

Ks. Marcin Niesporek¹
Katowice

SPOŁECZNE KONSEKWENCJE DEPRESJI – WYZWANIEM DLA DUSZPASTERSTWA

Duszpasterstwo XXI wieku stawia sobie niełatwe zadanie. Duszpasterze muszą zmierzyć się dziś nie tylko z trudnościami ewangelizacyjnymi na gruncie duchowym. Są powołani do głoszenia Ewangelii także ludziom emocjonalnie i osobowościowo rozbitym. Coraz więcej osób boryka się z dolegliwościami psychicznymi. Potwierdza to Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która prognozuje, że w 2020 roku jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób będzie depresja. Brak odporności psychicznej – ostrzega WHO – będzie powodem wielu chorób psychicznych. Obok takich uzależnień jak alkohol i narkotyki pojawiają się inne rujnujące ludzkie życie i psychikę: internet, gry komputerowe, portale społecznościowe, pornografia itp.

Kompulsywność związana z nałogami niesie ze sobą ryzyko choroby psychicznej, objawiającej się powtarzającym się zachowaniem, od którego człowiek nie może się uwolnić. W takich sytuacjach – jak pokazują badania – ujawniają się zachowania aspołeczne o określonych typach: histrioniczne, narcystyczne,

¹ Marcin Niesporek, kapłan archidiecezji katowickiej, absolwent Wydziału Teologii Uniwersytetu Śląskiego (2004), doktorat z teologii pastoralnej (2010) nt. *Formacja chrześcijańska w wielkopostnych listach pasterskich biskupów polskich w latach 1979–2005*, katecheta, wikariusz parafii Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny w Chorzowie Batorem, kapelan Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej Hospicjum w Chorzowie. Kontakt z autorem: marcin.niesporek@archidiecezja.katowice.pl

pograniczne i antyspołeczne². Są one konsekwencją nieuświadomionych zaburzeń, wymagających często leczenia i opieki specjalisty.

1. ETIOLOGIA DEPRESJI

Stopień reakcji emocjonalnych o charakterze patologicznym i ich odporność na zmiany zależą od czasu doświadczenia, intensywności i częstotliwości ich pojawienia z wydarzeniami aktywizującymi. Istotne są również czynniki organiczne oraz temperamentalne. Traумы z przeszłości, deficyty umiejętności (brak umiejętności skanalizowania, nazwania emocji, zaprzeczanie im, ignorowanie ich) czy też unikanie emocji (ze strachu przed ich oddziaływaniem) – to najczęstsze źródła konfliktów emocjonalnych. Przykre wspomnienia czy bolesne emocje wiążą umysł w pętlę chronicznych lęków. Poczucie bezradności, beznadziejności, użalanie się nad sobą, panika, katastroficzne myślenie, obsesyjne myśli bądź czynności są skrajnymi objawami takich zaburzeń³.

Do najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń społecznych, którym musi stać czoło nie tylko psychiatria, ale i duszpasterstwo, należy depresja. Jaką rolę w leczeniu depresji odgrywa duszpasterstwo? Odpowiedź jest prosta: duszpasterz spotyka się z zaburzeniami depresyjnymi, jest bowiem często osobą „pierwszego kontaktu”, do której uciekają się ludzie chorzy na depresję – przychodzą oni do konfesjonału, w którym wyznają grzechy związane z problemami natury psychicznej. Kiedy indziej można spotkać ich na przykład w kancelarii, przy okazji potrzeby wydania zaświadczenia, ustalenia daty Mszy świętej, pogrzebu itp.

Jak rozpoznać osoby chore na depresję?

Zrozumienie depresji jest trudne dla osób, które jej nie doświadczyły. Choroba, mimo podobieństwa do zwykłego przygnębienia, jest czymś zupełnie odmiennym⁴.

² Zachowania histrioniczne charakteryzują się potrzebą bycia w centrum uwagi. Osoba taka nie może żyć, jeśli dojdzie do jej ignorowania. Zachowania narcystyczne cechują się brakiem empatii dla drugiego człowieka. Inną cechą takiej osobowości jest oziębłość w sferze emocjonalnej wobec bliźniego. Druga osoba staje się narzędziem wyolbrzymienia własnego „ego”. Osoba o zachowaniach narcystycznych jest zapracowana, jednak wszystkie jej wysiłki skupione są na niej samej, a nie na budowaniu więzi czy jakiegokolwiek relacji. Innym zachowaniem jest pograniczne zaburzenie osobowości (*borderline*), polegające na niestabilności emocjonalnej. Osoba cierpiąca na to zaburzenie walczy z poczuciem pustki, a kiedy traci równowagę, może popadać w zachowania psychotyczne, neurotyczne, obsesyjne; może nawet próbować popełnić samobójstwo albo okaleczyć się. Jest to dowód na poszukiwanie samego siebie. Zob. T. Cantelmini, *Nauczanie z kursu dla egzorcystów*, w: *Atak złego. Jak rozpoznać zło i jak się z niego wyzwolić*, red. G. Amorth, A. Musolesi, Kraków 2012, s. 135-138.

³ Zob. J. Prusak, *Jedność w rozbiciu*, „Medytacja”, 2 (2015), s. 61.

⁴ Zob. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji. Jak święci, sakramenty i psychiatria mogą pomóc ci wyrwać się spod jej wpływu i odnaleźć utraconą godność*, tłum. J. Kołacz, Kraków 2013, s. 18-19.

Osoby chore na depresję posiadają znacznie mniej rozbudowaną sieć kontaktów społecznych. Mają niewielu przyjaciół, a relacje z innymi ludźmi nie przynoszą im satysfakcji i nie dostarczają emocjonalnego wsparcia. Przybierają charakter raczej powierzchowny⁵. Depresja sprawia, że codzienne czynności zaczynają sprawiać trudności, a życie pogrąża się w chaosie.

Człowiekowi choremu na depresję może wyjść naprzeciw osoba bliska, która jest pomocna przy wdrażaniu programu dnia i tygodnia – wyznaczeniu stałej pory na poranne wstawanie, śniadanie, terapię, obiad, zajęcia, kawę, kolację, kładzenie się spać. Depresja powoduje bowiem zaburzenie planu dnia. Gdy inni kładą się spać, osoba cierpiąca na depresję dopiero budzi się do życia⁶.

Najbliżsi chorego (małżonek, dziecko, rodzic) także sami doświadczają ciężaru depresji. Są zmuszeni do podejmowania obowiązków osoby cierpiącej – wyręczają ją, znoszą jej stany emocjonalne. Ważna w takich chwilach jest jednak obserwacja przez bliskich symptomów depresji. Należą do nich: poirytowanie, roztargnienie, nieobecność duchowa, smutek i brak radości, napięcie, przemęczenie, brak apetytu⁷.

Osoba, której mąż czy żona przeżywa depresję, może ofiarować choremu największy dar – obecność. W małżeństwie jest ona wyzwaniem. Więź sakramentalna jest związana nie tylko z przysięgą małżeńską, ale także z byciem wiernym sobie nawzajem w chorobie i cierpieniu: „Ja, N, biorę ciebie, N, za męża (za żonę) i ślubuję ci miłość, wierność i uczciwość małżeńską oraz że cię nie opuszczę aż do śmierci”⁸. W przypadku depresji jednego ze współmałżonków przysięga nabiera jeszcze większego znaczenia: wierność jej jest sprawdzianem autentyczności wypowiedzianych słów, poświadczonym imieniem Bożym: „Tak mi dopomóż, Panie Boże wszechmogący, w Trójcy Jedyny, i wszyscy święci”⁹.

Miłość jest dziś często ograniczana do sfery tylko zmysłowej. Prawdziwa jej wartość jest jednak mierzona w trudnych chwilach (choroba, inne graniczne sytuacje). Warto przyrzeć się etymologicznemu znaczeniu słowa „miłość”. Język polski nie posiada bowiem zbyt bogatego słownictwa na jej określenie, w przeciwieństwie do greki, którą posługuje się Nowy Testament. We współczesnej kulturze występuje bardzo ograniczone pojęcie miłości. Bywa ona nazywana *eros* (w greckim kręgu kulturowym) albo *amor* (w kręgu łacińskim). Słowa te określają miłość jako pożądanie, egoistyczne pragnienie, egocentryzm. To miłość zwrócona bardziej w stronę własnych korzyści, nastawiona na odczuwanie pożądania,

⁵ Zob. M. Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty depresji. Badania empiryczne*, Lublin 2005, s. 53-54.

⁶ Zob. H. Buijssen, *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, Kraków 2012, s. 48-50.

⁷ Zob. tamże, s. 124-125.

⁸ *Obchody sakramentu małżeństwa dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, wyd. III (wg wyd. II, wzorcowego), Katowice 2003, s. 31.

⁹ Tamże.

fizycznej przyjemności. Grecka wersja Starego Testamentu używa tylko dwukrotnie słowa *eros*, podczas gdy Nowy Testament nigdy go nie stosuje.

