katolickie placówki terapeutyczne dla osób uzależnionych. Już od roku 1985 w Mstowie koło Częstochowy funkcjonował ośrodek rehabilitacyjno-readapta-

⁵⁵ Cyt. za: A. Długosz, *Narkomania – ucieczka donikąd*, Częstochowa 2007, s. 110.

⁵⁶ Cyt. za: Cz. Cekiera, *Psychoprofilaktyka uzależnień...*, s. 216.

⁵⁷ Por. S. Luft, *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002, s. 65-67.

cyjny „Betania”, który prowadziła wspólnota o tej samej nazwie, powstała trzy lata wcześniej⁵⁸. Za sprawą ks. Rosika zaczął funkcjonować Katolicki Ruch Antynarkotykowy (KARAN), a w Radomiu działał katolicki ośrodek stacjonarny leczenia uzależnień. W 1991 r., pod patronatem św. Józefa, w Bielsko-Białej ks. Walusiak otworzył Katolicki Ośrodek Wychowania i Resocjalizacji Młodzieży „Nadzieja”, który zaoferował (i czyni to aż do dzisiaj) specjalistyczną pomoc dla adolescentów⁵⁹. Od tego czasu powstawały podobne ośrodki, które już w XXI wieku stały się specjalistycznymi placówkami funkcjonującymi jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, często w powiązaniu z Caritas poszczególnych diecezji. Przykładem takiej placówki jest założony w 2004 roku przez terapeutkę uzależnień Elżbietę Kalmus i księdza Wojciecha Miłka w Strykach, na terenie diecezji zielonogórsko-gorzowskiej, Katolicki Ośrodek Terapii i Wychowania Młodzieży „Anastasis”⁶⁰. Pięć lat później w podpoznańskiej Wierzenicy, zainspirowany doświadczeniami zdobytymi w Strykach, ksiądz Twardowski otworzył NZOZ Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Uzależnień Caritas Archidiecezji Poznańskiej „Wierzenica”. Właśnie w tej placówce w przededniu pandemii zostały przeprowadzone badania religijności adolescentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, które są ważną częścią tego artykułu.

2.2.1. Znaczenie społeczności terapeutycznej w ośrodkach katolickich

Kręgosłupem szeroko pojętego programu terapeutycznego w każdym ośrodku dla osób uzależnionych jest społeczność terapeutyczna. Jest ona terapeutycznym kontekstem wszystkich innych specjalistycznych i wspierających oddziaływań, jakie mają miejsce w placówce. Społeczność terapeutyczna ma stanowić swoistą protezę dla zaburzonych relacji uzależnionych. Ma ona funkcjonować jak zdrowa rodzina, której członkowie nieustannie komunikują się, potrafią mówić o swoich radościach, ale także i bolączkach, doceniają się, wspierają, ale potrafią także mówić w sposób asertywny, a więc stanowczo, ale i łagodnie, o tym, co nie wychodzi, blokuje proces terapii, a nawet jest przejawem zła. W tej bezpośredniej relacji, która jest szczególnie ważna dla młodych ludzi podejmujących terapię, odbywa się komunikacja bezpośrednia, której zadaniem jest umacnianie wartości poszczególnych członków tej wspólnoty, a nie ich deprecjonowanie. Dzięki społeczności ośrodek może także funkcjonować, gdyż w tego typu placówkach praca, troska o porządek, stan domu jest ważnym ele-

⁵⁸ Zob. A. Długosz, *Narkomania...*, s. 62-92.

⁵⁹ <http://www.nadzieja.bielsko.pl/info/osrodek> (26.06.2021).

⁶⁰ https://www.strychy.org/index.php?go=o_nas (26.06.2021).

mentem odzyskiwania kontroli oraz odpowiedzialności za siebie, z uwzględnieniem troski o innych, którzy są na tej samej drodze wychodzenia z matni uzależnienia. Jej doktryna, która funkcjonuje także pod zbiorczą nazwą obyczajnego życia, obejmuje nakazy moralne, wartości, przekonania i zalecenia, które są próbą integracji ideologicznych i psychologicznych wizji na temat realizacji celów, jakimi są trwałe powrót do zdrowia i zmiana stylu życia⁶¹.

