

BEATA HOFFMANN*, MAREK A. MOTYKA**

Wybrane formy oddziaływań duchowych jako alternatywa dla tradycyjnych form terapii osób cierpiących z powodu uzależnień

Selected Forms of Spiritual Impact as an Alternative to Traditional Forms of Therapy for People Suffering from Addiction

Abstrakt

W artykule podjęto się przedstawienia roli oddziaływań duchowych, oferowanych osobom cierpiącym z powodu uzależnienia od narkotyków w wybranych placówkach na terenie Polski. Przybliżono pionierskie oddziaływania mające na celu wsparcie egzystencjalne pacjentów zarówno w Polsce, jak i w innych miejscach na świecie. Zwrócono uwagę na możliwości wynikające z zadbania o stabilizację zdruzgotanej uzależnieniem sfery duchowej. Podano przykłady oddziaływań placówek, które w ramach usług terapeutyczno-rehabilitacyjnych oferują zadbanie o ten istotny dla zmagających się z uzależnieniem wymiar. Osoby z uzależnieniem od używania substancji wielokrotnie bezskutecznie podejmują próby zmiany swojej życiowej sytuacji. Dla wielu z nich ośrodki te mogą stanowić istotną alternatywę w dotychczasowych zmaganiach. Dla osób wyznających wartości religijne mogą być dodatkowym źródłem wzmocnienia bądź motywacji do podjęcia procesu leczenia.

Słowa kluczowe: uzależnienie, oddziaływania duchowe, transcendencja, społeczność terapeutyczna

* Dr hab. Beata Hoffmann – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski, e-mail: beata.hoffmann@uw.edu.pl, ORCID: 0000-0001-7339-4256.

** Dr Marek A. Motyka – Instytut Nauk Socjologicznych, Uniwersytet Rzeszowski, e-mail: mmotyka@ur.edu.pl, ORCID: 0000-0001-6967-0035.

Abstract

The article presents the role of spiritual interventions offered to people suffering from drug addiction in selected institutions in Poland. Pioneering interventions aimed at existential support for patients, both in Poland and in other places in the world, are presented. Attention is paid to the possibilities resulting from taking care for the stabilisation of the spiritual sphere devastated by addiction. Examples of the activities of institutions offering care for this important dimension for those struggling with addiction as part of therapeutic and rehabilitation services are given. Addicts repeatedly make unsuccessful attempts to change their life situation. For many of them, these institutions could be an important alternative in their current struggles. For people who profess religious values, they could be an additional source of reinforcement or motivation to undertake the treatment process.

Keywords: addiction, spiritual interactions, transcendence, therapeutic community

Wprowadzenie

Używanie substancji psychoaktywnych jest zjawiskiem powszechnym na całym świecie. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w swoim raporcie za 2021 rok podaje, że około 83 mln – czyli 28,9% – dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) w Unii Europejskiej przynajmniej raz w życiu spróbowało substancji psychoaktywnych¹.

W klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV² zespół uzależnienia jest zdefiniowany jako

kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grup substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie (często silne, czasami przemożne) przyjmowania substancji psychoaktywnej (która może być lub nie środkiem stosowanym w medycynie), alkoholu lub tytoniu. Przyjęcie substancji nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych³.

¹ R. Modrzyński, *Zaburzenia wynikające z używania substancji w ICD-11. Zmiany w diagnostyce klinicznej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2022, nr 22 (4), s. 249.

² W dniu 11 lutego 2022 roku Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 została oficjalnie wdrożona, stając się klasyfikacją stosowaną do krajowego i międzynarodowego rejestrowania i raportowania chorób i przyczyn zgonów. W Polsce, podobnie jak w pozostałych państwach, przewidziano 5-letni okres przejściowy na wdrożenie ICD-11. Ponieważ w okresie przejściowym w Polsce i wielu innych krajach nadal korzysta się ze starszej wersji – ICD-10, do niej odwołujemy się w tekście.

³ S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Vesalius, Kraków 2000, s. 73.

Leczenie uzależnień jest złożonym procesem, obejmującym szeroko rozumiane czynniki bio-psycho-społeczne. Polega ono na identyfikacji problemu, dostarczeniu wsparcia, zapewnieniu dostępu do opieki zdrowotnej i integracji społecznej osobie doświadczającej problemów spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnej⁴.

System specjalistycznej opieki w Polsce skierowany do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych został wkomponowany w system opieki zdrowotnej i stanowi część modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Lecznictwo dla osób uzależnionych jest bezpłatne, nie ma rejonizacji usług i konieczności posiadania skierowania w celu podjęcia leczenia. Leczenie realizowane jest w strukturach publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których działalność od 1999 roku finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia, a także urzędy gmin lub urzędy marszałkowskie. Podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji społecznej przez osobę uzależnioną jest dobrowolne z wyłączeniem osób poniżej 18 roku życia oraz ubezwłasnowolnionych, które mogą być zobowiązane do podjęcia leczenia przez sąd⁵.

W skład organów założycielskich placówek dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wchodzi jednostki samorządowe, stowarzyszenia i spółki cywilne. Szczególne miejsce wśród niepublicznych organizatorów zajmuje Stowarzyszenie „Monar”, obok którego działają inne stowarzyszenia, kościoły oraz inne spółki cywilne i osoby fizyczne.

Struktura lecznictwa dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol obejmuje:

specjalistyczne placówki ambulatoryjne, tzw. „punkty”, poradnie, specjalistyczne placówki stacjonarne, oddziały stacjonarne (krótko, średnio lub długoterminowe – do dwóch lat), oddziały detoksykacyjne, w których leczenie trwa ok. 14 dni, oddziały dzienne, placówki hostelowe i mieszkania readaptacyjne, programy postrehabilitacyjne i leczenie substytucyjne⁶.

Mimo że w ostatnich latach można zaobserwować coraz częstsze odcho-
dzenie od opieki stacjonarnej na rzecz lecznictwa ambulatoryjnego, przebie-
gającego w poradniach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego,

⁴ Cyt. za: P. Jabłoński, *Wstęp*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 9–12.

⁵ B. Hoffmann, *Deinstytucjonalizacja opieki medycznej w lecznictwie odwykowym. Ryzyka i granice*, w: *W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie*, red. M. Rymśa, Wydawnictwo UW, Warszawa 2023, s. 101–123.

⁶ Więcej na ten temat: B. Hoffmann, *Deinstytucjonalizacja opieki medycznej...*, passim.

poradniach odwykowych i ośrodkach dziennych, to współczesny polski model terapii uzależnień od narkotyków powstał na bazie długoterminowego, całodobowego, zamkniętego leczenia stacjonarnego, w którym terapia trwa od około roku do 18 miesięcy. Leczenie i rehabilitacja w placówkach stacjonarnych bazuje na podejściu zorientowanym na całkowitą abstynencję od substancji psychoaktywnych. Istotną rolę w procesie terapii pełnią mikroedukacja, nauka i praca jako elementy przygotowujące do prawidłowej realizacji ról społecznych⁷. Podstawową formą oddziaływań w ośrodkach stacjonarnych jest metoda społeczności terapeutycznej⁸. Społeczność terapeutyczna jako metoda leczenia osób uzależnionych powstała w Stanach Zjednoczonych w 1958 roku, w czasie gdy inne systemy terapeutyczne nie osiągały znaczących efektów w leczeniu tej grupy pacjentów. W koncepcji społeczności terapeutycznej uzależnienie od narkotyków jest traktowane jako kompleksowe zaburzenie wpływające na całego człowieka, wraz ze wszystkimi aspektami jego funkcjonowania⁹. Tym samym uzależnienie postrzegane jest jako objaw, a nie istota zaburzenia¹⁰. Takie podejście jest nie tylko jedną z głównych cech społeczności terapeutycznej, ale też jedną z głównych różnic pomiędzy modelem społeczności terapeutycznej a standardowym leczeniem psychiatrycznym w warunkach szpitalnych, które w znacznie większym stopniu opiera się na systemach diagnostycznych zorientowanych na objawy¹¹. Z perspektywy społeczności terapeutycznej, w procesie powrotu do zdrowia oprócz przekonstruowania tożsamości społecznej i osobistej, niezbędna jest zmiana stylu życia. Tym samym głównym celem psychologicznym leczenia jest próba zmiany negatywnych wzorców myślenia, zachowań i uczuć, które predysponują jednostkę do zażywania narkotyków, głównym celem społecznym jest zaś rozwijanie umiejętności, postaw i wpajanie wartości niezbędnych do odpowiedzialnego, wolnego od narkotyków stylu życia. Warunkiem pomyślnego procesu zdrowienia jest integracja celów psychologicznych i społecznych¹². Zgodnie ze Światową Federacją Społeczności Terapeutycznych (*The World Federation of Therapeutic Communities*) podstawowym celem społeczności terapeutycznej jest wspieranie osobistego rozwoju, co jest możliwe

⁷ P. Jabłoński, K. Puławska-Popielarz, *Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 21–22.

⁸ K.J. Pilarz, *Społeczność terapeutyczna jako metoda pracy grupowej z bezdomnymi*, „Pedagogia Christiana” 2013, nr 2 (32), s. 246–247.