Oprócz słowa *eros* istnieje jeszcze pojęcie *agape* albo łacińskie *caritas*. Stosuje się je na określenie miłości dążącej do dawania – miłości altruistycznej, bezinteresownej. Z trzech greckich słów oznaczających miłość – *eros*, *philia* i *agape* – pisma nowotestamentalne najczęściej posługują się tym ostatnim. Słowo *philia* (przyjaźń) zostało użyte natomiast w Ewangelii według św. Jana dla określenia więzi przyjaźni Jezusa z uczniami¹⁰.

Nowy Testament – Ewangelia – odkrywa dzięki Jezusowi zupełnie inny wymiar miłości. Ta druga jest miłością oczyszczoną z egoizmu, zmierza w kierunku miłości, w której ważne miejsce zajmuje odkrycie drugiego człowieka i służba. To miłość, która nie szuka siebie, ale pragnie dobra osoby ukochanej – jest zdolna do wyrzeczeń, poświęceń, ofiary¹¹. Taki rodzaj obecności zapewnia osobie chorej na depresję poczucie bezpieczeństwa.

Badania naukowe potwierdzają, że potrzeba emocjonalnych związków łączy się ze zwiększonym poziomem serotoniny. Obrazy mózgów zakochanych osób pokazują, że uaktywnia się w nich jądro ogoniaste, skorupa i wyspa, a także przedni zakręt obręczy i mózdzek. Aktywność rejonów związanych z odczuwaniem smutku, niepokoju i innych negatywnych emocji jest wtedy hamowana¹².

2. RELACJE MAŁŻEŃSKIE W CZASIE PRZEŻYWANIA STANU DEPRESJI

Współczesne podejście do małżeństwa, często bardzo powierzchowne, wiążące się z niedojrzałością przeżywania relacji, zwiększa ryzyko nie tylko rozpadu i rozvodu, ale depresji jednego ze małżonków. Badania pokazują dwa typy małżeństw szczególnie narażonych na depresję: „małżeństwa zorientowane na sukces” i „małżeństwa symbiotyczne”.

W pierwszym typie małżeństw żony realizują swoje potrzeby poprzez sukcesy i status społeczny osiągnięty przez mężów. W drugim – posiadającym charakter „symetryczny” – dochodzi między małżonkami do otwartej rywalizacji o indywidualny sukces i pozycję zawodową.

W pierwszej podgrupie żony wywierają na swoich mężów presję osiągnięcia sukcesów, a porażka zawodowa mężczyzny może wiązać się z wycofaniem żony z relacji małżeńskiej, co rodzi głęboko ukrywany lęk męża przed utratą miłości małżonki. Skutkiem takiego zachowania są objawy narastającej u niego depresji. W przypadku drugiej podgrupy bardziej narażone na występowanie depresji są kobiety: przyjmując na siebie rolę macierzyńską, w obliczu wewnętrznego

¹⁰ Zob. Benedykt XVI, Encyklika *Deus Caritas est* (2005), 1.

¹¹ Zob. tamże, 6.

¹² Zob. *Jasna strona*, „National Geographic” (ed. polska), 6 (2015), s. 103.

konfliktu związanego z sytuacją niespełnienia własnych ambicji zawodowych, rezygnacji z kariery oraz wycofania się z rywalizacji z mężem lub kontynuowania kariery zawodowej.

W typie małżeństw o charakterze „symbiotycznym”, które są zawierane na zasadzie nieświadomego identyfikowania się z odkrytą w partnerze lub wyprojekowaną na niego częścią własnego „ja”, chęć wyjścia partnerów z tej symbiotycznej sytuacji jest powodem zachwiania patologicznej równowagi istniejącej w tym związku, czego konsekwencją jest stan depresyjny¹³.

Zawarcie małżeństwa nakłada na małżonków obowiązek wzajemnego uświadamiania sobie potrzeb emocjonalnych. Jeżeli małżeństwo nie zaspokaja obustronnych potrzeb małżonków, może stać się powodem powstającej depresji. Badania prowadzone w tym zakresie pokazują podobieństwa między nieszczęśliwym małżeństwem a depresją. Obie sytuacje są powodem niższego współczynnika doświadczeń pozytywnych kobiety i mężczyzny w stosunku do negatywnych. Negatywne stany emocjonalne są różnorodne. Mogą być nimi: złość, poirytowanie, obniżony nastrój, frustracja, niska motywacja, utrata zainteresowań, bezradność wobec przyszłości – co wpływa na relacje społeczne, umiejętności komunikowania się, pewność siebie, umiejętność rozwiązywania problemów, samokontrolę¹⁴. Osobom przeżywającym depresję często towarzyszy ukryta krytyka, zauważona przez bliskich¹⁵.

Objawy depresji jednego ze współmałżonków zmieniają codzienność życia małżeńskiego i sytuację całej rodziny. Depresja w znacznie większym stopniu aniżeli inne choroby upośledza życie rodzinne. Rozmowni, otwarci ludzie, popadając w depresję, stają się milczący, zamknięci w sobie. Tracą zainteresowanie wspólnymi przedsięwzięciami, odrzucają propozycje zmian, siedząc przed telewizorem albo spędzając całe dnie w łóżku. Ich wycofaniu może towarzyszyć niechęć do kontaktów z ludźmi, lęk przed tłumem, a nawet robieniem zakupów. Osoby z zaburzeniem depresji często przestają angażować się w prace domowe albo zrzucają obowiązki na drugą osobę. Chorzy nie potrafią wykonywać pracy zawodowej, co jest związane z korzystaniem ze zwolnień lekarskich¹⁶.

Zamiana ról małżeńskich powoduje załamanie obrazu „męskości” albo „kobiecości”. W depresji zmieniają się stereotypy. Kobiety stają się bardziej przebojowe i zdecydowane w stawianiu żądań; mężczyźni stają się natomiast zdolni do okazywania uczuć i empatii. Problemem może stać się także komunikacja zdominowana przez rozmowy na tematy depresji. Badania wskazują, że małżonkowie pacjentów depresyjnych wykazują również inne zaburzenia. Klasyfikacje związków małżeńskich z chorym na depresję partnerem są oparte na typach osobowości małżonków. Sprowadzić je można do kilku typów: anankastyczny mąż i histeryczna żona;

¹³ Zob. M. Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty depresji...*, s. 55-56.

¹⁴ Zob. T. L. Tyra, *Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych*, Białystok 1993, s. 4-5.

¹⁵ Zob. J. Biskhopf, *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*, Kraków 2006, s. 54-55.

¹⁶ Zob. tamże, s. 64-65

pasywno-zależny mąż i dominująca żona; paranoiczny mąż i depresyjna żona; depresyjny mąż i paranoiczna żona oraz neurotyczna żona i wszechwładny mąż¹⁷.

Małżonkom przeżywającym depresję towarzyszy często poczucie winy, która obciąża drugiego małżonka (zarzuca mu się brak zainteresowania, opieki, zrozumienia), bądź też wyjaśnia nimi własne reakcje depresyjne. Mężczyźni chorzy na depresję prezentują silniejszą postawę obronną aniżeli kobiety. Tych pierwszych cechuje opanowanie, wytrwałość i upór w osiąganiu swoich celów, przy jednoczesnej gotowości do zmiany swojego zachowania w trosce o siebie, niepokojąc się swoją skłonnością do pesymizmu i nadmiernego zajmowania się sobą i problemami sprawiającymi trudność w rozwiązaniu. Kobiety depresyjne wykazują większe zaufanie do siebie, przy jednoczesnym aktywnym poszukiwaniu pomocy i wsparcia ze strony innych ludzi. Wydają się zatem silniejsze psychicznie i mniej bezradne w obliczu choroby¹⁸.

Literatura o zaburzeniach psychicznych wiąże depresję chorego małżonka z dominacją i cechami paranoicznymi zdrowego partnera. U kobiet stwierdzono jednak wyższy poziom zachowań agresywnych i lękowych. Badania pokazują, że nie tyle konkretny typ osobowości małżonka, ile wzajemna interakcja cech i rodzajów zachowań obojga małżonków jest zasadniczą zmienną w kształtowaniu depresji¹⁹.

Kobiety cierpiące na depresję neurotyczną powinny preferować mężczyzn dobrze przystosowanych, zorganizowanych i dobrze funkcjonujących, a jednocześnie dostarczających im wsparcia emocjonalnego i opieki. Taka tendencja jest związana z potrzebą zależności²⁰.

Mężowie tych kobiet posiadają zdolność do podporządkowania się i zależności. Na dłuższą metę nie potrafią jednak dostarczyć im wsparcia i zaspokoić ich potrzeb, szczególnie gdy w sytuacji własnych problemów nie uzyskują podobnego wsparcia i spotykają się z agresywnymi reakcjami, obwinianiem i narastaniem objawów depresyjnych. Mężom często towarzyszą wtedy zachowania impulsywne, agresywne albo skłonność do nadużywania alkoholu²¹.