Społeczność terapeutyczna w ośrodkach katolickich ma szerszy wymiar, niż w tego typu placówkach funkcjonujących bez łączności z Kościołem. Po pierwsze jest to wspólnota modlitwy, obrzędów religijnych, udziału w Eucharystii, przez co zaproszony do niej zostaje sam Bóg w Trójcy Jedyny. Bóg Ojciec wielu pacjentom zastępuje ziemskiego ojca, który był nieobecny w życiu wielu adolescentów borykających się z problemem uzależnienia. Syn Boży przychodzi jako brat w człowieczeństwie, a jednocześnie Ten, który może przynieść uzdrowienie, powołać, wskazać drogę, którą powinien w miłości do siebie, Boga i innych podążać młody człowiek. Duch Święty przychodzi ze swoimi darami, daje mądrość, która uzdalnia pacjenta do pełnego wykorzystania terapii, a jednocześnie umacnia, czyni mężnym i odważnym w sytuacjach zwątpienia. Wspólnota społeczności terapeutycznej ośrodków katolickich nawiązuje także do charyzmatu Świętej Rodziny. Dzięki temu jest w niej obecna także czuła i troskliwa, a jednocześnie prowadząca do Boga Matka, czyli Maryja. Natomiast wzorem odwagi, wytrwałości, konsekwencji i pracowitości dla pacjenta staje się św. Józef. W tej specyficznej atmosferze katolickiej społeczności terapeutycznej młody, pogubiony człowiek może poczuć się bardziej jak w domu, który przybliży nie tylko do odzyskania zdrowia fizycznego, psychicznego, ale także duchowego, bez którego niezmiernie trudno jest o zbawienie.

2.2.2. Terapia w ośrodku „Wierzenica”

Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Uzależnień, jak każda placówka zajmująca się leczeniem osób uzależnionych, funkcjonował jako społeczność terapeutyczna. Jej członkami byli pacjenci w wieku od 14 do 18 roku życia, którzy odbywali roczną terapię stacjonarną. Kadre ośrodka stanowili przede wszystkim specjaliści terapii uzależnień, z księdzem Twardowskim na czele, którzy mieli dodatkowo wykształcenie psychologiczne, pedagogiczne, a także teologiczne. Funkcję duszpasterza tej wspólnoty pełnił przez długi czas ksiądz Kompf, który znany był z organizacji, wraz z obecnym biskupem Stułkowskim, duszpasterstwa osób uzależnionych z Poznania i okolic, a w tamtym czasie proboszcz parafii pw. św. Mikołaja w Wierzenicy, na terenie której funkcjonowała

⁶¹ G. De Leon, *Społeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*, Warszawa 2003, s. 107.

placówka. Dodatkowo w dni powszednie z osobami uzależnionymi, głównie w zakresie organizacji pracy, współpracowała dyrektor administracyjna, konserwator i kucharka. Stałą opiekę medyczną sprawowała pielęgniarka, a kilka razy w tygodniu pacjenci mieli możliwość skorzystać z konsultacji psychiatrycznej lub internistycznej. Na terenie ośrodka odbywało się także nauczanie indywidualne na poziomie szkoły podstawowej, a przed reformą także i gimnazjum, które prowadzili nauczyciele Szkoły Podstawowej nr 3, a wcześniej gimnazjum w Swarzędzu.

Podstawową formą oddziaływania terapeutycznego, które dokonywało się na bazie społeczności terapeutycznej, była terapia grupowa. W jej trakcie dokonywało się przepracowanie problemów leżących u podstaw uzależnienia, które ujawniały się w codziennym funkcjonowaniu pacjenta w postaci deficytów, społecznych i patologicznych wzorców zachowania. Terapia grupowa miała także na celu pomoc w identyfikacji z chorobą oraz w jej akceptacji. Zawierała ona elementy edukacyjne oraz treningowe, które przyczyniały się do tego, że pacjent rozpoznawał u siebie objawy uzależnienia i potrafił im przeciwdziałać, zanim staną się destrukcyjne dla jego emocji, psychiki i relacji. Terapia ta korzystnie wpływała na budowanie zdrowego poczucia własnej wartości, co zwiększało szansę adolescenta na powrót do trzeźwości i uzdalniało do prowadzenia normalnego życia⁶².

Podczas odbywania terapii każdy pacjent pozostawał także pod indywidualną opieką specjalisty terapii uzależnień. Terapia indywidualna jest ważną formą uzupełniającą terapię grupową. Pozwalała ona na monitorowanie trzeźwienia pacjenta, udzielenie mu wsparcia w sytuacjach kryzysowych, a także pomagała w zbudowaniu indywidualnej motywacji do leczenia. Terapia indywidualna umożliwiała także jednoczesną pracę nad problemami, które z przyczyn merytorycznych musiały być wyłączone z terapii grupowej⁶³.