⁹ M. Griffiths, A „Components” Model of Addiction within a Biopsychosocial Framework, „Journal of Substance Use” 2005, nr 10 (4), s. 191–197.

¹⁰ J. Orford, *Addiction as Excessive Appetite*, „Addiction” 2001, nr 1 (96), s. 15–31.

¹¹ G. De Leon, H.F. Unterrainer, *The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders*, „Frontiers in Psychiatry” 2020, nr 11, s. 786.

¹² Tamże.

do osiągnięcia dzięki zmianie indywidualnego stylu życia przy pomocy grupy ludzi połączonych wspólnym problemem i zaangażowanych we wspólną pracę, aby pomóc sobie samym i innym mieszkańcom danej społeczności¹³.

Niekwestionowanym liderem walki o prawa osób uzależnionych i pomoc dla tej grupy w wychodzeniu z nałogu był Marek Kotański. Choć Monar jako stowarzyszenie zarejestrowany został dopiero w 1981 roku, to jego pierwszy ośrodek założono już 15 października 1978 roku w Głoskowie koło Garwolina. Niezależnie od powstających w kolejnych latach ośrodków Monaru, stacjonarnych placówek odwykowych Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii czy Zespołów Opieki Zdrowotnej, powstawały też katolickie ośrodki dla osób uzależnionych od narkotyków, których działalność stanowi zasadniczą tematykę podjętą w niniejszym tekście.

Sfera duchowa odgrywa istotną rolę w osiągnięciu dobrostanu i satysfakcji z życia, a duchowe aspekty funkcjonowania jednostek cierpiących z powodu uzależnienia nabierają szczególnego znaczenia w zmaganiach z tą przewlekłą chorobą¹⁴. Celem niniejszej pracy było przedstawienie znaczenia duchowości w procesie zdrowienia osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych, w szczególności od narkotyków. Rola duchowości interesowała nas nie tylko jako czynnik pomagający w utrzymaniu abstynencji, ale też czynnik odgrywający istotną rolę w transformacji systemu wartości, w dokonywaniu zmian w sposobie myślenia, odczuwania, przeżywania czy reagowania. W tym celu zbadaliśmy aktualny stan światowej literatury empirycznej, poświęconej związkowi między duchowością/religią/wiarą a postawami wobec uzależnień i procesem leczenia osób uzależnionych. Kolejny etap naszych prac poświęcony był badaniu dokumentów zastanych, dotyczących form pomocy dla osób uzależnionych od substancji, oferowanych przez polskie ośrodki katolickie. Ten typ placówek obok ośrodków Stowarzyszenia Monar i Zespołów Opieki Zdrowotnej stanowi podstawowy element oferty dla pacjentów uzależnionych, tym samym nasz tekst miał na celu ukazanie, jak ważna jest rola ośrodków katolickich w leczeniu uzależnień. Zależało nam na tym szczególnie, gdyż niewiele jest w Polsce opracowań, podejmujących kwestie pomocy w powrocie do zdrowia.

¹³ *Mission & Goals*, The World Federation of Therapeutic Communities, 2023, <https://www.wftc.org/mission-goals> (dostęp: 31.10.2024).

¹⁴ M. Wnuk, *Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, nr 3 (20), s. 290.

Czynniki duchowe a pomoc uzależnionym – rys historyczny

Zmagania duchowe, a nawet problemy moralne, są stale obecne niezależnie od tego, czy są wyrażane w kategoriach psychologicznych, czy egzystencjalnych¹⁵. W czasie trwania choroby wiele dotkniętych nią osób odwołuje się do duchowej oraz religijnej sfery własnej egzystencji, korzystając z nakreślonych przez religię sposobów radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Duchowość jest pojęciem wielowymiarowym¹⁶; jest definiowana jako otwartość na Boga, naturę lub wszechświat, gdzie można doświadczyć harmonii z prawdą, uczuć miłości, nadziei i współczucia, inspiracji lub oświecenia z poczuciem sensu i celu w życiu, połączenia jednostki z Bogiem lub Transcendencją. Z drugiej strony, religia jest postrzegana jako zbiorowy wyraz tego związku, w którym pośredniczy się w relacji z Bogiem i społecznością poprzez zorganizowany system wierzeń i praktyk¹⁷.

Pierwsze formy pomocy nakierowane na uzależnionych objęły swym działaniem osoby z zespołem uzależnienia od alkoholu. Dziewiętnastowieczny rozwój miast, a wraz z nim coraz liczniejsze grupy bezdomnych i pozbawionych środków do życia alkoholików stanowiły poszerzający się problem społeczny i wymagały pomocy. W 1826 roku David Nasmith rozpoczął misję pomocową w szkockim Glasgow, której celem było zapewnienie tymczasowego schronienia, wyżywienia i wsparcia bytowego potrzebującym alkoholikom. W Stanach Zjednoczonych Jerry McAuley i Samuel Hadley rozpoczęli podobną działalność. Pionierzy akcji pomocowych byli pod silnym wpływem protestanckich ewangelistów, głoszących, że uzależnienie jest grzechem, podkreślających znaczenie nawrócenia jako antidotum na ten problem¹⁸. W 1865 roku w Londynie William Booth założył Armię Zbawienia. Booth przyciągał uzależnionych, zapewniając im wyżywienie i schronienie. W leczeniu uzależnienia decydująca rola przypadała chrześcijańskiemu zbawieniu i wychowaniu moralnemu w zdrowym środowisku¹⁹. W niedługim czasie organizacja ta objęła swoim działaniem również wybrane tereny Stanów Zjednoczonych, a do 1900 roku rozprzestrzeniła się na ponad 700 miast. W 1902 roku ukazała się publikacja *Odmiany doświadczeń religijnych*

¹⁵ H.F. Unterrainer i in., *Religious/Spiritual Well-Being, Coping Styles, and Personality Dimensions in People With Substance Use Disorders*, „The International Journal for the Psychology of Religion” 2013, nr 23 (3), s. 204–213.

¹⁶ B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Parpamedia, Warszawa 2009, s. 281–300.

¹⁷ R.G. Burnett, *Faith Based Programs in the Treatment of Substance Abuse*, 2014, https://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1746&context=gs_rp (dostęp: 31.10.2024).

¹⁸ W.L. White, *Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America*, Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute, Bloomington 1998, s. 96–115.

¹⁹ Tamże.

autorstwa lekarza i psychologa Williama Jamesa. Jej głównym motywem było znaczenie nawrócenia religijnego jako lekarstwa na uzależnienie²⁰.

Pod koniec XIX wieku doświadczenie religijne było postrzegane jako anty-toksyna dla uzależnienia. Wielu uzależnionych głosiło, że Bóg zabrał ich uzależnienie w tzw. przebudzeniach religijnych, dzięki którym byli w stanie budować nowe, zdrowe związki z ludźmi. Na przełomie XIX i XX wieku amerykański ruch wstrzemięźliwości i prohibicji, silnie związany z protestantyzmem, był spopularyzowany w lokalnych społecznościach, a jego członkowie pouczali obywateli o szkodliwych skutkach picia alkoholu i nawoływali do abstynencji alkoholowej²¹. Na początku XX wieku ruch rozprzestrzenił się na większość głównych miast w Stanach Zjednoczonych²². Bractwa trzeźwości, bractwa wstrzemięźliwości, jako stowarzyszenia społeczno-religijne, propagujące powstrzymywanie się od picia alkoholu, istniały również na ziemiach polskich od lat 40. XIX wieku. Działały one pod patronatem katolickiego duchowieństwa. Większość inicjatyw z tego okresu zarówno na świecie, jak i w Polsce, obejmowało pomoc osobom nadużywającym alkoholu i od niego uzależnionym.

W 1906 roku w Bostonie otwarto *Emmanuel Church Clinic*. Pracujący tam klinicyści próbowali połączyć aspekty religijne, medyczne i psychologiczne w leczeniu uzależnień. Ich program odbiegał od tego, co proponowała Armia Zbawienia oraz misje pomocowe i był zbliżony do współczesnego pojmowania duchowości, uznawanej w przypadku uzależnień za „indywidualną intensywność ludzkich potrzeb, jako drogę do osiągnięcia wartości osobowości: pokoju, mądrości i sensu życia, która może być realizowana przez różne obrzędy i doświadczenia duchowe”²³. Program *Emmanuel Church Clinic* miał wpływ na rozwój Grupy Oksfordzkiej i kolejno na Wspólnotę Anonimowych Alkoholików (dalej AA). Mimo że AA nie jest związana z żadną grupą religijną, kościołem czy organizacją, oferuje podejście duchowe w procesie zdrowienia, a koncepcje chrześcijańskie były ściśle związane z 12 krokami AA już od początku powstania Wspólnoty²⁴. Na uwagę zasługuje fakt, że realizacja 12 kroków nie jest warunkiem

²⁰ W. James, *Odmiany doświadczenia religijnego. Studium ludzkiej natury*, Aletheia, Warszawa 2023.

²¹ L.A. Schmidt, „A Battle Not Man's but God's”: *Origins of the American Temperance Crusade in the Struggle for Religious Authority*, „Journal of Studies on Alcohol” 1995, nr 56 (1), s. 111–118.