W małżeństwach, w których osobą chorą na depresję był mąż, zwrócono uwagę na potrzeby związków heteroseksualnych ich żon²². Niestety, zaburzenia depresyjne wpływają często na przeżywanie seksualności. Terapia farmakologiczna stosowana u chorych na depresję powoduje spadek zainteresowania relacjami intymnymi. Zmniejsza się wówczas zdolność do odczuwania pociągu, co uniemożliwia lub opóźnia osiągnięcie orgazmu. Sieć połączeń nerwowych odpowiedzialnych za seksualność wyraźnie uzupełnia się z siecią odpowiedzialną za regulację nastroju i niepokoju. W takim przypadku przydatne okazuje się odstawienie leków, które

¹⁷ Zob. T. L. Tyra, *Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych...*, s. 16.

¹⁸ Zob. tamże, s. 78-79.

¹⁹ Zob. tamże, s. 79-80.

²⁰ Zob. tamże, s. 82-83.

²¹ Zob. tamże, s. 84.

²² Zob. tamże, s. 86.

powodują zmniejszenie się jego substancji we krwi, co w jakimś stopniu może przywrócić do normy sprawność seksualną osoby chorej²³.

Bywa, że partnerzy osób chorych na depresję doświadczają bezradności, próbując się do nich zbliżyć. Po odepchnięciu ogarnia ich niepewność i zwątpienie w siebie albo zaczynają obwiniać za chorobę małżonka siebie samych²⁴.

W relacjach małżeńskich ważną rolę odgrywa poddanie się osoby depresyjnej terapii. Decyzje o podjęciu terapii, jak i o jej zakończeniu nie są jednoznaczne z wystąpieniem i ustąpieniem objawów chorobowych. Terapia jest podejmowana wówczas, gdy zaczynają pojawiać się trudne do zniesienia dla otoczenia objawy, zaburzające funkcjonowanie w przestrzeni społecznej, rodzinnej i intymnej. Pacjent decyduje o zakończeniu terapii w przypadku zmniejszenia jego cierpienia lub poprawy funkcjonowania²⁵.

Chory na depresję, który dotąd uważał się za osobę niezdolną do świadomych aktów agresywnych, podczas terapii uświadamia sobie, że dotąd wyrażał negatywne uczucia przede wszystkim za pomocą zachowań biernoagresywnych lub autoagresywnych. Człowiek, który przechodzi przez terapię, czuje niechęć i wyraża agresję w stosunku do osób, które go skrzywdziły²⁶.

W walce z depresją należy wziąć pod uwagę leczenie farmakologiczne. Bywa, że stosowanie leków psychotropowych jest nieetyczne. Próbuje się leczyć nimi zaburzenia osobowości, takie jak np. alienacja. Wiele leków sprawia, że człowiek zyskuje lepsze samopoczucie, zmienia się jednak jego osobowość²⁷. Inny problem stanowią emocje. Mają one charakter intencjonalny. Nie można ich odseparować od źródła i zlikwidować, jak likwiduje się fizyczny ból. Mają one bowiem nie tylko wymiar fizyczny, ale i moralny²⁸.

3. GRANICZNE KONSEKWENCJE DEPRESJI

3.1. Problematyka samobójstwa osób depresyjnych

Osoby z zaburzeniami depresyjnymi są zagrożone ryzykiem samobójstwa. Samobójstwo popełnione przez człowieka chorego na depresję wydaje się nie dziwić tych, którzy o nim słyszą. Jest zrozumiałe zwłaszcza dla tych, którzy w swoim życiu doświadczyli stanu depresyjnego, objawiającego się pesymizmem, negatywną

²³ Zob. D. J. Hellerstein, *Uzdrowić umysł. Najnowsze metody. Poprawa od zaraz do pełnego wyzdrowienia*, Sopot 2014, s. 248-249.

²⁴ Zob. J. Bischof, *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*, Kraków 2006, s. 80.

²⁵ Zob. A. Kokoszka, *Etyczne aspekty ingerencji w ludzką psychikę – dylematy psychoterapeuty*, w: *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2002, s. 72.

²⁶ Zob. tamże, s. 69.

²⁷ Zob. B. Chyrowicz, *O ingerencji w ludzką psychikę i kontrowersyjnych korzyściach naruszenia autonomii*, w: *Etyczne aspekty ingerowania...*, s. 63-64.

²⁸ Tamże, s. 101.

oceną przyszłości, poczuciem beznadziejności i winy oraz przekonaniem o sytuacji bez wyjścia. To dostateczne motywy popełnienia samobójstwa. Definiowanie przyczyn osób popełniających samobójstwo jest jednak problemem bardziej złożonym. Ryzyko popełnienia samobójstwa wiąże się – jak twierdzą psychiatrzy – z nasilonym lękiem i niepokojem, który współlistnieje z zaburzeniami snu, niekiedy z całkowitą bezsennością. Powodem samobójstwa są także: poczucie beznadziejności, niemożność uzyskania pomocy od najbliższych, przekonanie o nieuleczalności, urojenia nihilistyczne, poczucie winy, przekonanie o dopuszczeniu się ciężkich grzechów, przestępstw i dążenie do poniesienia kary, nastrój dysfotyczny, dolegliwości typu bólowego, przewlekłe schorzenia somatyczne, uporczywe zaburzenia snu²⁹.

Zmaganie się z myślami samobójczymi jest zjawiskiem dosyć powszechnym. Prawdopodobieństwo występowania myśli samobójczych na umiarkowanym lub na wysokim poziomie przez dwa tygodnie – wynosi około 50%. Niemal 100% populacji w którymś momencie swojego życia rozważa samobójstwo³⁰. Ryzyko samobójstwa wzrasta u chorych zmagających się z ciężką depresją³¹.

Samobójstwa popełnianie przez osoby depresyjne mają różne motywy. Próba destrukcji własnego „ja” jest wołaniem o pomoc, desperackim manewrem naceLOWANYM na uzyskanie uwagi otoczenia. Samobójstwo jest świadomym działaniem, w którym *ego* obraca się przeciwko ciału, ponieważ nie podporządkowuje się ono jego wyobrażeniom (Lowen). Osoba popełniająca samobójstwo nie może żyć już dłużej z samym sobą, ze swoimi negatywnymi uczuciami. Destrukcyjny akt uważa za jedyne wyjście z sytuacji³².

Wbrew panującemu przekonaniu, popełnienie samobójstwa nie jest łatwe dla osób depresyjnych. Czynnikiem utrudniającym popełnienie samobójstwa przez chorego na depresję jest jego znaczne zahamowanie psychoruchowe. Należy jednak zachować ostrożność przy ocenie ryzyka samobójstwa u chorych. Zahamowanie psychoruchowe idzie w parze z urojeniami depresyjnymi oraz silnie przeżywanym lękiem, powodującym odhamowanie sfery ruchowej, umożliwiając realizację aktu samobójczego (np. skok przez okno). Ryzyko samobójstwa jest tym większe, im bardziej depresja jest psychotyczna, bardziej „agitowana”³³.

Innym powodem samobójstwa osoby chorej na depresję jest próba ochrony najbliższych. Niektórzy chorzy skutecznie ukrywają zamiary lub myśli samobójcze. Przekonują lekarza o poprawie zdrowia, nalegają na wypisanie lub urlopowanie

²⁹ Zob. S. Pużyński, *Samobójstwa i depresje*, w: *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego, zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 89-90.

³⁰ Zob. S. C. Hayes, S. Smith, *W pułapce myśli. Jak skutecznie poradzić sobie z depresją, stresem, lękiem*, Sopot 2015, s. 19.

³¹ Zob. R. Winter, *Gdy życie ogarnia ciemność. Odnaleźć nadzieję w czasie depresji*, tłum. J. Bielas, Kraków 2013, s. 138.

³² Zob. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2000, s. 428.

³³ Zob. S. Pużyński, *Samobójstwa i depresje...*, s. 90.

ze szpitala. Większość ujawnia jednak swoje zamiary. Niektórzy wprost mówią o zamiarze popełnienia samobójstwa, inni się do tego przygotowują (przez gromadzenie leków, zdobycie ostrego narzędzia, sznura). Oznaką zamiaru popełnienia samobójstwa są rozważania osoby depresyjnej o bezsensie życia i o śmierci. Innym przejawem takiego zamiaru jest nagła wizyta osoby chorej u bliskich lub nagłe odizolowanie od otoczenia. Zauważono, że liczba samobójstw jest znacznie wyższa u osób na początku depresji i w stanie jej ustępowania³⁴.

Znaczna większość utrwalonych stanów emocjonalnych, które są związane ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa, nie stanowi choroby psychicznej, a nawet w wielu przypadkach (np. uzależnień) zaburzenia emocjonalnego. Są one naturalną reakcją na trudne wydarzenia życiowe lub na długotrwałe spożywaną substancję³⁵.

Przyczyny depresji, podobnie jak przyczyny samobójstwa, mogą być również duchowe: związane z działaniem złego ducha. Samobójstwo, zniszczenie osoby ludzkiej, jest głównym celem działania Szatana³⁶. Chrześcijaństwo od samego początku dopatrywało się w samobójstwie działania Szatana. Akt samobójczy, głęboko niemoralny, jest działaniem przeciwko życiu, stanem rozpacz, który stoi po drugiej stronie cnoty nadziei³⁷. Samobójstwo to działanie człowieka, w którym zadanie śmierci nie jest przypadkowe, ale przynajmniej pośrednio zamierzone, a więc takie, w którym godzący w swoje życie staje się rzeczywistym sprawcą swojej własnej śmierci³⁸.