Ważnym elementem procesu terapeutycznego była ergoterapia, czyli terapia przez pracę. Adolescenci uzależnieni od narkotyków byli niezdolni do pracy. Unikali oni podstawowych obowiązków domowych, przerywali naukę, a starsi pacjenci, którzy próbowali podjąć pracę zarobkową, bardzo szybko ją tracili. W ośrodku młody pacjent musiał nauczyć się pracy, co u podstaw wiązało się z troską o higienę, odpowiedzialnością za społeczność i jej funkcjonowanie. Pacjenci doświadczali, że zaniedbanie pracy przez jednego członka społeczności wpływa negatywnie na pozostałych. Ergoterapia pomagała uzależnionemu ado-

⁶² Program terapeutyczno-wychowawczy Katolickiego Ośrodka Wychowania i Terapii Uzależnień Caritas Archidiecezji Poznańskiej „Wierzenica”.

⁶³ Tamże.

lescentowi przejść przemianę dawnego, zobojętniałego narkomana w człowieka odpowiedzialnego za siebie i innych⁶⁴.

Ośrodek „Wierzenica” był także miejscem, gdzie dokonywała się głęboka formacja religijno-moralna. Sfera duchowa nie może być pominięta w terapii człowieka jako nierozłącznej całości. Podmiotem każdego uzdrowienia jest Bóg, który stał się człowiekiem w Jezusie Chrystusie. Działalność założonego przez Zbawiciela Kościoła, który za sprawą Ducha Świętego nieprzerwanie trwa w głoszeniu Dobrej Nowiny, w swoich założeniach, zasadach i wszystkich wymiarach praktycznego oddziaływania jest profilaktyczna i terapeutyczna. Profilaktyczne jest nauczanie i wychowanie w Kościele, które zmierza do rozwoju pełnej, dojrzałej osobowości każdego człowieka. Natomiast terapeutyczne oddziaływanie Kościoła polega na przywracaniu poczucia godności człowiekowi, nawet najbardziej upadłemu, poprzez ukazywanie mu jego nieutralnej wartości dla świata⁶⁵. Oznacza to, że pomoc uzależnionemu adolescentowi w nawiązaniu relacji z Bogiem, wykształceniu nowej, zdrowej religijności, jest ważnym elementem w wyjściu z uzależnienia, a następnie w wytrwaniu w trzeźwości.

3. Religijność adolescentów odbywających terapię w ośrodku „Wierzenica”

Podsumowaniem tego artykułu będą badania religijności uzależnionych adolescentów, którzy odbywali terapię stacjonarną w ośrodku „Wierzenica”. Badania miały charakter diagnostyczny, a religijność pacjentów została zbadana w trzech aspektach: emocji do Boga, personalnej relacji do Niego oraz przekonań religijnych.

3.1. Charakterystyka grupy badawczej

Badanie odbyło się pomiędzy 27 grudnia 2019 roku a 5 stycznia 2020 roku. Diagnozą zostali objęci wszyscy pacjenci odbywający w tym czasie terapię. Grupa badanych składała się z 17 osób w przedziale wiekowym od 15 do 18 roku życia. Dominowali chłopcy, którzy stanowili 76% badanych (13 osób). Dziewczęta stanowiły 24% badanych (4 osoby). W badanej grupie 2 osoby kończyły terapię, czyli były już w 12 jej miesiącu. Na początku terapii, czyli w pierwszym

⁶⁴ Por. I. Kozak, *Ergoterapia – psychoterapeutyczny wymiar pracy*, [w:] A. Dobrychłop, E. Kowalska, P. Prüfer, *Labor czy opus? Socjopedagogiczne konteksty ludzkiej pracy*, Zielona Góra 2012, s. 220-223.

⁶⁵ Cz. Cekiera, *Psychoprofilaktyka...*, s. 216.

jej miesiącu, były 4 osoby badane. Pozostali, czyli 11 osób, rozpoczęli terapię w okresie wakacyjnym 2019 r. (pomiędzy majem a wrześniem), czyli ich terapia trwała już od 4 do 7 miesięcy, można więc przyjąć, że byli w jej połowie.

3.2. Metody i narzędzia badawcze

Badania odbywały się w kilkuosobowych grupach, metodą „papier-ołówka”, czyli badani adolescenti wypełniali wcześniej przygotowane kwestionariusze. Wykorzystano następujące narzędzia: polską adaptację Skali Emocji do Boga (EtG) S. Hubera, Skalę Personalnej Relacji do Boga (SPRdB) oraz Skalę Spójności Przekonań Religijnych (SSPR).