²² J. Pittman, S.W. Taylor, *A Battle Not Man's but God's Christianity and the Treatment of Addiction: An Ecological Approach for Social Workers*, w: *Christianity and Social Work: Readings on the Integration of Christian Faith and Social Work Practice*, red. B. Hugen, T.L. Scales, North American Association of Christians in Social Work, Botsford 2002, s. 199.

²³ A. Ciepielski, *Znaczenie duchowości w pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu*, w: *Wspomóc uzależnionych od alkoholu. Refleksja psychologiczno-teologiczna*, red. J. Dziedzic, J. Klimek, Wydawnictwo Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, Kraków 2017, s. 403.

²⁴ I. Kaczmarczyk, *Terapeutyczne oddziaływania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, w: *Psychoterapia. Pogranicza*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Eneteia, Warszawa 2012, s. 519–522.

członkostwa w AA, zasady te są zaś przede wszystkim formą duchowego drogowskazu, a nie wymogiem osiągnięcia duchowej doskonałości²⁵.

Sukces i szybki rozwój AA miały wpływ na rozwój programów leczenia uzależnień Armii Zbawienia. W programach tych uwzględniono szerszą perspektywę w leczeniu uzależnienia od alkoholu, łącząc pomoc kliniczną z perspektywą chrześcijańską, co okazało się sukcesem w porównaniu z programami zdrowienia realizowanymi w świeckich ośrodkach²⁶.

W kolejnych latach powstawały inne ośrodki o chrześcijańskim rodowodzie, jak np. *Teen Challenge* założony w 1958 roku przez zielonoświątkowego kaznodzieję Davida Wilkersona, *Saint Marr's Clinic* w Chicago, *Christian Reformed Church's Addicts Rehabilitation Center*, *Episcopal Astoria Consultation Service* w Nowym Jorku, *East Harlem Protestant Parish's Exodus House* i wiele innych. W tym czasie istniały też chrześcijańskie programy leczenia, przeznaczone dla uzależnionych odbywających leczenie w warunkach szpitalnych lub w formie ambulatoryjnej²⁷.

Obecnie 73% programów leczenia uzależnień w Stanach Zjednoczonych zawiera element oparty na duchowości, co jest wyrażone w programach 12 kroków zarówno dla alkoholików, narkomanów, jak i osób uzależnionych od zachowań²⁸, gdzie odnajdujemy wyraźne odwołania do Boga i Siły Wyższej. Należy przy tym podkreślić otwartość na pojmowanie Boga („jakkolwiek Go pojmujemy”), które jest też fundamentem otwartości na wszystkich ludzi, dla których uzależnienie jest problemem: wszystkich niezależnie od wyznania czy praktykowania swojej wiary. Przykłady podobnej działalności można znaleźć również w innych krajach, jak np. w Irlandii, gdzie kapucyn O. Theobald Mathew stworzył i rozpropagował w połowie XIX wieku Irlandzki Ruch Wstrzemięźliwości²⁹, a także w Polsce.

W Polsce, podobnie jak w Stanach Zjednoczonych i innych krajach Europy, nadmierne spożycie alkoholu jako problem społeczny zaczęto postrzegać w XIX wieku. W 1844 roku polski duchowny katolicki ks. Jan Nepomucen Alojzy Ficek zainicjował akcję duszpasterską, której celem było przeciwdziałanie pijaństwu wiernych, a założone przez niego Bractwo Trzeźwości w Piekarach zostało za pontyfikatu Piusa IX podniesione do rangi Arcybractwa³⁰. Podobne bractwa zostały założone przez abp. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego na Mazowszu,

²⁵ Tamże, s. 522–531.

²⁶ S.L. Gauntlett, *Drug Abuse Control and the Salvation Army*, „Bulletin on Narcotics” 1991, nr 43 (1), s. 18–23.

²⁷ W.L. White, *Slaying the Dragon...*, s. 199–222.

²⁸ B.J. Grim, M.E. Grim, *Belief, Behavior, and Belonging: How Faith is Indispensable in Preventing and Recovering from Substance Abuse*, „Journal of Religion and Health” 2019, nr 58 (5), s. 1725.

²⁹ G. Bachanek, *Teologiczne podstawy działalności trzeźwościowej ks. Karola Mikoszewskiego*, „Warszawskie Studia Pastoralne” 2017, nr 2 (35), s. 40.

³⁰ D. Rott, *Ksiądz Jan Alojzy Ficek – XIX-wieczny edytor „Żywotów świętych” Piotra Skargi*, w: *Jesuitica: kolokwium naukowe z okazji 400. rocznicy urodzin Macieja Kazimierza Sarbiewskiego*, red. J. Malicki, P. Wilczek, Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997, s. 84.

a w diecezji poznańskiej i gnieźnieńskiej przez abp. Mieczysława Ledóchowskiego³¹. Pod koniec XIX wieku Bractwa Trzeźwości zostały powołane we Lwowie (abp lwowski Józef Bilczewski), Przemyślu (bp przemyski Józef Sebastian Pelczar), ks. Bronisław Markiewicz utworzył system wychowania młodzieży (*W duchu wstrzemięźliwości i pracy*), a Brat Albert Chmielowski na terenie Krakowa podjął się ratowania cierpiących z niewoli pijaństwa i alkoholizmu. W latach międzywojennych i po wojnie aktywnymi działaczami i apostołami trzeźwości i abstynencji byli: ks. Antoni Częstka, ks. Michał Sopoćko, ks. prof. Wincent Granat – rektor KUL, ks. dr Władysław Padacz i ks. Franciszek Blachnicki³². Bractwa Trzeźwości są uznawane za istotne pionierskie inicjatywy na rzecz przeciwdziałania alkoholizmowi w Polsce³³.

Podobnie, jak miało to miejsce w innych krajach świata, działalność pomocowa i profilaktyczna skierowana była dla nadużywających i uzależnionych od alkoholu, co nie znaczy, że jedynie dla tych osób.

Postawy wobec uzależnień i ich leczenia a religia

Według Howarda Clinebella lęk egzystencjalny jest kluczowym czynnikiem dla zrozumienia zarówno etiologii, jak i leczenia uzależnień³⁴. Doświadczenie samotności i odczuwana izolacja, nie tylko od innych, ale także od siebie, czyni człowieka bezbronny wobec uzależnienia, a poprzez używanie alkoholu i narkotyków możliwe staje się tłumienie tego nieznosnego lęku³⁵. Ta forma radzenia sobie pozwala na uśmierzenie niepokoju, jednak nie wystarcza na powstrzymanie głębokiej psychicznej i duchowej potrzeby celu i sensu życia. Postępujące uzależnienie przejmujące kontrolę nad człowiekiem sprawia, że życie osób uzależnionych staje się w jeszcze większym stopniu pozbawione sensu i puste duchowo³⁶. Wielokrotnie można spotkać się z przeświadczeniem, że religia i duchowość wpływają na stanowiska wobec uzależnienia i jego leczenia³⁷.

Na przestrzeni wieków zmieniały się postawy w stosunku do uzależnień i stosunek uzależnionych do wiary. W obrębie poszczególnych wyznań istniały

³¹ J. Krasieński, *Działalność Kościoła Katolickiego w Polsce w dziedzinie trzeźwości*, „Studia Theologica Varsoviensia” 1998, nr 36 (2), s. 145.

³² Tamże, s. 146–147.

³³ I. Krasieńska, *Towarzystwa Trzeźwości w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, „Medycyna Nowożytna” 2004, nr 11 (1), s. 72–74.

³⁴ H.J. Clinebell, *Philosophical-Religious Factors in the Etiology and Treatment of Alcoholism*, „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” 1963, nr 24 (3), s. 475–480.

³⁵ Tamże.

³⁶ C. Nakken, *The Addictive Personality: Understanding the Addictive Process and Compulsive Behavior*, Hazelden Publishing, Hazelden 1996, s. 62.

³⁷ A. Ciepielski, *Znaczenie duchowości...*, s. 400–406.

odmienności co do tego, jakich substancji i zachowań należy unikać lub które mogą być dla wyznawców zagrażające³⁸. W latach 30. XX wieku wraz z pionierami takimi jak Anton Boisen, Richard Cabot i Russell Dicks rozpoczął się w Stanach Zjednoczonych ruch teologii pastoralnej, koncentrujący się m.in. na związkach religii i zdrowia³⁹.

We współczesnej medycynie zachodniej coraz częściej uznaje się znaczenie duchowości pacjenta w leczeniu i zdrowieniu⁴⁰. Zwiększa się liczba badań, wskazujących na pozytywny wpływ wiary na zdrowie i dobre samopoczucie⁴¹. Ten pozytywny wpływ jest szczególnie widoczny w zdrowieniu osób cierpiących z powodu uzależnienia od używania substancji⁴². Korzyści płynące z wiary dla procesu zdrowienia można dostrzec w różnych systemach religijnych. Zdaniem Cecylii Chan i wsp. duchowe aspekty zdrowienia są powszechne we wschodnich filozofiach buddyzmu, taoizmu i tradycyjnej medycyny chińskiej⁴³. Dotyczy to szczególnie leczenia uzależnień, obejmującego tradycyjny paradygmat, kładący nacisk na integrację ciała, umysłu i ducha⁴⁴.