Samobójstwo jest grzechem, godzi w życie ludzkie, które jest święte: „Każdy jest odpowiedzialny przed Bogiem za swoje życie, które od Niego otrzymał. Bóg pozostaje najwyższym Panem życia. Jesteśmy obowiązani przyjąć je z wdzięcznością i chronić je ze względu na Jego cześć i dla zbawienia naszych dusz. Jesteśmy zarządcami, a nie właścicielami życia, które Bóg nam powierzył. Nie rozporządzamy nim” (KKK 2280). O świętości życia świadczy stworzenie człowieka przez samego Boga. Człowiek powstał „z prochu ziemi” (por. Rdz 2, 7) i dlatego zawdzięcza Stwórcy swoje istnienie, przynależąc do Niego w całej swej istocie. Bóg też bierze życie człowieka w swoją opiekę i jest przeciwny wszelkim aktom przeciwko życiu (Rdz 4, 11-15)³⁹. Obdarzenie człowieka przez Stwórcę istnieniem, i to w formie osobowej, wytwarza szczególną więź pomiędzy Bogiem a człowiekiem, która ma charakter niepowtarzalny i jedyny w całym świecie widzialnym (por. Ps 8, 5-9)⁴⁰.

³⁴ Zob. tamże, s. 91.

³⁵ Zob. J. Stukan, *Toksyczna psychologia i psychiatria. Depresja a samobójstwo*, Zdieszowice 2010, s. 22.

³⁶ Zob. M. Tosatti, *Śledztwo w sprawie szatana*, Kraków 2013, s. 208.

³⁷ Zob. A. Winarczyk, *Trzymajmy się nadziei*, „Egzorcysta”, 10 (2015), s. 3.

³⁸ Zob. T. Reroń, *Samobójstwo*, w: Jan Paweł II. *Encyklopedia nauczania moralnego*, red. J. Nagórny, K. Jeżyna, Radom 2005, s. 484.

³⁹ Zob. A.-A. Viard, J. Guillet, *Życie*, w: *Słownik teologii biblijnej*, red. X. Leon-Dufour, Poznań 1994, s. 1157-1158.

⁴⁰ Zob. S. Kunka, *Bóg stwórcą człowieka*, „Roczniki teologii dogmatycznej”, 3 (2011), s. 193-194.

Analiza danych statystycznych wyraźnie pokazuje, że liczba samobójstw w krajach chrześcijańskich jest częściej występująca od niechrześcijańskich czy żyjących bez Boga. Dlaczego tak się dzieje? Chrześcijaństwo opiera wiarę na Trójcy Świętej (św. Cezary z Arles, *Expositio symboli [sermo 9]*: CCL 103, 48 [por. KKK 232]), a to odróżnia chrześcijan od wyznawców religii niechrześcijańskich. To pociąga za sobą cały wymiar doświadczenia Boga: „Cała historia zbawienia nie jest niczym innym, jak historią drogi i środków” (KKK 234), przez które Bóg próbuje nawiązać z człowiekiem dialog. Zatem – jako chrześcijanie – mamy najbardziej skuteczne środki zbawcze, jakimi są sakramenty, działające *ex opere operato* (obiektywnie), które wpływają na człowieka, szczególnie na jego wymiar duchowy (wymiar zbawczy).

Dzisiaj, kiedy nie tylko teologowie, ale także psychiatrzy uznają trychotomiczną wizję człowieka (opierającą się na ujmowaniu człowieka jako psychiki, duszy i ciała), to coraz częściej przyjmuje się duchowe przyczyny depresji (np. obciążone winą sumienie, nieodpuszczony grzech, zwłaszcza ciężki, odrywający człowieka od Boga, nieodpokutowana wina)⁴¹. Skutki grzechu pierworodnego mogą być odczuwane w sferze biologicznej⁴².

Zdarza się, że przyczyną samobójstw jest często utrata wiary. Chrześcijanin, wierząc w dzieło odkupienia, odkrywa sens życia w obliczu trudności, cierpienia i tragedii⁴³. Celem Szatana jest natomiast pozbawienie człowieka dobra podstawowego, jakim jest ludzkie życie. Dlaczego więc Szatan tak nienawidzi życia człowieka? Dlaczego człowiek jest kuszony do odebrania sobie życia? W wyjaśnieniu tej kwestii trzeba powrócić do zagadnienia upadku aniołów.

Francisko Suarez (1548–1617), jeden z najbardziej kompetentnych teologów hiszpańskich, znawca angelologii i demonologii, uważał, że grzechem anioła była zawiść, jednak nie wobec człowieka, ale wobec Syna Bożego, który stał się człowiekiem. Lucyfer wraz z częścią aniołów odmówił adorowania człowieka niższego od aniołów naturą, choć jednocześnie wyższego, bo będącego Drugą Osobą Trójcy Przenajświętszej, wcieloną. Lucyfer od samego początku sprzeciwiał się zjednoczeniu natury Boga z ludzką, bo twierdził, że jego natura (jako natura anioła) jest wyższa od ludzkiej⁴⁴. Rozważania te potwierdzają tezę św. Augustyna, że Szatan zazdrości nie tylko osobom, które zostały usytuowane na tym samym poziomie, ale także na niższych i wyższych poziomach⁴⁵. Prawdopodobnie Szatan zazdrościł człowiekowi wywyższenia ludzkiej natury z kilku powodów: Chrystus

⁴¹ Zob. M. Wolicki, *Psychoterapia egzystencjalno-humanistyczna depresji*, w: *Od depresji. Wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha” zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich*, Warszawa-Konstancin (20-22 IV 2007), red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 55.

⁴² Zob. R. Winter, *Gdy życie ogarnia ciemność. Odnaleźć nadzieję w czasie...*, s. 258.

⁴³ Zob. J. Manjackal, *Duchowe przyczyny samobójstwa*, „Egzorzysta”, 10 (2015), s. 18-19.

⁴⁴ Zob. F. Bamonte, *Maryja i egzorcyzmy. Świadełstwo egzorcyisty o niezwykłej mocy Maryi w walce z Szatanem*, Kraków 2012, s. 67-69.

⁴⁵ Zob. F. Bamonte, *Zbuntowani Aniołowie. Egzorzysta o tajemnicy zła*, Częstochowa 2011, s. 60.

niejako zrehabilitował człowieczeństwo dotknięte grzechem, stając się „nowym człowiekiem”, „człowiekiem doskonałym”, „nowym Adamem”. W Jezusie jest pełnia Ducha Bożego, a więc pełnia Bożej miłości. To także w Jezusie człowieczeństwu została nadana nowa pełnia⁴⁶. Inną przyczyną nienawiści Szatana do natury ludzkiej jest podobieństwo człowieka do Boga i wywyższenie Maryi przez niepokalane poczęcie. Chociaż aniołowie są stworzeniami bardziej doskonałymi od człowieka, natura ludzka jest bardziej kompletna, będąc mikrokosmosem całego stworzenia, materialnego i duchowego⁴⁷.

Zazdroszczenie człowiekowi jego natury, nadanej mu przez samego Boga, jest też motywem podsuwania pokusy zniszczenia życia. Szatan może to czynić przez nękanie człowieka, co także bywa przyczyną samobójstwa. Nękanie jest często mylone z patologiami psychiatrycznymi. Są one definiowane jako „nękania demoniczne umysłowe (lub psychiczne)” albo „nękania demoniczne wewnętrzne”. Inni używają określenia: „zainfekowanie szatańskie personalne”⁴⁸.

Rozwój nauk psychologicznych i większa wiedza o życiu psychicznym człowieka sprawiły, że Kościół dziś przyjmuje zachowawcze stanowisko wobec zbawienia osób odbierających sobie życie. „Ciężkie zaburzenia psychiczne, strach lub poważna obawa przed cierpieniem lub torturami mogą zmniejszyć odpowiedzialność samobójcy” (KKK 2282). *Katechizm Kościoła Katolickiego* przypomina jednocześnie, że „nie należy uznawać osób, które odebrały sobie życie, za potępione, ponieważ Bóg w chwili śmierci mógł dać im możliwość żalu” (KKK 2283). Trzeba jasno zaznaczyć, że w przypadku choroby psychicznej człowiek nie jest w stanie podejmować świadomych, wolnych wyborów. Działanie pod wpływem impulsu (np. w przypadku depresji, schizofrenii) nie podlega ocenie moralnej. Chociaż materialnie przedmiot czynu spełnia kryteria samobójstwa, nie można mówić tu o popełnieniu czynu ludzkiego⁴⁹.

Do czynników zmniejszających ryzyko samobójstwa u kobiet należą zdaniem socjologów: powołanie do macierzyństwa i urodzenie dziecka, kontakty rodzinne, więzy w społeczeństwie, a szczególnie sakramenty, okazywanie innym przebaczenia, odnalezienie sensu w miłości⁵⁰, praktyki duchowe, przynależność do wspólnoty parafialnej, życie modlitewno-sakramentalne⁵¹. Najbardziej skutecznym czynnikiem jest teologiczna cnota nadziei. Okazuje się bowiem, że powodem

⁴⁶ Zob. S. Rosik, „Nowy człowiek” w *Chrystusie*, „Roczniki teologiczne”, 40,3 (1993), s. 42-43.