3.2.1. Skala Emocji do Boga (EtG)

Twórcą skali EtG jest Huber. W założeniu jej autora emocje wyrażone przez EtG odnoszą się do trzech kategorii teologicznych: świętości, opatrności i sprawiedliwości. Postrzeganie Boga w tych kategoriach jest podstawą dla formułowania oczekiwań człowieka względem Niego, co jest źródłem emocji doświadczanych w tej relacji⁶⁶.

Oryginalny kwestionariusz EtG składa się z 16 pozycji, które są nazwami podstawowych, jak i złożonych emocji, jakich człowiek może doświadczać w relacji do Boga. W badaniach wykorzystano polską wersję kwestionariusza EtG, która została wzbogacona o 4 dodatkowe pozycje, a więc w sumie było ich 20. Instrukcja sprowadza się do pytania: Jak często doświadczasz sytuacji, w których odczuwasz następujące emocje względem Boga? Osoba badana ocenia na 5-punktowej skali odpowiedzi częstość odczuwania każdej emocji w stosunku do Boga (nigdy, rzadko, czasem, często, bardzo często). Wynik w podskali to suma punktów za odpowiedzi na pytania tworzące daną podskalę podzielona przez liczbę pozycji⁶⁷.

Skala EtG ma strukturę hierarchiczną i składa się z dwóch skal głównych, którymi są Emocje pozytywne oraz Emocje negatywne. Skala Emocje negatywne zawiera trzy podskale, określane jako: Gniew, Lęk oraz Poczucie winy. W podskali Emocje pozytywne suma punktów za odpowiedzi jest dzielona przez 11, a w podskali Emocje negatywne – przez 10. Wyniki w podskalach Gniew, Lęk oraz Poczucie winy uzyskujemy przez podzielenie sumy punktów za odpowiedzi odpowiednio przez: 2, 3 i 4. Wyniki w podskalach EtG pozwalają

⁶⁶ B. Zarzycka, R. P. Bartczak, *Polska adaptacja skali EtG S. Hubera*, [w:] M. Jarosz, *Psychologiczny pomiar...*, s. 265.

⁶⁷ Tamże, s. 268.

na ocenę częstości doświadczania poszczególnych emocji w stosunku do Boga: pozytywnych i negatywnych (gniewu, lęku i poczucia winy). Wysoki wynik (w okolicach 5) oznacza wysoką, a niski wynik (w okolicach 1) niską częstość doświadczania każdej z emocji względem Boga⁶⁸.

3.2.2. Skala Personalnej Relacji do Boga (SPRdB)

Teoretyczną bazą dla Skali Personalnej Relacji do Boga jest omówiona w podrozdziale 1.2.1 koncepcja Bubera. Zgodnie z poglądami Bubera relację człowieka do Boga można opisać w trzech kategoriach relacji: dialogicznej, wzajemnej i zaktualizowanej. Wyniki uzyskane w SPRdB należy interpretować jako wskaźnik personalnej relacji do Boga. Natomiast wynik ogólny opisuje intensywność personalnego wymiaru religijności. Trzy wspomniane podskale wskazują na strukturę relacji personalnej⁶⁹.

Arkusz testowy zawiera krótką instrukcję oraz 20 stwierdzeń, na które odpowiada się na siedmiostopniowej skali Likerta. Do zliczenia wyników służy odpowiedni klucz, który umożliwia identyfikację stwierdzeń, jako wskaźników poszczególnych kategorii relacji. Zsumowanie wszystkich wyników jest wskaźnikiem personalnej relacji do Boga. Określenie jej poziomu jest możliwe dzięki tabeli norm, która umożliwia zamianę wyniku surowego na centylowy⁷⁰.

3.2.3. Skala Spójności Przekonań Religijnych (SSPR)

Skala Spójności Przekonań Religijnych opiera się na koncepcji Chaima, której założenia teoretyczne przedstawiłem w podrozdziale 1.2.2. Dzięki temu narzędziu, w zależności od celu pomiaru, można diagnozować: spójność przekonań religijnych bądź ich ortodoksyjność. W zakresie spójności przekonań ocena jest dokonywana w trzech wymiarach: przekonań podstawowych (PP) – 30 twierdzeń, przekonań kościelnych (PK) – 10 twierdzeń i przekonań naturalnych (PN) – 5 twierdzeń. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie tych trzech kategorii pozwalają na uzyskanie obrazu przekonań religijnych jednostki lub grupy, a przede wszystkim ich spójności bądź niespójności. Diagnoza ortodoksyjności odnosi się do analizy przekonań badanych w czterech wymiarach (twierdzeniach), które zostały scharakteryzowane we wspomnianym już podrozdziale 1.2.2 tego artykułu. Są to twierdzenia: teocentryczne (9 twierdzeń), chrystocentryczne (12 twierdzeń), eschatyczne (8 twierdzeń) oraz eklezjalne (14 twierdzeń)⁷¹.