Znaczenie wsparcia duchowego i zaangażowania religijnego w procesie zdrowienia jest wyraźnie zauważalne na przykładzie programu 12 kroków AA, tak chętnie stosowanego również przez uzależnionych od innych substancji lub zachowań⁴⁵. Przegląd 278 badań ilościowych, dotyczących związku między nadużywaniem alkoholu a wiarą wykazał, że 239 potwierdza, iż wiara zmniejsza ryzyko związane z używaniem, nadużywaniem lub uzależnieniem od alkoholu; cztery badania wykazały, że wiara przyczyniała się do używania, nadużywania lub uzależnienia od alkoholu, a pozostałe były neutralne. Przegląd badań poświęconych zależnościom między wiarą a używaniem, nadużywaniem lub uzależnieniem od narkotyków przyniósł podobne wyniki. Spośród 185 przeanalizowanych danych zdecydowana większość potwierdza, że wiara zmniejsza ryzyko nadużywania narkotyków, a jedynie wyniki dwóch badań wykazały, że wiara przyczynia się do sięgania po te środki⁴⁶.

³⁸ J.T. Grant Weinandy, J.B. Grubbs, *Religious and Spiritual Beliefs and Attitudes Towards Addiction and Addiction Treatment: A Scoping Review*, „Addictive Behaviors Reports” 2021, nr 14, s. 100393 (2–3).

³⁹ S. Peng-Keller, D. Neuhold, *A Short History of Documenting Spiritual Care*, w: *Charting Spiritual Care: The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care*, red. S. Peng-Keller, D. Neuhold, Springer, Cham 2020, s. 15.

⁴⁰ R.D. Orr, *Incorporating Spirituality into Patient Care*, „AMA Journal of Ethics” 2015, nr 17 (5), s. 414.

⁴¹ J. Żołnierz, J. Sak, *Modern Research on Religious Influence on Human Health*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, nr 7 (4), s. 103–105.

⁴² A. Ciepielski, *Znaczenie duchowości...*, s. 402–403.

⁴³ C.L.W. Chan i in., *East Meets West: Applying Eastern Spirituality in Clinical Practice*, „Journal of Clinical Nursing” 2006, nr 15, s. 825.

⁴⁴ M. Wnuk, *Duchowy charakter...*, s. 296.

⁴⁵ I. Kaczmarczyk, *Terapeutyczne oddziaływania...*, s. 522–525.

⁴⁶ J.B. Grim, M.E. Grim, *Belief, Behavior...*, s. 1717–1720.

Wyniki eksploracji innych autorów wskazują na analogiczną zależność między wiarą a nadużywaniem substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. Zdaniem badaczy młodzież deklarująca się jako wierząca rzadziej używa lub nadużywa narkotyków i alkoholu⁴⁷. Potwierdzają to badania nad nadużywaniem tych substancji wśród amerykańskiej młodzieży w wieku 12–17 lat, które wykazały, że wyższy stopień religijności, w tym uczestnictwo młodych we wspólnotach czy grupach modlitewnych, zaangażowanie religijne, dokonywanie wyborów na podstawie przekonań i postaw religijnych, wiąże się m.in. z negatywnym nastawieniem do nadużywania substancji psychoaktywnych⁴⁸. „Młodzież zaangażowana religijnie i czyniąca modlitwę i wiarę w Boga integralną częścią swojego życia, ma lepsze mechanizmy radzenia sobie podczas uczestnictwa w programach odwykowych i lepsze wyniki po zakończeniu programów”⁴⁹. Byron Johnson zwraca uwagę, że wyższa religijność nastolatków wiąże się również z innymi czynnikami, skorelowanymi z niezażywaniem narkotyków, takimi jak dobre relacje rodzinne, kontakty towarzyskie z przyjaciółmi, którzy nie zażywają narkotyków i prezentują postawy antynarkotykowe⁵⁰.

Wyniki badań wskazują, że duchowość i wiara przyczyniają się do postępów w procesie zdrowienia⁵¹. Badania potwierdzają, że wiara i duchowość pomagają w utrzymaniu abstynencji narkotykowej zarówno w trakcie, jak i po przebytym leczeniu odwykowym⁵². Jest to szczególnie widoczne w przypadku uzależnień o wysokim wskaźniku nawrotów, jak ma to miejsce w przypadku uzależnienia od opiatów⁵³. Zgodnie z wynikami badań najważniejszym elementem w programach leczenia jest modlitwa. Ma ona szczególne znaczenie w chwilach niekontrolowanego pragnienia spożycia narkotyku. Modlitwa staje się tu jednym z narzędzi kontrolowania nawrotów, jest uważana za substytut terapii farmakologicznej

⁴⁷ Zob. m.in.: B.R. Johnson i in., *Alone on the Inside: The Impact of Social Isolation and Helping Others on Aod Use and Criminal Activity*, „Youth and Society” 2015, nr 50 (4), s. 530; ciż, *Positive Criminology and Rethinking the Response to Adolescent Addiction: Evidence on the Role of Social Support, Religiosity, and Service to Others*, „International Journal of Criminology and Sociology” 2016, nr 5, s. 175–179; J.B. Grim, M.E. Grim, *Belief, Behavior...*, s. 1719.

⁴⁸ J.A. Ford, T.D. Hill, *Religiosity and Adolescent Substance Use: Evidence from the National Survey on Drug Use and Health*, „Substance Use and Misuse” 2012, nr 47 (7), s. 788–793.

⁴⁹ B.J. Grim, M.E. Grim, *Belief, Behavior...*, s. 1720.

⁵⁰ B.R. Johnson, *A Better Kind of High: Religious Commitment Reduces Drug Use among Poor Urban Teens*, Baylor Institute for Studies of Religion 2008, https://www.baylorisr.org/wp-content/uploads/2019/09/ISR_Better_High.pdf (dostęp: 1.11.2024).

⁵¹ Zob. m.in.: U. Schjodt i in., *Rewarding Prayers*, „Neuroscience Letters” 2008, nr 3 (443), s. 165–168; ciż, *Highly Religious Participants Recruit Areas of Social Cognition in Personal Prayer*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience” 2009, nr 4 (2), s. 199–207.

⁵² R.A. Martin i in., *General and Religious Coping Predict Drinking Outcomes for Alcohol Dependent Adults in Treatment*, „The American Journal on Addictions” 2015, nr 24 (3), s. 240–245.

⁵³ S. Pamuła, *Ośrodek „Betania” k. Częstochowy jako przejaw pomocy narkomanom*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2007–2008, nr 35–36, s. 169–170.

i pełni funkcję przeciwlękową⁵⁴. Dzięki modlitwie łagodzone jest doświadczanie osamotnienia jednostki w zmaganiach z tą chorobą, istotna rola przypada również spowiedzi, która może uwolnić od winy za błędy popełnione w przeszłości i umożliwić nową przyszłość⁵⁵.

Wyniki badań przeprowadzonych w ostatnich 20 latach wskazują na istotną rolę wiary nie tylko w procesie zdrowienia, ale też w zapobieganiu nadużywaniu substancji⁵⁶. Zdecydowana większość przypadków sugeruje, że wiara, praktyki religijne i duchowe prowadzą do rzadszego sięgania po substancje psychoaktywne, w tym zmniejszonego prawdopodobieństwa zażywania różnych narkotyków w ciągu całego życia⁵⁷.

Pomoc świadczona w Polsce osobom cierpiącym z powodu uzależnienia od narkotyków

W światowej literaturze przedmiotu podkreślana jest rola wsparcia społecznego oferowanego osobom uzależnionym przez wspólnoty i organizacje wyznaniowe⁵⁸. Również w Polsce Kościół katolicki od lat podejmuje wiele konkretnych inicjatyw i działań, aby pomóc osobom uzależnionym. Oferowana jest pomoc zarówno w formie stacjonarnej, ambulatoryjnej, jak i w postaci placówek, których celem działalności jest edukacja, profilaktyka, organizacja mityngów czy rekolekcji abstynenckich. Poniżej przedstawiamy przykłady działania wybranych instytucji specjalizujących się w tej dziedzinie⁵⁹.

⁵⁴ Z. van der Meer Sanchez, S.A. Nappo, *Religious Intervention and Recovery from Drug Addiction*, „Revista de Saúde Pública” 2008, nr 42 (2), s. 4.

⁵⁵ Tamże, s. 5.

⁵⁶ Zob. m.in.: D.R. Hodge, P. Cardenas, H. Montoya, *Substances Use: Spirituality and Religious Participation as Protective Factors among Rural Youths*, „Social Work Research” 2001, nr 25 (3), s. 153–160; L. Miller, M. Davies, S. Greenwald, *Religiosity and Substance Use and Abuse among Adolescents in the National Comorbidity Survey*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 2000, nr 39 (9), s. 1190–1197.