⁴⁷ Zob. Z. J. Kijas, *Aniołowie w nauczaniu Kościoła*, w: *Księga o aniołach*, red. H. Oleschko, Kraków 2003, s. 253.

⁴⁸ Zob. F. Bamonte, *Opętanie i egzorcyzm. Jak rozpoznać przebiegłego Szatana*, Kielce 2008, s. 83.

⁴⁹ Zob. P. Kieniewicz, *Samobójstwo czy dar z życia?*, „Egzorcysta”, 10 (2015), s. 50.

⁵⁰ Zob. A. Czabański (rozm. M. Błochowiak), *Brak poczucia miłości – główną przyczyną samobójstwa*, „Egzorcysta”, 10 (2015), s. 42-44.

⁵¹ Zob. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji. Jak święci, sakramenty...*, s. 157-158.

prób samobójczych często nie jest choroba, ale emocjonalne i duchowe cierpienie oraz osobiste poczucie beznadziei⁵².

Warto w tym miejscu przywołać opinie psychiatrów, którzy po wielu latach praktyki klinicznej uważają, że do czynników i uwarunkowań zmniejszających ryzyko samobójstwa należą praktyki duchowe oraz przynależność do wspólnoty parafialnej⁵³. Opinie te są oparte na wieloletniej praktyce obserwacji, do której odwołuje się teologia pastoralna, nawiązując do psychologii pastoralnej. Metoda obserwacji odnosi się do działań duszpasterskich i zmian dokonujących się w osobowości człowieka pod wpływem oddziaływania duszpasterskiego⁵⁴. Podobnie jak badania statystyczne w teologii pastoralnej zasługują na miano naukowej metody.

3.2. Środki psychoaktywne a problematyka zaburzeń depresyjnych

Problematyką związaną z występowaniem depresji albo już z próbą złagodzenia jej skutków jest zażywanie różnych substancji psychoaktywnych, szczególnie alkoholu i narkotyków⁵⁵.

Alkoholicy sięgają po alkohol, który jest sposobem zaspokojenia lub zapomnienia o czymś, a to jest związane z pragnieniem i poczuciem ulgi⁵⁶. Wydaje się, że ten sam motyw towarzyszy ludziom chorym na depresję. Inne części mózgu muszą nadrabiać braki, co powoduje uczucie zmęczenia oraz zniechęcenia. Substytut, który ma złagodzić konsekwencje i skutki depresji, przynieść na początku ulgę, jest dla samej osoby i jej choroby niebywale niebezpieczny. Przyczyną jest wpadanie w zjawisko kompulsywności. Zachowania kompulsywne mogą chwilowo uspokoić mózg, ale dzieje się to kosztem pacjenta⁵⁷.

Osoby cierpiące na depresję mają zwiększoną zdolność do picia alkoholu. Wynika to z niskiego poziomu dopaminy w mózgu. Niedobór tego związku jest powodem braku radości. Alkohol dostarcza zatem takiej osobie silnej gratyfikacji. Ponadto łagodzi ból, jest elementem znieczulenia w stanie depresji. A zatem w czasie depresji istnieje silne ryzyko uzależnienia od alkoholu. Osoba z depresją bardzo łatwo może stać się alkoholikiem.

Stawanie się alkoholikiem jest uzależnione od wielu czynników i uwarunkowań, w tym także od płci. Kobiety mogą wypić nie więcej niż dwa kieliszki wina lub dwie szklanki piwa codziennie. Mężczyźni nie więcej niż trzy. Okazuje się także (co potwierdzają badania), że ciało kobiety ma wyższą proporcję tłuszczu aniżeli ciało mężczyzny, dlatego alkohol u kobiet rozpuszcza się w mniejszym

⁵² Zob. tamże, s. 158-160.

⁵³ Zob. tamże, s. 157-158.

⁵⁴ Zob. R. Kamiński, *Wprowadzenie do teologii pastoralnej*, w: *Teologia pastoralna*, t. 1 *Teologia pastoralna fundamentalna*, red. R. Kamiński, Lublin 2000, s. 43.

⁵⁵ Zob. D. J. Hellerstein, *Uzdrowić umysł. Najnowsze metody...*, s. 74.

⁵⁶ Zob. C. Duhigg, *Sila nawyku. Dlaczego robimy, to co robimy i jak można to zmienić w życiu i biznesie*, Warszawa 2013, s. 117.

⁵⁷ Zob. D. J. Hellerstein, *Uzdrowić umysł. Najnowsze metody...*, s. 273.

stopniu aniżeli u mężczyzn. Jeszcze inaczej jest u osób starszych, u których odkłada się w wątrobie trochę więcej tłuszczu, a wątroba już nie tak łatwo rozkłada alkohol, dlatego osoby po sześćdziesiątce powinny pić najwyżej jedną lampkę wina dziennie. Ponadto przy wypijaniu powyżej trzech lampek wina sen jest lepszy, ale płytszy, co przeszkadza w wychodzeniu z depresji⁵⁸.

Należy zaznaczyć, iż trudno jest określić, w którym momencie granica między nadmiernym piciem a piciem nałogowym zostaje przekroczona. Jednym z symptomów świadczących o uzależnieniu jest utrata zdolności do kontrolowanego picia. O uzależnieniu można mówić wówczas, gdy picie zaczyna panować nad życiem człowieka, kiedy staje się ono ważniejsze niż wszystko inne. Objawami choroby alkoholowej są zaniki pamięci, psychozy alkoholowe, silne bóle głowy, drżenie rąk, brak apetytu i podobne zjawiska fizjologiczne, charakterystyczne dla fazy trzeźwienia po alkoholu. Wchodzenie w uzależnienie alkoholowe nie zawsze jest związane ze spożywaniem dużych ilości alkoholu. Wystarczy codzienna dawka alkoholu i znajdowanie się pod jego wpływem. Dopiero z czasem można zauważyć zwiększenie dawek alkoholowych i utratę kontroli nad piciem alkoholu⁵⁹.

Alkoholizm niszczy zdrowie i życie człowieka na dwóch płaszczyznach – somatycznej i psychicznej⁶⁰. Należy pamiętać, że osoby, które leczą się farmakologicznie, zażywając leki psychotropowe, nie mogą pić alkoholu. Depresja połączona z zażywaniem alkoholu pogłębia jeszcze zaburzenia psychiczne i niszczy organizm.

Inną wyniszczającą używką, obok alkoholu, w przypadku osób depresyjnych są narkotyki. Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia działającej przy ONZ, definiując narkomanię, wymienia jej trzy charakterystyczne cechy: 1. przymus psychiczny (niezwykle silna potrzeba) zdobywania narkotyku i zdobywanie wszelkimi możliwymi sposobami; 2. psychiczne, a czasem także fizyczne, uzależnienie od działania narkotyku; 3. dążność do zwiększania dawki narkotyku⁶¹.

Jednym z aspektów troski Kościoła jest ukazanie związku pomiędzy przyczyną narkomanii a patologią ducha. Ta ostatnia sprawia, że człowiek ucieka do

⁵⁸ Zob. H. Buijsen, *Depresja. Poradnik dla przyjaciół...*, s. 53-55.

⁵⁹ Zob. A. Bartoszek, *Telefon zaufania w służbie człowiekowi i społeczeństwu. Moralne aspekty posługi telefonicznej*, Katowice 2003, s. 109-111.

⁶⁰ Do zaburzeń somatycznych należy podatność na infekcje i choroby zakaźne, częstsze urazy czaszki, większa wypadkowość i zwiększone ryzyko popełnienia samobójstwa. Alkohol w znacznym stopniu niszczy układ nerwowy, pokarmowy, krążenia, oddechowy, układ moczowy, hormonalny, skórę, odporność na nowotwory (zwiększone ryzyko pewnych odmian raka, takich jak: wątroby, przełyku, części nosowej gardła, krtani i tchawicy, u kobiet raka sutka). Do zaburzeń psychicznych należy zaliczyć między innymi: majaczenie alkoholowe (majaczenie drżenne, delirium tremens, „biała gorączka”), zob. T. Woronowicz, *Problemy zdrowotne u osób intensywnie pijących alkohol*, „Problemy Alkoholizmu”, 2 (1994), s. 8-9.

⁶¹ Zob. S. Olejnik, *Teologia moralna życia osobistego*, t. 2, Włocławek 1999, s. 399.

innej rzeczywistości, szukając w niej złudnych przyjemności⁶². Narkomania jest konsekwencją depresji, ale też często jej przyczyną.

Karta Pracowników Służby Zdrowia, opracowana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, dokonuje oceny etycznej takiego zachowania, nie pozostawiając żadnych wątpliwości: „przyjmowanie narkotyków jest zawsze niegodziwe, oznacza nieuzasadnioną i irracjonalną odmowę myślenia, pragnienia i działania jako człowiek wolny”⁶³. Dokument ten zaznacza, że zażywanie narkotyków jest przeciwne życiu. Nie można stawiać prawa do wolności ponad prawem do życia⁶⁴.