⁶⁸ Tamże, s. 268, 285.

⁶⁹ M. Jarosz, *Skala Personalnej Relacji do Boga*, s. 127.

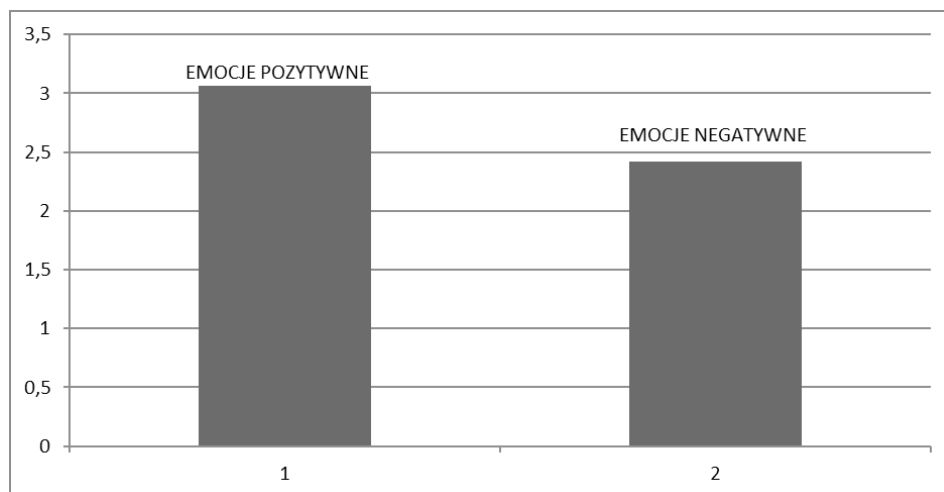
⁷⁰ Tamże, s. 127.

⁷¹ W. Chaim, *Skala Spójności Przekonań Religijnych*, s. 95-96.

3.3. Wyniki badań

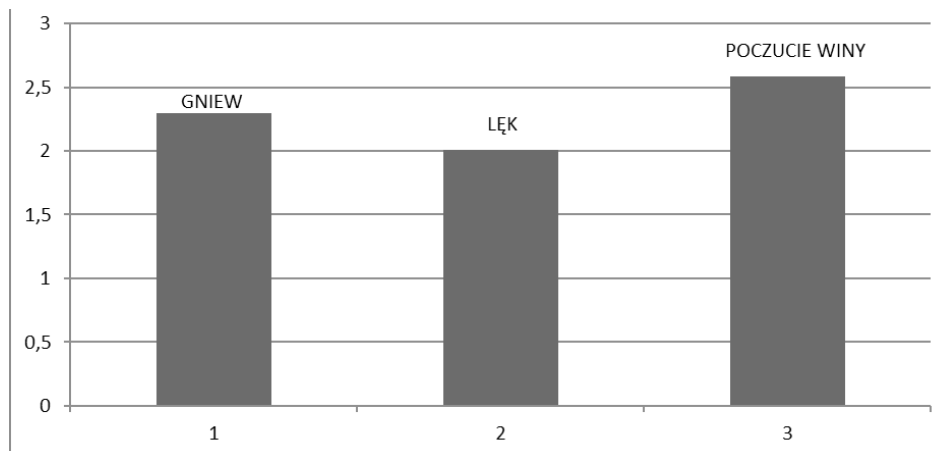
Wyniki badań zostaną zaprezentowane w odniesieniu do całej grupy badanej. Będą to uśrednione wyniki poszczególnych skal, wymiarów oraz podkategorii określające: emocje wobec Boga, formę personalnej relacji z Nim oraz spójność przekonań.