⁵⁷ Zob. m.in.: M.A. Herman-Stahl i in., *Risk and Protective Factors for Methamphetamine Use and Nonmedical Use of Prescription Stimulants among Young Adults Aged 18 to 25*, „Addictive Behaviors” 2007, nr 32 (5), s. 1003–1015; A. Moscati, B. Mezuk, *Losing Faith and Finding Religion: Religiosity over the Life Course and Substance Use and Abuse*, „Drug and Alcohol Dependence” 2014, nr 136, s. 127–134; J.J. Palamar, M.V. Kiang, P.N. Halkitis, *Religiosity and Exposure to Users in Explaining Illicit Drug Use among Emerging Adults*, „Journal of Religion and Health” 2012, nr 53 (3), s. 658–674.

⁵⁸ B.J. Grim, M.E. Grim, *Belief, Behavior...*, passim.

⁵⁹ Poniższe informacje nt. ośrodków zostały uzyskane ze stron internetowych placówek oraz wyszczególnionych w tekście opracowań.

Ośrodki stacjonarne dla osób uzależnionych od narkotyków

W 1982 roku w Mstowie koło Częstochowy, z inicjatywy ks. bp. Antoniego Długosza powstał Katolicki Ośrodek Leczenia Uzależnień „Betania”⁶⁰. Dysponujący 29 miejscami ośrodek przyjmuje pełnoletnich pacjentów z rozpoznaniem F.11–F.19. Pacjenci przebywają w placówce przez okres 12–15 miesięcy. W ośrodku prowadzona jest terapia indywidualna, terapia grupowa, terapia zajęciowa, terapia przez pracę⁶¹.

Istotę i swego rodzaju filozofię pracy w ośrodku wyznacza metoda społeczności terapeutycznej. Jest ona możliwa nie tylko dzięki wspólnemu udziałowi w zajęciach stricte terapeutycznych, ale dzięki temu, że pacjenci ośrodka, funkcjonując ze sobą na co dzień, przez cały okres terapii tworzą wspólnotę życia⁶².

W „Betanii” praca z uzależnionym obejmuje płaszczyznę psychologiczną, społeczną, biomedyczną i duchową. Wymiar duchowy odgrywa ważną rolę w procesie zdrowienia pacjentów ośrodka. Nabiera on szczególnego znaczenia przy tak powszechnej u osób uzależnionych utracie poczucia sensu życia i jego wartości. Praktyki religijne mogą okazać się pomocne przy rozwijaniu sfery duchowej i budowaniu nowego systemu wartości, przy próbie odpowiedzi na pytania „kim jestem” i „po co żyję”. Mogą mieć one szczególne znaczenie dla pacjentów, którzy wielokrotnie bezskutecznie podejmowali próby leczenia w ośrodkach i placówkach o charakterze innym niż katolicki. Do codziennych praktyk religijnych w ośrodku należą: modlitwa poranna i wieczorna, czytanie fragmentów Ewangelii, raz w tygodniu organizowana jest katecheza i Msza Święta odprawiana przez ośrodkowego duszpasterza. Ponadto odbywają się spotkania, na których pacjenci dyskutują o treściach Pisma Świętego, a dwa razy w roku organizowane są trzydniowe rekolekcje prowadzone przez misjonarzy, które dla uczestników są czasem wyciszenia i refleksji. Co roku pacjenci uczestniczą w pieszej pielgrzymce do Częstochowy, w trakcie której mają możliwość poznania nowych ludzi, ich sposobów myślenia i postaw. Ze względu na specyfikę wewnętrznych przeżyć i atmosferę podczas drogi jest to wyjątkowe wydarzenie dla pacjentów⁶³. Należy podkreślić, że w ośrodku nie ma przymusu uczestnictwa w praktykach religijnych. Pacjenci innego wyznania niż katolickie mają zagwarantowane prawo do własnych praktyk religijnych.

⁶⁰ S. Pamuła, *Ośrodek „Betania”...*, s. 165.

⁶¹ Tamże, s. 166.

⁶² K. Kowalewska, *Leczenie osób uzależnionych od narkotyków na przykładzie monarowskiego ośrodka „Dębowiec” i katolickiego ośrodka „Betania”*, niepublikowana praca magisterska, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW, Warszawa 2006.

⁶³ S. Pamuła, *Ośrodek „Betania”...*, s. 167–169.

W ośrodku prowadzona jest praca nad motywacją, komunikacją, asertywnością, mechanizmami uzależnienia i nawrotami, jak również nad rozwojem osobistym, a celem jest edukacja, nabycie umiejętności i poszerzenie świadomości pacjentów w zakresie ich marzeń, pragnień, ograniczeń, a także poznanie własnych zasobów sprzyjających zmianie⁶⁴.

Podobne oddziaływania terapeutyczne proponuje Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „San Damiano” prowadzony przez Klasztor Franciszkanów w Chęcinach⁶⁵. W ośrodku prowadzona jest terapia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (bez ukierunkowania na leczenie pacjentów z podwójną diagnozą), a program ten adresowany jest do osób dorosłych. Placówka powstała 1 kwietnia 2004 roku z inicjatywy Zakonu Braci Mniejszych Konwentualnych (Franciszkanów) oraz osób duchownych i świeckich zaangażowanych w pomoc ludziom uzależnionym. Ośrodek „San Damiano” czerpie z doświadczeń innych ośrodków, zarówno katolickich, jak i Stowarzyszenia Monar. Pracę kadry terapeutycznej nadzoruje superwizor rekomendowany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom⁶⁶.

Mimo że „San Damiano” jest ośrodkiem o charakterze katolickim, wyznanie religijne uzależnionych nie ma znaczenia podczas procedury przyjęcia do ośrodka. Pacjenci nie są ograniczani do wyznawania wyznaczonej religii, warunkiem przyjęcia do ośrodka jest jedynie poszanowanie zasad i wartości respektowanych w placówce. Pacjenci przez uczestnictwo w praktykach o charakterze religijnym mają możliwość osiągnięcia wyznaczanych celów terapii. Codzienne spotkania modlitewne i medytacje sprzyjają refleksjom nad własnym życiem, a uczestnictwo w nabożeństwach daje możliwość integracji ze społecznością lokalną, a także sprzyja przełamywaniu wszelkich lęków i barier relacyjnych. Naczelnym celem terapii jest zmiana postaw i zachowań wobec substancji psychoaktywnych, utrzymywanie abstynencji i powrót do dojrzałego pełnienia ról społecznych. Ujęte w programie zajęcia o duchowości sprzyjają konstruowaniu/odbudowaniu systemu wartości, a przy tym poszanowaniu siebie, innych oraz poszukiwaniu pomocy u Transcendencji⁶⁷. Program terapii, jak w znakomitej większości ośrodków odwykowych na świecie i w Polsce, realizowany jest na podstawie modelu społeczności terapeutycznej.

Domowo-rodzinny charakter ośrodka jest wyrażony nazwą: Niezależne Domostwo „San Damiano”. Symbole (herb, logo, flaga i hymn) przypominają o wartościach tego miejsca, wyrażają odrębność społeczności oraz integrację

⁶⁴ Tamże.

⁶⁵ [Terapia.franciszkanie.pl](https://terapia.franciszkanie.pl/), <https://terapia.franciszkanie.pl/> (dostęp: 3.11.2024).

⁶⁶ Informacje pochodzą z dokumentów zamieszczonych w formie pliku PDF na stronie internetowej ośrodka: <https://terapia.franciszkanie.pl/> (dostęp: 3.11.2024).

⁶⁷ Tamże (dostęp: 4.11.2024).

z Chęcunami, Klasztorem Franciszkanów oraz lokalną społecznością⁶⁸. Realizowane w ośrodku formy pomocy obejmują terapię indywidualną, grupową, w tym m.in. ergoterapię, logoterapię, zajęcia z duchowości, zajęcia edukacyjne w zakresie uzależnienia, w tym z zakresu HIV/AIDS/HCV, arteterapię, trening umiejętności społecznych i radzenia sobie ze złością, trening zapobiegania nawrotom, zajęcia sportowe i integracyjne. Ważne miejsce w terapii zajmuje Program *Daytop*, który jest jednym z najstarszych i najskuteczniejszych programów leczenia uzależnień. Program terapeutyczny w placówce podzielony jest na dwa etapy: sześć miesięcy terapii podstawowej i sześć miesięcy terapii pogłębionej⁶⁹. Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „San Damiano” wykonuje stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, świadczone nieodpłatnie w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia⁷⁰.

Kolejna placówka to założony w 1995 roku w Bytomiu, aktualnie działający na terenie Gliwic, Katolicki Ośrodek „Dom Nadziei” im. ks. Jana Berthiera, będący stacjonarnym i całodobowym oddziałem terapii i rehabilitacji dla młodzieży w wieku 15–21 lat, uzależnionej od substancji psychoaktywnych. Oddziaływania pomocowe są prowadzone metodą społeczności terapeutycznej, trwają od 9 do 12 miesięcy, są realizowane przez terapeutów uzależnień, psychologa i psycho-terapeutę. Oferta programowa składa się z terapii grupowej, indywidualnej, terapii rodzin, a także daje możliwość uczestnictwa w terapii zajęciowej. Osoby niepełnoletnie uczestniczące w programie mogą kontynuować edukację z wykorzystaniem metod kształcenia na odległość. Przy ośrodku działa też poradnia, która świadczy pomoc zarówno osobom cierpiącym z powodu uzależnienia, jak i ich rodzinom, osobom bliskim⁷¹.