Papieska Rada ds. Rodziny w ważnym duszpastersko dokumencie *Liberalizacja narkotyków. Refleksje duszpasterskie* (22.01.1997) zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wprowadzenia w wielu krajach prawa, w którym państwo daje przyzwolenie na stosowanie tak zwanych „narkotyków lekkich (miękkich)”⁶⁵. Zażywanie prowadzi do uzależnienia i zmusza do stosowania coraz silniejszych środków. Papieska Rada ds. Rodziny dodaje: „W niektórych przypadkach dana substancja powoduje uzależnienie tak silne, że jej zdobycie staje się jedynym celem życia osoby, która ją stosuje”⁶⁶. Można zatem wysunąć wniosek, podkreślany przez wielu farmakologów, że skutki działania poszczególnych narkotyków są różnorakie. Nie można jednoznacznie wyodrębnić grupy narkotyków łagodnych i narkotyków silnych⁶⁷. Oprócz przytoczonego argumentu Papieska Rada ds. Rodziny wymienia jeszcze jeden bardzo istotny. Legalizacja narkotyków może przynieść ukształtowanie mentalności i przekonanie, że to, co legalne, może uchodzić za normalne, a więc moralnie dopuszczalne. Takie myślenie może doprowadzić do zlekceważenia grzechu, jakim jest zażywanie narkotyków⁶⁸.

Zjawisko narkomanii jest powiązane z tak zwaną „abulią”, czyli patologicznym osłabieniem woli. Człowiek zatracza wówczas nie tylko siłę, aby sprzeciwić się nałogowi, ale także traci świadomość popełnianego czynu i odpowiedzialności za niego. W ten sposób nie tylko obniża się wrażliwość moralna i religijna osoby zażywającej narkotyki, ale następuje również rozkład życia duchowego. Człowiek zaczyna popadać w konflikt z prawem, a w chwilach depresji, kiedy nie może zdobyć upragnionego środka, jest zdolny nawet do popełnienia samobójstwa⁶⁹. Jan

⁶² Zob. Jan Paweł II, „Dramat narkomanii”. *Przesłanie na IX Międzynarodowy Dzień Walki z Narkomanią i Nielegalnym handlem Narkotykami* (15.06.1996), w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998 [dalej: WZDSA], s. 182.

⁶³ Tamże, nr 94.

⁶⁴ Zob. tamże, nr 96.

⁶⁵ Zob. Papieska Rada ds. Rodziny, *Liberalizacja narkotyków. Refleksje duszpasterskie* (22.01.1997), WZDSA, s. 628.

⁶⁶ Tamże, nr 4.

⁶⁷ Zob. tamże, nr 5.

⁶⁸ Tamże, nr 15.

⁶⁹ Zob. S. Olejnik, *Teologia moralna życia osobistego...*, s. 399.

Paweł II przestrzega przed konsekwencją narkomanii, jaką jest choroba AIDS⁷⁰. Narkomania jawi się jako ogromne zagrożenie także dla życia społecznego. Jej skutki mogą doprowadzić do zabicia nadziei w człowieku, w środowiskach rodzinnych, a także w strukturach społecznych⁷¹.

Oprócz uzależnienia od alkoholu i narkotyków, osoby z zaburzeniami depresyjnymi popadają często w uzależnienie od hazardu. Słowo „hazard” wywodzi się z języka arabskiego (*Az-zabr*) i oznacza „kostkę”, „grę w kości”. Przetłumaczone na język angielski oznacza: „niebezpieczeństwo”, „ryzyko”. Inne słownikowe określenia hazardu to: „ryzykowne przedsięwzięcie, narażanie się na niebezpieczeństwo, gra o pieniądze lub inne dobra, w której decydującą rolę odgrywa przypadek”⁷².

Początki hazardu można odnaleźć już w starożytnych cywilizacjach. Ruletka jest kojarzona z Rzymianami, poker sięga starożytnych Persów, gra w oczko z kolei sięga Chin. Przykładem współczesnego hazardu jest loteria, zarówno w zdrapkach, losach albo automatach losowych. Nie można zapominać, że z hazardu do budżetu państwa wpływają ogromne kwoty⁷³.

Osobami uzależnionymi od hazardu są często osoby dotknięte depresją⁷⁴, które nie potrafią sobie radzić z trudnościami i stresem, szukają ucieczki od problemów, przeżywają trudności w kontaktach interpersonalnych czy nie posiadają zdolności rozwiązywania problemów w relacjach (np. z pracodawcą, współmałżonkiem)⁷⁵.

Badania prowadzone przez CBOS z 2011 roku pokazują, że osoby zagrożone uzależnieniem od hazardu wykazują się niższym poziomem satysfakcji życiowej, posiadają niższą samoocenę w wymiarze życia osobistego, zawodowego, kondycji fizycznej, psychicznej, intelektualnej, sytuacji materialnej, perspektyw na przyszłość, energii życiowej oraz ogólnego nastroju. Inne cechy psychologiczne to: niestabilny obraz siebie, niezdolność do zaakceptowania wymagań rzeczywistości, ucieczka w świat marzeń związanych z hazardem, izolowanie się, neurotyczność, podwyższony poziom impulsywności⁷⁶.

Badacze zajmujący się patologicznym hazardem podkreślają jego specyfikę. Osoba wciągnięta w hazard może grać w sposób normalny, a uzależnienie pojawia

⁷⁰ Zob. Jan Paweł II, „*Kościół wobec AIDS*”. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji na temat AIDS (15.11.1989), WZDSA, nr 3.

⁷¹ Zob. Jan Paweł II, „*Uwierzyć nadziei wbrew nadziei*”. Przemówienie Ojca Świętego do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat problemów narkomanii i alkoholizmu zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (23.11.1991), WZDSA, nr 1.

⁷² Zob. A. Rokicka, *Wpływ hazardu na życie człowieka*, w: J. Koralewicz (red. nauk.), *Patologie życia społecznego*, „Zeszyty naukowe «Collegium Civitas»”, 18, Warszawa 2011, s. 155.

⁷³ Zob. tamże, s. 157-159.

⁷⁴ Zob. B. Lelonek-Kuleta, *Psychospołeczne korelaty uzależnień do gier hazardowych*, Lublin 2012, s. 47.

⁷⁵ Zob. tamże, s. 98-99.

⁷⁶ Zob. Taż, *Jaki jest patologiczny hazardzista? Polscy gracze automatów losowych w badaniach psychologicznych*, w: J. Jęczyński, K. Komsta, J. Sak, *Hazard i uzależnienia wirtualne*, publikacja z cyklu „Gra o życie”, t. 1, Sandomierz 2012, s. 17-19.

się nagle. Powstawanie uzależnienia może być „podstępne”. Pierwsza wygrana czyni hazard czymś ekscytującym i rodzi chęć zwiększenia zysku. W doświadczeniu kolejnej ekscytacji rodzi się chęć zwiększenia stawki. Im większa jest stawka, tym większa jest przegrana, co sprawia, że gracz bardziej ryzykuje, wykląda pieniądze, aby zrekompensować straty. Tak zwane „odgrywanie się”, o którym mówi się powszechnie w literaturze naukowej, jest przyczyną krytycznego myślenia, czyniącego zachowanie nieracjonalnym⁷⁷.

Zdaniem wielu badaczy, hazard patologiczny współistnieje z wieloma innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia nastroju, zaburzenia osobowości. U osób uprawiających patologiczny hazard zdiagnozowano jednocześnie depresję (75%); problemy wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych (40-50%); zaburzenia lękowe (40%); ADHD (20-25%); zaburzenia osobowości, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (40%), myśli samobójcze (26-48%)⁷⁸.

Gdy choroba depresji pojawia się w kontekście tych uzależnień, trzeba zapytać, co było pierwsze: choroba czy uzależnienie?⁷⁹ Istnieje teza, która pozwala twierdzić, że to choroba jest stanem, który w swoich skutkach próbuje być łagodzony środkami psychoaktywnymi. Inni stawiają tezę, że to alkohol, narkotyki czy hazard są przyczyną depresji. Są przyczyną lęku społecznego, który dotyczy nie tylko życia osobistego chorego, ale także jego relacji społecznych, towarzyskich⁸⁰.

Przyczyną odczuwania zaburzeń depresyjnych jest kryzys relacji międzyludzkich. Przejawia się on coraz częściej w braku wierności małżeńskiej, co jest powodem rozczarowania oraz wpływa na psychikę i dobrostan osoby⁸¹.

Konsekwencjami zażywania alkoholu, narkotyków, uprawiania hazardu są problemy materialne, rodzinne, które powodują utratę poczucia sensu życia, rozbięcie rodziny, małżeństwa. W takiej sytuacji ważne jest wyrobienie sobie nawyków „kluczowych”, które pomagają rozkwitnąć innym nawykom, wytwarzając nowe struktury i kształtując kulturę, w której zmiany te stają się możliwe⁸². Chodzi o znalezienie sensu życia, przez rozwijanie swoich zainteresowań, zaangażowanie się w konkretne przedsięwzięcia, a nade wszystko w życie małżeńskie, rodzinne czy inne relacje społeczne.