3.3.1. Emocje względem Boga uzależnionych adolescentów



Wykres 1. Porównanie emocji względem Boga osób uzależnionych (opracowanie własne)

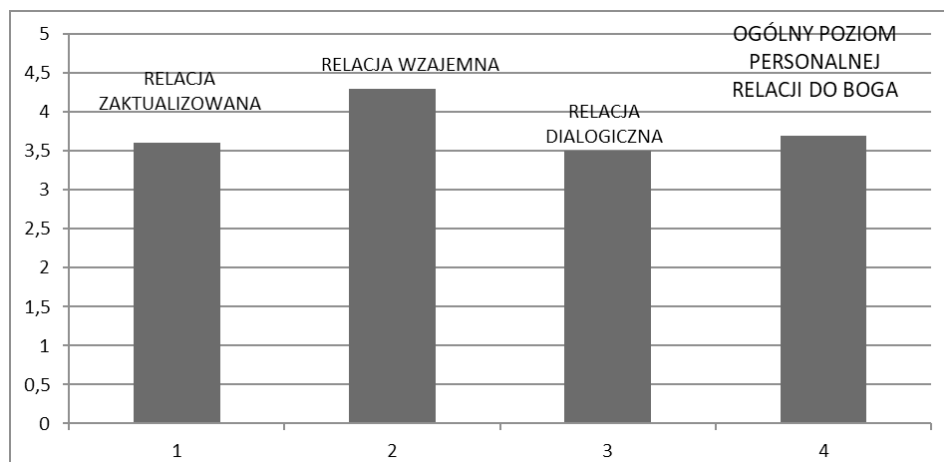
Poziom emocji pozytywnych jest wyższy niż negatywnych. Jednak nasilenie jednego i drugiego wymiaru emocji względem Boga można określić jako średnie, ani wysokie, ani niskie.



Wykres 2. Podskale emocji negatywnych: gniewu, lęku oraz poczucia winy (opracowanie własne)

W zakresie emocji negatywnych u badanych adolescentów najwyższy jest poziom poczucia winy względem Boga. Jednak wynik ten nie odbiega istotnie od poziomów gniewu i lęku, który jest najniższy. Poziom gniewu i poczucia winy mieszczą się w przedziale wyników średnich, natomiast w przypadku lęku można go zakwalifikować do wyników niskich.

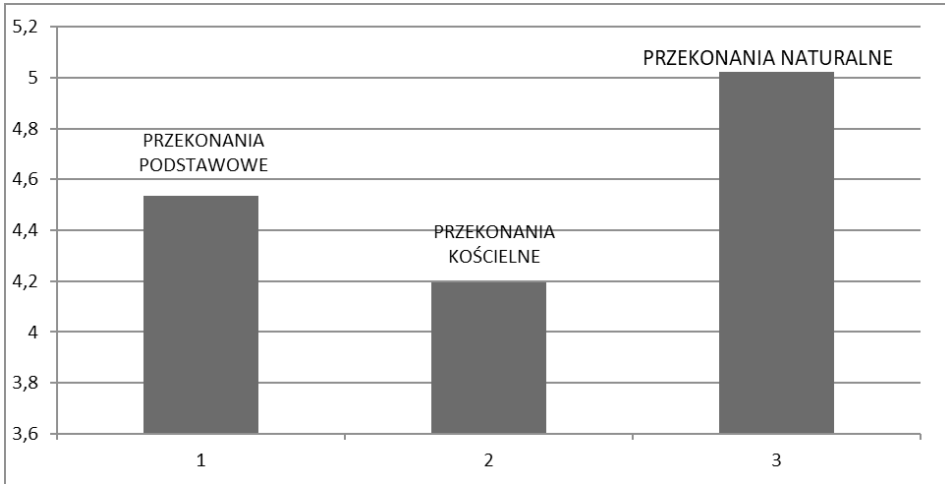
3.3.2. Formy personalnej relacji do Boga uzależnionych adolescentów



Wykres 3. Poziom ogólny personalnej relacji do Boga uzależnionych adolescentów oraz poszczególnych jej wymiarów (relacji zaktualizowanej, wzajemnej i dialogicznej) (opracowanie własne)

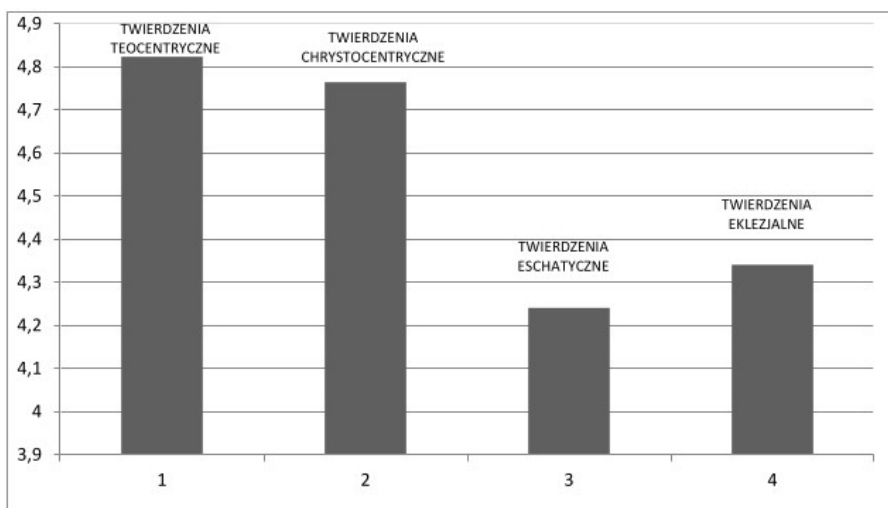
Ogólny poziom personalnej relacji do Boga uzależnionych adolescentów jest na średnim, przeciętnym poziomie. Dominuje relacja wzajemna, czyli taka, w której człowiek dąży do współpracy z Bogiem, który mobilizuje człowieka do określonego typu działania.