Wybrane organizacje katolickie o szerokim spektrum działania

Organizacją katolicką nastawioną na wszechstronną i systemową pomoc osobom uzależnionym od środków zmieniających świadomość jest Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN. Istniejące od 1992 roku Stowarzyszenie stanowi kontynuację i rozszerzenie działań Ruchu KARAN, który powstał w 1987 roku. Obie inicjatywy zapoczątkował Pallotyń – ks. dr Bronisław Paweł Rosik.

Stowarzyszenie KARAN jest organizacją pożytku publicznego, która zajmuje się promocją zdrowego stylu życia, przeciwdziałaniem występowaniu wszelkich dysfunkcji

⁶⁸ Tamże.

⁶⁹ Tamże.

⁷⁰ Tamże (dostęp: 3.11.2024).

⁷¹ Fundacja „Dom Nadziei”, www.domnadziei.pl/ (dostęp 5.11.2024).

społecznych w środowisku dzieci i młodzieży, w tym głównie uzależnieniom od różnego rodzaju środków zmieniających świadomość⁷².

Poradnie leczenia uzależnień i współuzależnienia mieszczą się w różnych miastach Polski. W ramach poradni prowadzone są konsultacje psychologiczne, psychiatryczne, pedagogiczne, terapeutyczne i prawne – zarówno indywidualne i rodzinne, terapia krótkoterminowa i długoterminowa, grupy wsparcia, grupy edukacyjne dla osób bliskich i członków rodzin osób uzależnionych, eksperymentujących lub zagrożonych uzależnieniem, grupy wsparcia dla neofitów, jak i działalność edukacyjna. Konsultacje psychologiczne, pedagogiczne i terapeutyczne obejmują diagnozę stopnia i rodzaju uzależnienia, wstępną diagnozę przyczyn uzależnienia oraz ocenę specjalistyczną sytuacji rodzinnej i motywowanie do podjęcia leczenia. Istotną funkcję pełni również działalność informacyjna. Terapia realizowana w NZOZ CIK KARAN opiera się na podejściu holistycznym. W zależności od problemu pacjenta stosuje się techniki pochodzące z różnych koncepcji teoretycznych: podejście to ma na celu integrację tych technik, oddziaływań psychoterapeutycznych, które w praktyce najbardziej odpowiadają pracy z indywidualnym pacjentem. Podstawy leczenia oparte są przede wszystkim na społeczności terapeutycznej, a oferowana pomoc jest kompleksowa i długofalowa⁷³.

Do organizacji katolickich o szerokim spektrum działania, przede wszystkim ukierunkowanych na wspieranie abstynencji alkoholowej i innych, należy Ośrodek Profilaktyczno-Szkoleniowy im. ks. Franciszka Blachnickiego Fundacji „Światło-Życie”⁷⁴, założony w 1994 roku w Katowicach. Motywem utworzenia ośrodka stało się dzieło Krucjaty Wyzwolenia Człowieka – programu propagowania abstynencji zainicjowanego przez ks. Franciszka Blachnickiego i Ruch Światło-Życie. „Krucjata Wyzwolenia Człowieka jest programem ewangelizacyjnym, którego założeniem jest uwolnienie człowieka od uzależnień, przede wszystkim od uzależnienia alkoholowego, choć nie jedynie, poprzez zawierzenie Jezusowi Chrystusowi”⁷⁵. Celem programu jest promowanie abstynencji postrzeganej jako dobrowolny dar/poświęcenie ofiarowane w intencji drugiego człowieka.

Licheńskie Centrum Pomocy Rodzinie i Osobom Uzależnionym „powstało na bazie działających wcześniej w Licheniu dwóch apostołów: Apostolstwa

⁷² E. Rysztowski, „KARAN” w diecezji elbląskiej, „Studia Elbląskie” 2003, nr 5, s. 191–192.

⁷³ Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN, <https://karan.pl/> (dostęp: 4.11.2024).

⁷⁴ W. Szepietowska, W. Ignasik, *Pociąg do trzeźwości*, „Oaza” 2013, nr 107, s. 101.

⁷⁵ Ł. Kasper, *Krucjata Wyzwolenia Człowieka – dzieło ks. Franciszka Blachnickiego*, „Niedziela” 2017, <https://www.niedziela.pl/arttykul/30091/Krucjata-Wyzwolenia-Czlowieka---dzieło-ks> (dostęp: 4.11.2024).

Trzeźwości oraz Poradni Odnowy Rodziny”⁷⁶. Geneza Licheńskiego Centrum Pomocy Rodzinie i Osobom Uzależnionym związana jest z wizytą Ojca Świętego Jana Pawła II w Sanktuarium Matki Bożej Bolesnej w Licheniu, w dniach 7–8 czerwca 1999 roku⁷⁷. Formy pomocy stosowane w Centrum są ukierunkowane na osiągnięcie równowagi między oddziaływaniem duchowym i terapeutycznym. Integralne spojrzenie na człowieka i rodzinę wytycza kierunki pracy terapeutycznej i duchowej. Oferowana pomoc dotyczy zarówno obszaru duchowości, jak i sfery zmysłów, uczuć oraz intelektu, w czym zastosowanie znajduje tradycyjna terapia⁷⁸.

Na pomoc duchową ofiarowywaną w licheńskim ośrodku składają się

Msze św. w intencji trzeźwości, Koronka do Miłosierdzia Bożego w intencji osób uzależnionych i ich rodzin, odbywa się też katecheza i ewangelizacja dla przybywających do Lichenia grup pielgrzymkowych z elementami profilaktyki uzależnień i problematyki rodzinnej⁷⁹.

Przybywający mają możliwość rozmowy z kapłanem, znającym problematykę uzależnień, ofertę spowiedzi indywidualnej i towarzyszenia duchowego. Prowadzone są spotkania rekolekcyjne dla rodzin, wspólnot trzeźwościowych, młodzieży i wszystkich zainteresowanych trzeźwością i rozwojem duchowym. Pomoc terapeutyczna polega przede wszystkim na kompleksowym wsparciu osób nadużywających wszelkich substancji psychoaktywnych, osób uzależnionych od nich, jak i członków ich rodzin. W założeniach Centrum jest również motywowanie do podjęcia zmiany stylu życia i wspieranie osób uzależnionych, współuzależnionych, a także informowanie o wszelkich dostępnych placówkach pomocowych na terenie kraju. Prowadzone są również oddziaływania profilaktyczne dla dzieci i młodzieży, obozy socjoterapeutyczne, szkolenia dla osób, które w swojej pracy spotykają się z problematyką uzależnień. Można też nabyć tutaj wszelkie materiały edukacyjne pozwalające zapoznać się z tym istotnym społecznie tematem⁸⁰.

⁷⁶ R. Adamczyk, A. Siuda-Koszela, J. Zacharek, *Pokonać kryzys – Licheńskie Centrum Pomocy*, <https://www.ekai.pl/pokonac-kryzys-lichenskie-centrum-pomocy/> (dostęp: 4.11.2024).

⁷⁷ Więcej na ten temat: R. Adamczyk, A. Siuda-Koszela, J. Zacharek, *Pokonać kryzys...*

⁷⁸ Tamże.

⁷⁹ Tamże.

⁸⁰ Tamże.

Zakończenie

Cierpienia związane z uzależnieniem od środków zmieniających nastrój nie bez powodu bywają określane mianem nowotworu duszy. Destrukcja sfery duchowej zauważalna jest w zmianach systemu wartości, rezygnacji ze stawianych wcześniej celów, porzucaniu marzeń, pogłębiającym się poczuciu samotności, nierzadko wewnętrznej pustce. To właśnie na takie stany zwraca uwagę Ewa Woydyłło w swojej książce – *Rak duszy. O alkoholizmie*⁸¹. To o nich pisał nieodżałowany pionier polskiej psychoterapii uzależnień Jerzy Mellibruda, nazywając zmiany zachodzące w strukturze Ja mianem „wydrążonego Ja”⁸², metaforycznie mówiąc – obszaru wyjałowionego, pozbawionego niezbędnej życiowej energii, iskry pozwalającej rozniecać i podtrzymywać sens życia. To o takich stanach pisali autorzy mający za sobą bolesne doświadczenia związane z dekonstrukcją, a później z mozolnym odbudowywaniem tej szczególnie istotnej dla człowieka sfery – Artur Sroka w swojej *Teologii narkotyku*⁸³ i Wojciech Wanat nazywający używanie narkotyków „odlotem donikąd”⁸⁴.