⁷⁷ Zob. B. Lelonek-Kuleta, *Psychospołeczne korelaty uzależnień do gier hazardowych...*, s. 40-41.

⁷⁸ Zob. B. T. Woronowicz, *Terapia patologicznego hazardu*, w: Jarosław Jęczmień, K. Komsta, J. Sak, *Hazard i uzależnienia wirtualne...*, t. 1, s. 37.

⁷⁹ Zob. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji...*, s. 73-74.

⁸⁰ Zob. S. C. Hayes, S. Smith, *W pułapce myśli. Jak skutecznie...*, s. 36.

⁸¹ Zob. T. Cantelmi, *Nauczanie z kursu dla egzorcystów...*, s. 142.

⁸² Zob. C. Duhigg, *Sila nawyku. Dlaczego robimy, to co robimy...*, s. 165.

PŁASZCZYZNA RELIGIJNA DEPRESJI

Człowiek żyje jednak nie tylko dla rodziny, małżonka czy pracy. Ważnym wymiarem jego życia powinno stanowić *sacrum*, płaszczyzna religijna, i to nie tylko w wymiarze prywatnym (modlitwa w domu rodzinnym), ale także w wymiarze liturgicznym, przeżywanym razem z innymi, we wspólnocie. Liturgia jest bliskością Boga. Bliskość ta nie jest ideą, ale wydarzeniem, nie dokonuje się poza światem człowieka, ale w samym jego wnętrzu. Sam zaś Kościół rodzi się z liturgii i z tego, co w nim piękne i szlachetne⁸³.

Liturgia jest rytuałem. Ma ona charakter złożony. Łączy w sobie kilka wymiarów ludzkiego życia, a mianowicie: wymiar rytualizacji, widowiskowości, komunikacji, ucieleśnienia. Rytualizacja wymaga intencjonalności. Wystarczy przeprowadzić ją zgodnie z wyznaczoną formą, zachowując kolejność sekwencji. Intencjonalność nie oznacza zgody, ale raczej przynależy do kategorii widowiskowości, oznaczającej kreatywność, osobiste zaangażowanie, a odprawianie tego samego rytuału, przez widowiskowość nabiera za każdym razem innego wymiaru.

Nie można zapominać o komunikacji i ucieleśnieniu w rytuale. Chodzi oczywiście o schemat komunikacji, w którym nadawcą są uczestnicy rytuału (lub przewodnik w ich imieniu), odbiorcą niewidzialne siły, przekazem zaś sama czynność rytualna oraz towarzyszące jej słowa. Komunikację dopełnia ucieleśnienie. W ucieleśnieniu ciało ma wpływ na uczestników i otoczenie. Chodzi o wyrażenie pewnych czynności przez ciało. Ważna jest też czasoprzestrzeń rytuału. Nabiera ona nowego znaczenia i staje się czymś więcej. Rytuał stanowi zatem rzeczywistość rytualną, odpowiadającą temu, co aktualne⁸⁴.

Badania nad psychologią wyraźnie potwierdzają, że uczestnictwo w obrzędzie (nawet jeśli to jest tylko sama obecność w miejscu sprawowania) nie jest nigdy pozbawione emocji. Kontakt z bóstwem uaktywnia zdolności percepcyjne człowieka, które przychodzą z pomocą temu nakierowaniu i je wzmacniają (potęgują). Sprawowanie liturgii wywołuje przeżycia oraz emocje. Charakter roku liturgicznego niesie bowiem w sobie również treść emocjonalną⁸⁵. I tak na przykład najważniejszy okres roku liturgicznego, jakim jest Triduum Paschalne, przeżywanie tajemnicy śmierci i zmartwychwstania Chrystusa, jest w istocie tajemnicą Jego śmierci i zmartwychwstania w konkretnym człowieku i w jego życiu⁸⁶.

Człowiek przeżywający depresję, stany beznadziei, rozpacz, lęku będzie inaczej przeżywał liturgię aniżeli osoba, która jest zdrowa psychicznie. Lęk może się jeszcze

⁸³ Zob. R. J. Woźniak, *Wstęp*, w: K. Porosło, *Liturgia Jezusa Chrystusa. O uwielbieniu Boga i uświęceniu człowieka*, Kraków 2015, s. 7.

⁸⁴ Zob. J. J. Pawlik, *Co kryje w sobie rytuał?*, Nurt SVD 2 (2011), s. 14-15.

⁸⁵ Zob. C. Calvano, *Uczucia i emocje u podstaw przeżyć wewnętrznych oraz zewnętrznych*, w: *Liturgia i psychologia*, red. A. Żądło, Katowice 2014 (Kościół w Trzecim Tysiącleciu 12), s. 54-55.

⁸⁶ Zob. K. Porosło, *Tajemnica śmierci i zmartwychwstania. Wprowadzenie w Misterium Paschalne*, Kraków 2014, s. 13-14.

bardziej wznagać podczas wydarzeń liturgicznych. Szczególnym wyzwaniem dla takich osób jest czynne uczestnictwo w liturgii, podczas której posługuje lektor, kantor czy psalterzysta. Nawet dla osoby niedepresyjnej znalezienie się w takiej roli może powodować uczucie niepokoju, paraliż, w zależności od wrażliwości emocjonalnej, szczególnie wtedy, kiedy osoba wykonuje takie zadanie w ważnych chwilach, nie angażując się w nie na co dzień, ale jedynie okazjonalnie (np. raz do roku, w czasie świąt Bożego Narodzenia czy Wielkanocy). Takim osobom najczęściej towarzyszy trema. Jest ona doświadczeniem lęku przed mówieniem, publicznymi wystąpieniami i innymi konkretnymi zadaniami o wymiarze społecznym (wygłoszenie publicznego przemówienia, egzamin, rozmowa kwalifikacyjna etc.). Tremie towarzyszy lęk, w wymiarze fizjologicznym – przyspieszone bicie serca, suchość w gardle czy brak tchu. Lęk jest stanem emocjonalnym związanym z doświadczeniem zagrożenia, którego nie można powiązać z jakimkolwiek czynnikiem. Często towarzyszy zaburzeniom nerwicowym⁸⁷. Istnieje kilka płaszczyzn tremy (lęku)⁸⁸.

Schematy utrwalają często psychiczne mechanizmy – myśli powodują lęk. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy osoba popełniła błąd w liturgii, a społeczność poddała ten akt ocenie. Osoba taka przeżywa frustrację. Każdy inny występ będzie wówczas trudniejszy. Mechanizmy psychiczne spowodują blokadę. Zdarza się, że konkretny błąd (pomyłka w czytaniu, fałsz w śpiewie psalmu) rzutuje na dalszą aktywność w liturgii, która stanie się bardziej ograniczona – do konkretnych okazji – albo nawet zawieszona.

Osoba depresyjna przeżywa często nie tylko problemy psychiczne związane z uczestnictwem w liturgii, ale także somatyczne. Blokada w przeżywaniu liturgii jest wtedy spowodowana lękiem przed przebywaniem w tłumie, przed przystąpieniem do Komunii świętej. Objawy lęku są wówczas następujące: suchość w gardle, brak powietrza, nagłe bicie serca, atak paniki, zmieszanie, zaburzenia orientacji, uczucie przytłoczenia, ucisk w gardle itp. Wobec takich osób wspólnota wierzących ma szczególne zadanie do spełnienia. Nieobecność na Eucharystii nie może być oceniana jako grzech. Nie powinna być też powodem napiętnowania czy przymuszania osoby cierpiącej, szczególnie ze strony bliskich. Kapłan spowiadający taką osobę powinien mieć więcej wyrozumiałości, a sama ona powinna podczas spowiedzi powiedzieć o swoich problemach depresyjnych. Odpowiedzialność za grzech ma wówczas mniejszy wymiar.

⁸⁷ Zob. tamże, s. 119-120.

⁸⁸ Komponent somatyczny tremy – przyspieszone tętno, oddech, pocenie się, wzrost ciśnienia krwi, zaczerwienienie twarzy (wywołane są pobudzeniem aktywności autonomicznego układu nerwowego). Komponent poznawczy tremy – uczucia niepokoju w związku z sytuacją społecznej ekspozycji (osoba zaczyna myśleć o swoich wadach i ograniczeniach, nawet jeśli nie ma żadnych podstaw od tego; sygnały z zewnątrz odbiera jako przejaw odrzucenia społecznego). Komponent uczuciowy tremy – związany z ludzką emocjonalnością (uczucia towarzyszące: nieprzyjemne napięcie emocjonalne, pobudzenie i niepokój powodują ośmieszenie i unikanie kontaktu z innymi). Zob. D. Krok, *Trema w mówieniu i działaniu o charakterze publicznym. Perspektywa...*, s. 125-127.