1.1.1. Przekonania religijne uzależnionych adolescentów



Wykres 4. Spójność przekonań religijnych adolescentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych (opracowanie własne)

Pomimo, że wydaje się, iż przekonania religijne osób uzależnionych nie są do końca spójne, to należy zauważyć, że rozdźwięk nie jest duży. Pozwala to na stwierdzenie, iż, mimo że niedoskonała, jednak owa spójność przekonań zachodzi. Ważnym jest to, że średni wynik wszystkich trzech skal jest wyższy niż 4, a więc jest to już wynik na granicy wyników przeciętnych i wysokich. Oznacza to, że badani, zwłaszcza w przypadku stwierdzeń, które były wskaźnikami przekonań naturalnych i podstawowych, najczęściej wybierali odpowiedź „raczej zgadzam się”. Badanym najtrudniej było się zgodzić z tymi przekonaniami, które wskazywały na Kościół jako miejsce realizacji wiary, ale także kierownictwa i władzy.



Wykres 5. Ortodoksja przekonań adolescentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych (opracowanie własne)

Ortodoksja pacjentów ośrodka „Wierzenica” jest na poziomie górnej granicy przeciętnej. Spójność w tym zakresie została zachowana, mimo że wykres wskazuje na większą zgodę badanych wobec twierdzeń o charakterze teocentrycznym i chrystocentrycznym, niż tych, które odnoszą się do kwestii eschatycznych i związanych z Kościołem i jego znaczeniem dla wyznawania wiary.

3.4. Wnioski

Diagnoza religijności 17 pacjentów ośrodka „Wierzenica” wykazała, że:

- ich religijność jest raczej ambiwalentna, jednak zaznacza się tendencja wzrostowa, czyli istnieje szansa jej wzrostu,
- największym wskaźnikiem religijności uzależnionych są przekonania religijne, a szczególnie te, które opisują pozytywnie ich stosunek do Boga i świata oraz Jezusa Chrystusa i jego zbawczej misji,
- najważniejszą formą relacji personalnej do Boga jest relacja wzajemna, a więc ta, która zakłada dążenie do zmiany we współpracy z Bogiem,
- pomimo, że emocje pozytywne są nieco wyższe niż negatywne, to jednak ważnym elementem emocji doświadczanych wobec Boga jest poczucie winy.

Podsumowując, w oparciu o wiedzę teoretyczną dotyczącą specyfiki adolescencji, wyniki pacjentów „Wierzenicy” wskazują, że ich religijność jest ogólnie na wyższym poziomie niż ich rówieśników. Ponadto widać, że jest ona wyraźnie

zdeteminowana wcześniejszymi doświadczeniami związanymi z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, a następnie z podjęciem decyzji o leczeniu. Dowodem na to jest, według mnie, wyraźne poczucie winy w ich emocjonalnym odniesieniu do Boga, które prawdopodobnie zastępuje dotychczas dominujący gniew. Wyraźnie widać także kielkującą wolę współpracy z Bogiem w procesie powrotu do zdrowia, którego wyznacznikiem ma być trzeźwość. Przekonania religijne, które wyrażają akceptację dla religii, są prawdopodobnie ukształtowane przez miesiące terapii powiązanej z formacją religijno-moralną i można powiedzieć, że stanowią ważny zasób badanych adolescentów w procesie leczenia i uzyskania trwałej trzeźwości.

Zakończenie

Niestety Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Uzależnień nie przetrwał czasu pandemii i w roku 2020 zakończyło się jego przeszło dwudziestoletnie funkcjonowanie. Uniemożliwiło to przeprowadzenie analizy porównawczej, która była zaplanowana na wakacje 2020 r., po ponad półrocznym funkcjonowaniu pacjentów w wierzeniackiej społeczności terapeutycznej.