Metafora uzależnienia jako „nowotworu duszy” mieści w sobie jednocześnie cały proces uzależnienia; jego utajony początek, dynamiczny rozwój, próby leczenia, a nierzadko tragiczny koniec. Analogicznie jak w przypadku nowotworów, uzależnienie przez długi czas rozwoju może być nierozpoznawalne, a kiedy już zostaje zidentyfikowane, nie zawsze łatwo poddaje się leczeniu, w wielu przypadkach kończąc się przedwczesną śmiercią chorego. Podobnie również jak przy chorobach nowotworowych w uzależnieniu pojawić się mogą nawroty; niezmiernie uciążliwe i pozbawiające nadziei na poprawę. Metafora ta nie służy jednak wyłącznie ukazaniu przebiegu rozwoju uzależnienia. „Nowotwór duszy” to przede wszystkim rezultat utrwalonego w pamięci obrazu pogłębiającej się destrukcji we wszystkich obszarach życia osoby nadużywającej alkohol bądź zażywającej narkotyki. Wizerunek zdecydowanie niekorzystny, doświadczany poprzez wstyd, wyrzuty sumienia, niską samoocenę, smutek, poczucie osamotnienia i brak nadziei⁸⁵.

Badania zrealizowane w jednym z ośrodków przedstawionych powyżej wykazały, że w u większości uczestników terapii przyczyną sięgania po środki odurzające była tzw. frustracja egzystencjalna będąca konsekwencją utraty

⁸¹ E. Woydyłło, *Rak duszy. O alkoholizmie*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2011, passim.

⁸² J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo IPZ, Warszawa 2006, s. 121–124.

⁸³ A. Sroka, *Teologia Narkotyku*, Eneteia, Warszawa 2008, passim.

⁸⁴ W. Wanat, *Narkotyki i narkomania. Odlot donikąd*, Wydawnictwo Iskry, Warszawa 2006, passim.

⁸⁵ M. Motyka, *Pamięć niszcząca, pamięć uzdrawiająca: labirynty wspomnień osób uzależnionych od środków psychoaktywnych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, nr 96 (2), s. 323.

sensu życia, jego celowości, degrengolady świata wartości prowadzących do doświadczania wewnętrznej pustki⁸⁶.

Liczne badania potwierdzają, że duchowość jest istotnym czynnikiem w powrocie do zdrowia i elementem wpływającym na poprawę wskaźników leczenia⁸⁷. Mimo że wciąż niewiele wiadomo o konkretnych aspektach duchowości, warunkujących wychodzenie z uzależnienia, wyniki przedstawionych badań wyraźnie ukazują doniosły wpływ duchowości na utrzymanie abstynencji⁸⁸ i zapobieganie nawrotom⁸⁹. Badania wskazują też niestety, że nabyte dzięki wierze i duchowości umiejętności są niedostatecznie wykorzystywanym zasobem terapeutycznym⁹⁰, a stosunek klinicystów⁹¹, podobnie jak studentów kierunków medycznych⁹², do duchowych potrzeb pacjentów jest niezadowolający⁹³. Grupy te nie postrzegały religii ani duchowości jako istotnego aspektu opieki nad pacjentem i nie doceniały stopnia, w jakim pacjenci ocenili duchowość jako ważny aspekt leczenia uzależnień⁹⁴. Jak zwraca uwagę Goldfarb i wsp. rozbieżności między klinicystami a pacjentami dotyczące postrzeganej wagi duchowości w leczeniu mogą niestety utrudniać włączenie duchowości do leczenia⁹⁵. Tym samym warto, aby rola duchowości w ułatwianiu pomyślnego wyniku leczenia uzależnień stała się obszarem o potencjalnym znaczeniu dla badań nad uzależnieniami i praktyką kliniczną.

Samo zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych nie wystarcza w zdrowieniu z uzależnienia. Dogłębna zmiana w sposobie myślenia i postrzegania świata odgrywa w tym procesie kluczową rolę. Mimo że nie jest to rozwiązanie dla każdego, wielu uzależnionych kieruje się ku ośrodkom katolickim, szukając w nich właśnie duchowej drogi ku zdrowieniu. Miejsca te bywają dla nich bezcenną alternatywą dla dotychczasowych prób podjęcia zmiany.

Ośrodki, w których jednym z elementów zmiany jest poddanie osoby cierpiącej oddziaływaniom sprzyjającym rekonstrukcji tej sfery, czasami dla nich

⁸⁶ S. Pamuła, *Ośrodek „Betania”...*, s. 167.

⁸⁷ R.L. Piedmont, *Spiritual Transcendence as a Predictor of Psychosocial Outcome from an Out-patient Substance Abuse Program*, „Psychology of Addictive Behaviors” 2004, nr 18 (3), s. 213–222.

⁸⁸ E.D. Poage, K.E. Ketzenberger, J. Olson, *Spirituality, Contentment, and Stress in Recovering Alcoholics*, „Addictive Behaviors” 2004, nr 29 (9), s. 1857–1862.

⁸⁹ J. Morgenstern i in., *Examining Mediators of Change in Traditional Chemical Dependency Treatment*, „Journal Of Studies On Alcohol” 1996, nr 57 (1), s. 53–64.

⁹⁰ A.J. Heinz i in., *A Focus-Group Study on Spirituality and Substance-User Treatment*, „Substance Use & Misuse” 2010, nr 45 (1–2), s. 134–153.

⁹¹ D. McDowell i in., *Spirituality and the Treatment of the Dually Diagnosed: An Investigation of Patient and Staff Attitudes*, „Journal of Addictive Diseases” 1996, nr 15 (2), s. 55–68.

⁹² L.M. Goldfarb i in., *Medical Student and Patient Attitudes toward Religion and Spirituality in the Recovery Process*, „American Journal of Drug and Alcohol Abuse” 1996, nr 22 (4), s. 549–561.

⁹³ D. McDowell i in., *Spirituality...*, s. 5–68.

⁹⁴ L.M. Goldfarb i in., *Medical...*, s. 549–561.

⁹⁵ Tamże.

ostatecznym, bywają cenną alternatywą dla tych, w których zawiodły wszelkie inne pomysły na poprawę karkołomnej egzystencji.

Bibliografia

- Adamczyk R., Siuda-Koszela A., Zacharek J., *Pokonać kryzys – Licheńskie Centrum Pomocy*, <https://www.ekai.pl/pokonac-kryzys-lichenkie-centrum-pomocy/> (dostęp: 4.11.2024).
- Bachanek G., *Teologiczne podstawy działalności trzeźwościowej ks. Karola Mikoszewskiego*, „Warszawskie Studia Pastoralne” 2017, nr 2 (35), s. 25–41.
- Burnett R.G., *Faith Based Programs in the Treatment of Substance Abuse*, 2014, https://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1746&context=gs_rp (dostęp: 31.10.2024).
- Chan C.L.W., Ng S.M., Ho R.T., Chow A.Y., *East Meets West: Applying Eastern Spirituality in Clinical Practice*, „Journal of Clinical Nursing” 2006, nr 15, s. 822–832.
- Ciepielski A., *Znaczenie duchowości w pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu*, w: *Wspomóc uzależnionych od alkoholu. Refleksja psychologiczno-teologiczna*, red. J. Dziedzic, J. Klimek, Wydawnictwo Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, Kraków 2017, s. 396–415.
- Clinebell C.L., *Philosophical-Religious Factors in the Etiology and Treatment of Alcoholism*, „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” 1963, nr 24 (3), s. 473–488.
- De Leon G., Unterrainer H.F., *The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders*, „Frontiers in Psychiatry” 2020, nr 11, Article 786.
- Ford J.A., Hill T.D., *Religiosity and Adolescent Substance Use: Evidence from the National Survey on Drug Use and Health*, „Substance Use and Misuse” 2012, nr 47 (7), s. 787–798.
- Fundacja „Dom Nadziei”, www.domnadziei.pl/ (dostęp 5.11.2024).
- Gauntlett S.L., *Drug Abuse Control and the Salvation Army*, „Bulletin on Narcotics” 1991, nr 43 (1), s. 17–27.
- Goldfarb L.M., Galanter M., McDowell D., Lifshutz H., Dermatis H., *Medical Student and Patient Attitudes Toward Religion and Spirituality in the Recovery Process*, „American Journal of Drug and Alcohol Abuse” 1996, nr 22 (4), s. 549–561.
- Grant Weinandy J.T., Grubbs J.B., *Religious and Spiritual Beliefs and Attitudes Towards Addiction and Addiction Treatment: A Scoping Review*, „Addictive Behaviors Reports” 2021, nr 14, s. 100393.
- Griffiths M., *A ‘Components’ Model of Addiction within a Biopsychosocial Framework*, „Journal of Substance Use” 2005, nr 10 (4), s. 191–197.
- Grim B.J., Grim M.E., *Belief, Behavior, and Belonging: How Faith is Indispensable in Preventing and Recovering from Substance Abuse*, „Journal of Religion and Health” 2019, nr 58 (5), s. 1713–1750.
- Heinz A.J., Disney E.R., Epstein D.H., Glezen L.A., Clark P.I., Preston K.L., *A Focus-Group Study on Spirituality and Substance-User Treatment*, „Substance Use & Misuse” 2010, nr 45 (1–2), s. 134–153.
- Herman-Stahl M.A., Krebs C.P., Kroutil L.A., Heller D.C., *Risk and Protective Factors for Methamphetamine use and Nonmedical use of Prescription Stimulants Among Young Adults Aged 18 to 25*, „Addictive Behaviors” 2007, nr 32 (5), s. 1003–1015.
- Hodge D.R., Cardenas P., Montoya H., *Substances Use: Spirituality and Religious Participation as Protective Factors Among Rural Youths*, „Social Work Research” 2001, nr 25 (3), s. 153–160.
- Hoffmann B., *Deinstytucjonalizacja opieki medycznej w leczeniu odwykowym. Ryzyka i granice, w: W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie*, red. M. Rymśza, Wydawnictwo UW, Warszawa 2023, s. 101–123.
- Jabłoński P., *Wstęp*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 9–12.
- Jabłoński P., Puławska-Popielarz K., *Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*,