SOCIAL CONSEQUENCES OF DEPRESSION AS A CHALLENGE FOR PASTORAL WORK

Summary

Depression and its impact on a human are usually identified in regard to some psychosomatic disorders. People with depressive personality disorder often admit to mental problems. With a growing number of the afflicted the society starts getting used to the fact that the problem is here to stay. The article is an attempt to discuss social problems the afflicted persons have to face, although the subject is too complex to be exhausted in a relatively short text. The author referred to the most urgent problems of the depressed, like merital ones (both in the aspect of relations and of sex), different sorts of addictions (alcohol, drugs, gambling, which may be the reason but also the result of depression), and the last but not least – to the problems the participants of liturgy might have (the participant's disorder which is causing his/her unusual behaviour may be perceived negatively due to unawariness and lack of understanding). All the above indicate the complexity of the problem and the necessity to increase social awareness of it. Depression becomes also a challenge for pastoral work of the Church which should develop empathy, sympathy, mercy, individual approach to each and every person, more leniency towards one's neighbour and giving up judgments.

Słowa kluczowe: depresja, lęk, małżeństwo, życie seksualne, alkoholizm, narkomania, hazard, liturgia, Szatan.

Keywords: depression, fear, marriage, sexual life, alcoholism, drug addiction, gambling, liturgy, Satan

BIBLIOGRAFIA

- Bamonte F., *Maryja i egzorcyzmy. Świadcstwo egzorcysty o niezwyklej mocy Maryi w walce z Szatanem*, tłum. J. Zarzycka, Kraków 2012.
- Bamonte F., *Opętanie i egzorcyzm. Jak rozpoznać przebiegłego szatana*, tłum. K. Stopa, Kielce 2008.
- Bamonte F., *Zbuntowani Aniołowie. Egzorcysta o tajemnicy zła*, Częstochowa 2011.
- Bartoszek A., *Telefon zaufania w służbie człowiekowi i społeczeństwu. Moralne aspekty posługi telefonicznej*, Katowice 2003.
- Benedykt XVI, Encyklika *Deus caritas est*, 2005.
- Bischof J., *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*, Kraków 2006.
- Buijsen H., *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, Kraków 2012.
- Calvano C., *Uczucia i emocje u podstaw przeżyć wewnętrznych oraz zewnętrznych*, w: *Liturgia i psychologia*, red. A. Żądło, Katowice 2014 (Kościół w Trzecim Tysiącleciu 12), s. 40-65.

- Cantelmini T., *Nauczanie z kursu dla egzorcystów*, w: *Atak złego. Jak rozpoznać zło i jak się z niego wyzwolić*, red. G. Amorth, A. Musolesi, tłum. A. Zielińska, Kraków 2012, s. 135-161.
- Chyrowicz B., *O ingerencji w ludzką psychikę i kontrowersyjnych korzyściach naruszenia autonomii*, w: *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2002, s. 63-64.
- Ciarrocchi J. W., Wicks R. J., *Psychoterapia duchownych i osób zakonnych*, Gdańsk 2008.
- Czabański A. (rozm. M. Błochowiak), *Brak poczucia miłości, główną przyczyną samobójstwa*, „Egzorcysta”, 10 (2015), s. 42-49.
- Duhigg C., *Siła nawyku. Dlaczego robimy, to co robimy i jak można to zmienić w życiu i biznesie*, tłum. M. Guzowska, Warszawa 2013.
- Hellerstein D. J., *Uzdrowić umysł. Najnowsze metody. Poprawa od zaraz do pełnego wyzdrowienia*, Sopot 2014.
- Hayes S. C., Smith S., *W pułapce myśli. Jak skutecznie poradzić sobie z depresją, stresem, lękiem*, Sopot 2015.
- Jan Paweł II, „Dramat narkomanii”. Przesłanie na IX Międzynarodowy Dzień Walki z Narkomanią i Nielegalnym handlem Narkotykami (15.06.1996), w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 182-183.
- Jan Paweł II, „Kościół wobec AIDS”. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji na temat AIDS (15.11.1989), w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 212-218.
- Jan Paweł II, „Uwierzyć nadziei wbrew nadziei”. Przemówienie Ojca Świętego do uczestników Międzynarodowej Konferencji na temat problemów narkomanii i alkoholizmu zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (23.11.1991), w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 226-230.
- Jasna strona, „National Geographic” (ed. polska), 6 (2015), s. 103.
- Katechizm Kościoła Katolickiego, (tłum. z franc.), Poznań 1994.
- Kamiński R., *Wprowadzenie do teologii pastoralnej*, w: *Teologia pastoralna*, t. 1, *Teologia pastoralna fundamentalna*, red. R. Kamiński, Lublin 2000.
- Kheriaty A., Cihak J., *Katolicki Przewodnik po depresji. Jak święci, sakramenty i psychiatria mogą pomóc ci wyrwać się spod jej wpływu i odnaleźć utraconą godność*, tłum. J. Kołacz, Kraków 2013.
- Kieniewicz P., *Samobójstwo czy dar z życia?*, „Egzorcysta”, 10 (2015), s. 50-51.
- Kijas Z. J., *Aniołowie w nauczaniu Kościoła*, w: *Księga o aniołach*, red. H. Oleschko, Kraków 2003.
- Kokoszka A., *Etyczne aspekty ingerencji w ludzką psychikę – dylematy psychoterapeuty*, w: *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2002, s. 63-86.
- Krok D., *Trema w mówieniu i działaniu o charakterze publicznym. Perspektywa psychologiczna*, w: *Liturgia i psychologia*, red. A. Żądło, Katowice 2014 (Kościół w Trzecim Tysiącleciu 12), s. 116-134.

- Kunka S., *Bóg stwórcą człowieka*, „Roczniki teologii dogmatycznej”, 3 (2011), s. 187-199.
- Ledwoch M., *Egzystencjalne aspekty depresji. Badania empiryczne*, Lublin 2005.
- Lelonek-Kuleta B., *Jaki jest patologiczny hazardzista? Polscy gracze automatów losowych w badaniach psychologicznych*, w: J. Jęczmień, K. Komsta, J. Sak, *Hazard i uzależnienia wirtualne*, Sandomierz 2012 (Gra o życie 1), s. 15-33.
- Lelonek-Kuleta B., *Psychospołeczne korelaty uzależnień do gier hazardowych*, Lublin 2012.
- Manjackal J., *Duchowe przyczyny samobójstwa*, „Egzorcysta”, 10 (2015), s. 18-20.
- Obrzędy sakramentu małżeństwa dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, wydanie trzecie według wydania drugiego wydania wzorcowego, Katowice 2003.
- Olechnik S., *Teologia moralna życia osobistego*, t. 2, Włocławek 1999.
- Papieska Rada ds. Rodziny, *Liberalizacja narkotyków. Refleksje duszpasterskie (22.01.1997)*, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 628-633.
- Pawlik J. J., *Co Kryje w sobie rytuał?*, Nurt SVD 2(2011), s. 11-28.
- Porosło K., *Tajemnica śmierci i zmartwychwstania. Wprowadzenie w Misterium Paschalne*, Kraków 2014.
- Prusak J., *Jedność w rozbiciu*, „Medytacja”, 2 (2015), s. 58-61.
- Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2000.
- Pużyński S., *Samobójstwa i depresje*, w: *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*, zbiór materiałów szkoleniowych, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 89-90.
- Reroń T., *Samobójstwo*, w: *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania moralnego*, red. J. Na-górny, K. Jeżyna, Radom 2005, s. 484-488.
- Rokicka A., *Wpływ hazardu na życie człowieka*, w: *Patologie życia społecznego*, red. J. Kora-lewicz, Warszawa 2011 (Zeszyty naukowe „Collegium Civitas” 18), s. 153-242.
- Rosik S., „Nowy człowiek” w Chrystusie, „Roczniki teologiczne”, 40,3 (1993), s. 41-51.
- Stukan J., *Toksyczna psychologia i psychiatria. Depresja a samobójstwo*, Zdzeszowice 2010.
- Tosatti M., *Śledztwo w sprawie szatana*, tłum. J. Zarzycka, Kraków 2013.
- Tyra T. L., *Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych*, Białystok 1993.
- Viard A.-A., Guillet J., *Życie*, w: *Słownik teologii biblijnej*, red. X. Leon-Dufour, Poznań 1994, s. 1157-1158.
- Winarczyk A., *Trzymajmy się nadziei*, „Egzorcysta”, 10 (2015), s. 3.
- Winter R., *Gdy życie ogarnia ciemność. Odnaleźć nadzieję w czasie depresji*, tłum. J. Bie-las, Kraków 2013.
- Woronowicz T. B., *Terapia patologicznego hazardu*, w: Jarosław Jęczmień, K. Komsta, J. Sak, *Hazard i uzależnienia wirtualne*, Sandomierz 2012 (Gra o życie 1), s. 35-51.
- Wolicki M., *Psychoterapia egzystencjalno-humanistyczna depresji*, w: *Od depresji. Wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha”*, zorganizowanej

przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa-Konstancin (20-22 IV 2007), red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 55-66.

Woronowicz T., *Problemy zdrowotne u osób intensywnie pijących alkohol*, „Problemy Alkoholizmu”, 2 (1994), s. 8-9.

Woźniak R. J., *Wstęp*, w: K. Porosło, *Liturgia Jezusa Chrystusa. O uwielbieniu Boga i uświęceniu człowieka*, Kraków 2015, s. 7-9.