Pomimo że badania diagnostyczne religijności, zaprezentowane w tym artykule, dotyczą niewielkiej grupy uzależnionych adolescentów i trudno na ich podstawie wyciągać daleko idące wnioski, to liczę, że staną się początkiem analizy znaczenia wiary i osobistej relacji do Boga w procesie terapii uzależnień. Na szczęście wciąż funkcjonują podobne placówki, które mogą stać się miejscem pogłębionych badań w tym zakresie, z Katolickim Ośrodkiem Wychowania i Terapii Młodzieży „Anastasis”, który funkcjonuje na terenie diecezji zielonogórsko-gorzowskiej.

Bibliografia

- Cekiera Cz., *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, Lublin 1993.
- Chaim W., *Skala Spójności Przekonań Religijnych* [w:] Jarosz M. [red.], *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin 2011, s. 89-99.
- Chlewiński Z., *Psychologia religii*, Lublin 1982.
- De Leon G., *Spoleczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*, Warszawa 2003.
- Długosz A., *Narkomania – ucieczka donikąd*, Częstochowa 2007.
- Dubovsky S. I., *Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych* [w:] Scully J. H. [red.], *Psychiatria*, Wrocław 1995.
- Dufault K., Martocchio B. C., *Hope: Its Spheres and Dimensions*, „Nursing Clinics of North America” 20 (1985), s. 379-391.
- Fowler J. W., *Faith development and pastoral care*, Philadelphia 1987.

- Fowler J. W., *Stages of faith. The psychology of human development and the quest for meaning*, bmirw.
- Franciszek, *Błogosławieni miłosierni. Słowa do młodych*, Kraków 2016.
- Glaserapp H., *Religie niechrześcijańskie*, Warszawa 1966.
- Grzymała-Moszczyńska H., *Psychologia religii*, Kraków.
- Jarosz M., *Skala Personalnej Relacji do Boga* [w:] Jarosz M. [red.], *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin 2011, s. 113-129.
- Konferencja Episkopatu Polski, *Podstawa programowa katechezy*, Kraków 2001.
- Kozak I., *Ergoterapia – psychoterapeutyczny wymiar pracy*, [w:] Dobrychłop A., Kowalska E., Prüfer P., [red.] *Labor czy opus? Socjopedagogiczne konteksty ludzkiej pracy*, Zielona Góra 2012, s. 207-224.
- Królikowska A., *Pojęcia religijne młodzieży. Badania empiryczne detonacyjnego i konotacyjnego rozumienia pojęć*, Kraków 2008.
- Kulesz Z., *Religijność w perspektywie psychologicznej*, Elbląg 2013.
- Lanczkowski G., *Wprowadzenie do religioznawstwa*, Warszawa 1986.
- Luft S., *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002.
- Makselon J., *Psychologia dla teologów*, Kraków 1990.
- Mattis S. G., Ollendick T. H., *Lęk i fobie nastolatków*, Gdańsk 2004.
- Niewiadomska I., Palacz-Chrisidis A., *Zmiany kryteriów w diagnozowaniu zaburzeń związanych z hazardem oraz uzależnień chemicznych i czynnościowych*, „Resocjalizacja Polska” 12/2016, s. 91-104.
- Obuchowska I., *Adolescencja* [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa 2008, s. 163-201.
- Pargament K. I., Koenig H. G., Perez L. M., *The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE*, „Journal of clinical psychology” 56.
- Piaget J., *Jak sobie dziecko wyobraża świat*, Warszawa 2006.
- Piaget J., *Mowa i myślenie dziecka*, Warszawa 2005.
- Popowski B., *Wielki słownik grecko-polski Nowego Testamentu*, Warszawa 1995.
- Światowa Organizacja Zdrowia, *ICD-10. Zaburzenia psychiczne w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej*, Warszawa 1999.
- Święś K., *Religijno-moralny portret młodzieży polskiej*, „Roczniki Teologiczne” (66) 2018, s. 43-61.
- Sovernigo G., *Poczucie winy*, Kraków 1993.
- Teeson M., Degenhardt. I., Hall W., *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, Gdańsk 2005.
- Vasta R., Haith M., Miller S., *Psychologia dziecka*, Warszawa 1995.
- Walesa Cz., *Rozwój religijności człowieka*, Lublin 2005.
- Wulff D., *Psychologia religii. Klasyczna i współczesna*, Warszawa 1999,
- Zarzycka B., Bartczuk R. P., *Polska adaptacja Skali Emocji do Boga (EtG) Hubera* [w:] Jarosz M. [red.], *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin 2011, s. 263-291.