- red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czała, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 15–24.
- James W., *Odmiany doświadczenia religijnego. Studium ludzkiej natury*, Aletheia, Warszawa 2023.
- Johnson B.R., *A Better Kind of High: Religious Commitment Reduces Drug Use Among Poor Urban Teens*, Baylor Institute for Studies of Religion 2008, https://www.baylorisr.org/wp-content/uploads/2019/09/ISR_Better_High.pdf (dostęp: 1.11.2024).
- Johnson B.R., Lee M.T., Pagano M.E., Post S.G., *Positive Criminology and Rethinking the Response to Adolescent Addiction: Evidence on the Role of Social Support, Religiosity, and Service to Others*, „International Journal of Criminology and Sociology” 2016, nr 5, s. 172–181.
- Johnson B.R., Pagano M.E., Lee M.T., Post S.G., *Alone on the Inside: The Impact of Social Isolation and Helping Others on AOD Use and Criminal Activity*, „Youth and Society” 2015, nr 50 (4), s. 529–550.
- Kaczmarczyk I., *Terapeutyczne oddziaływania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, w: *Psychoterapia. Pogranicza*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Eneteia, Warszawa 2012, s. 519–546.
- Kasper Ł., *Krucjata Wyzwolenia Człowieka – dzieło ks. Franciszka Blachnickiego*, „Niedziela” 2017, <https://www.niedziela.pl/artukul/30091/Krucjata-Wyzwolenia-Czlowieka---dzieło-ks> (dostęp: 4.11.2024).
- Kowalewska K., *Leczenie osób uzależnionych od narkotyków na przykładzie monarowskiego ośrodka „Dębowiec” i katolickiego ośrodka „Betania”*, niepublikowana praca magisterska, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW, Warszawa 2006.
- Kraśńska I., *Towarzystwa Trzeźwości w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, „Medycyna Nowożytna” 2004, nr 11 (1), s. 47–75.
- Kraśński J., *Działalność Kościoła Katolickiego w Polsce w dziedzinie trzeźwości*, „Studia Theologica Varsaviensia” 1998, nr 36 (2), s. 145–167.
- Martin R.A., Ellingsen V.J., Tzilos G.K., Rohsenow D.J., *General and Religious Coping Predict Drinking Outcomes for Alcohol Dependent Adults in Treatment*, „The American Journal on Addictions” 2015, nr 24 (3), s. 240–245.
- McDowell D., Galanter M., Goldfarb L., Lifshutz H., *Spirituality and the Treatment of the Dually Diagnosed: An Investigation of Patient and Staff Attitudes*, „Journal of Addictive Diseases” 1996, nr 15 (2), s. 55–68.
- van der Meer Sanchez Z., Nappo S.A., *Religious Intervention and Recovery from Drug Addiction*, „Revista de Saúde Pública” 2008, nr 42 (2), s. 1–7.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo IPZ, Warszawa 2006.
- Miller L., Davies M., Greenwald S., *Religiosity and Substance use and Abuse Among Adolescents in the National Comorbidity Survey*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 2000, nr 39 (9), s. 1190–1197.
- Mission & Goals*, The World Federation of Therapeutic Communities, 2023, <https://www.wftc.org/mission-goals> (dostęp: 31.10.2024).
- Modrzyński R., *Zaburzenia wynikające z używania substancji w ICD-11. Zmiany w diagnostyce klinicznej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2022, nr 22 (4), s. 248–252.
- Morgenstern J., Frey R.M., McCrady B.S., Labouvie E., Neighbors C.J., *Examining Mediators of Change in Traditional Chemical Dependency Treatment*, „Journal Of Studies On Alcohol” 1996, nr 57 (1), s. 53–64.
- Moscato A., Mezuk B., *Losing Faith and Finding Religion: Religiosity Over the life Course and Substance Use and Abuse*, „Drug and Alcohol Dependence” 2014, nr 136, s. 127–134.
- Motyka M., *Pamięć niszcząca, pamięć uzdrawiająca: labirynty wspomnień osób uzależnionych od środków psychoaktywnych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, nr 96 (2), s. 321–328.
- Nakken C., *The Addictive Personality: Understanding the Addictive Process and Compulsive Behavior*, Hazelden Publishing, Hazelden 1996.
- Orford J., *Addiction as Excessive Appetite*, „Addiction” 2001, nr 1 (96), s. 15–31.
- Orr R.D., *Incorporating Spirituality into Patient Care*, „AMA Journal of Ethics” 2015, nr 17 (5), s. 409–415.

- Palamar J.J., Kiang M.V., Halkitis P.N., *Religiosity and Exposure to Users in Explaining Illicit Drug Use Among Emerging Adults*, „Journal of Religion and Health” 2012, nr 53 (3), s. 658–674.
- Pamuła S., *Ośrodek „Betania” k. Częstochowy jako przejaw pomocy narkomanom*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2007–2008, nr 35–36, s. 159–170.
- Peng-Keller S., Neuhold D., *A Short History of Documenting Spiritual Care*, w: *Charting Spiritual Care: The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care*, red. S. Peng-Keller, D. Neuhold, Springer, Cham 2020, s. 11–20.
- Piedmont R.L., *Spiritual Transcendence as a Predictor of Psychosocial Outcome from an Outpatient Substance Abuse Program*, „Psychology of Addictive Behaviors” 2004, nr 18 (3), s. 213–222.
- Pilarz K.J., *Spółeczność terapeutyczna jako metoda pracy grupowej z bezdomnymi*, „Pedagogia Christiana” 2013, nr 2 (32), s. 237–253.
- Pittman J., Taylor S.W., *A Battle Not Man's but God's Christianity and the Treatment of Addiction: An Ecological Approach for Social Workers*, w: *Christianity and Social Work: Readings on the Integration of Christian Faith and Social Work Practice*, red. B. Huguen, T.L. Scales, North American Association of Christians in Social Work, Botsford 2002, s. 193–213.
- Poage E.D., Ketzenberger K.E., Olson J., *Spirituality, Contentment, and Stress in Recovering Alcoholics*, „Addictive Behaviors” 2004, nr 29 (9), s. 1857–1862.
- Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Vesalius, Kraków 2000.
- Rott D., *Ksiądz Jan Alojzy Ficek – XIX-wieczny edytor „Żywotów świętych” Piotra Skargi*, w: *Jesuita: ca: kolokwium naukowe z okazji 400. rocznicy urodzin Macieja Kazimierza Sarbiewskiego*, red. J. Malicki, P. Wilczek, Wydawnictwo UŚ, Katowice 1997, s. 82–87.
- Rysztowski E., „KARAN” w diecezji elbląskiej, „Studia Elbląskie” 2003, nr 5, s. 191–196.
- Schjødt U., Stødkilde-Jørgensen H., Geertz A.W., Roepstorff A., *Highly Religious Participants Recruit Areas of Social Cognition in Personal Prayer*, „Social Cognitive and Affective Neuroscience” 2009, nr 4 (2), s. 199–207.
- Schjødt U., Stødkilde-Jørgensen H., Geertz A.W., Roepstorff A., *Rewarding Prayers*, „Neuroscience Letters” 2008, nr 3 (443), s. 165–168.
- Schmidt L.A., *„A Battle Not Man's But God's”: Origins of the American Temperance Crusade in the Struggle for Religious Authority*, „Journal of Studies on Alcohol” 1995, nr 56 (1), s. 110–121.
- Sroka A., *Teologia narkotyku*, Eneteia, Warszawa 2008.
- Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN, <https://karan.pl/> (dostęp: 4.11.2024).
- Szepietowska W., Ignasik W., *Pociąg do trzeźwości, „Oaza”* 2013, nr 107, s. 101–106.
- Terapia.franciszkanie.pl, <https://terapia.franciszkanie.pl/> (dostęp: 3.11.2024).
- Unterrainer H.F., Lewis A., Collicutt J., Fink A., *Religious/Spiritual Well-Being, Coping Styles, and Personality Dimensions in People With Substance Use Disorders*, „The International Journal for the Psychology of Religion” 2013, nr 23 (3), s. 204–213.
- Wanat W., *Narkotyki i narkomania. Odłot donikąd*, Wydawnictwo Iskry, Warszawa 2006.
- White W.L., *Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America*, Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute, Bloomington 1998, s. 96–115.
- Wnuk M., *Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, nr 3 (20), s. 289–301.
- Woronowicz B., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Parpamedia, Warszawa 2009.
- Woydyło E., *Rak duszy. O alkoholizmie*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2011.
- Żołnierz J., Sak J., *Modern Research on Religious Influence on Human Health*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, nr 7 (4), s. 100–112.