

BEATA ZARZYCKA
DOMINIKA ZIÓŁKOWSKA
JACEK ŚLIWAK

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Psychologii

WSPARCIE I ZMAGANIA RELIGIJNE JAKO PREDYKTORY JAKOŚCI ŻYCIA ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW – MODERACJA PRZEZ CZAS ABSTYNENCJI

Przedmiotem prezentowanego artykułu jest analiza zależności między wsparciem, zmaganiem religijnym i jakością życia mężczyzn uzależnionych od alkoholu po uwzględnieniu moderacji przez czas abstynencji. Przebadano 100 mężczyzn, należących do grupy wsparcia Anonimowych Alkoholików (AA). Zastosowano Skalę Pocieszenia i Napięcia Religijnego Yali, Exline, Wood i Worthington oraz Kwestionariusz Jakości Życia Schalocka i Keitha. Analiza korelacji wykazała, że Pocieszenie religijne korelowało dodatnio, a Lęk-wina i Negatywne emocje względem Boga – ujemnie z jakością życia AA. Odnotowano również moderujący efekt długości abstynencji na zależność między religijnością i jakością życia AA: osoby z długim okresem abstynencji i wysoką umiejętnością czerpania wsparcia z religii miały najwyższe wskaźniki jakości życia.

Słowa kluczowe: wsparcie religijne; zmagania religijne; jakość życia; Anonimowi Alkoholicy.

WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Badacze i praktycy zajmujący się problematyką uzależnienia zwracają uwagę na znaczenie religijności jako czynnika chroniącego przed nadużywaniem alkoholu i wspierającego jakość życia osób uzależnionych (Johnson, 2013). Ba-

dania empiryczne potwierdziły istnienie ujemnych powiązań między miarami religijności i nadużywaniem alkoholu (Johnson, Sheets i Kristeller, 2008; Koenig, McCullough i Larson, 2001). Jednakże badania te są poddawane krytyce, ponieważ uwzględniają jedynie globalne miary religijności, takie jak afiliacja religijna lub praktyki religijne (Booth i Martin, 1998; Gorsuch, 1995), a pomijają głębsze, bardziej szczegółowe aspekty religijności. Aby wyjść naprzeciw tym niedostatkom, przeprowadzono badania, których przedmiotem jest analiza złożonego konstruktów religijnego – wsparcia i zmagania religijnych – oraz jego powiązań z subiektywnie ocenianą jakością życia osób uzależnionych od alkoholu w zależności od czasu ich abstinencji.

Pojęcie „jakości życia”

Zainteresowanie pojęciem „jakości życia” datuje się na początek lat osiemdziesiątych XX wieku. Od tego czasu zainteresowanie to wzrasta systematycznie, czego wyrazem jest zwiększająca się liczba publikacji poświęconych tej problematyce (Daszykowska i Rewera, 2012; Górnik-Durose, 2013; Muszyński, 2015; Panek, 2016; Strzelecki, Kryńska i Witkowski, 2014). Badacze podejmują próby zdefiniowania zakresu pojęcia jakości życia oraz skonstruowania metod służących do jego pomiaru (np. Bańka, 1994; Kowalik, 2000; Oleś, 2002; Sęk, 1993; Steuden i Okła, 2007). Trzebiatowski (2011) skategoryzował istniejące psychologiczne definicje jakości życia na cztery grupy. Do pierwszej zaliczył tak zwane definicje egzystencjalne, ujmujące jakość życia w odniesieniu do orientacji „być” i „mieć”. Grupa druga obejmuje definicje oparte na ocenie zakresu realizacji zadań rozwojowych i życiowych. W kolejnej grupie znalazły się definicje odnoszące się do subiektywnej oceny stopnia zaspokojenia potrzeb indywidualnych. Ostatnia grupa zawiera definicje oparte na wybranych subiektywnych i obiektywnych wyznacznikach jakości życia.

Przykładem definicji opartej na subiektywnym oszacowaniu jakości własnego życia jest propozycja Roberta L. Schalocka (2000, 2004). Jakość życia – zdaniem Schalocka (2000, s. 122) – „jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do ośmiu zakresów: dobry stan emocjonalny, stosunki interpersonalne, dobry stan materialny, rozwój osobisty, dobry stan fizyczny, autonomia, integracja społeczna i prawa jednostki”. Wymienione obszary tworzą układ hierarchiczny – począwszy od dobrostanu fizycznego poprzez dobrobyt materialny, prawa jednostki, przynależność społeczną, relacje interpersonalne, decydowanie o sobie i rozwój osobisty aż po dobrostan emocjonalny. Każda z wymienionych sfer została zdefiniowana za pomocą trzech wskaźników

i kategorii opisowych. Na przykład na przynależność społeczną składają się: integracja ze społecznością i uczestnictwo w społeczności, role społeczne oraz wsparcie społeczne (Schalock, 2004, s. 206).

Jakość życia u osób uzależnionych od alkoholu

Uzależnienie od alkoholu jest zespołem objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których spożywanie alkoholu staje się priorytetowe wobec innych, uprzednio ważniejszych zachowań (ICD-10, 2000, s. 73-74). Zespół ten ma charakter chroniczny, postępujący, nierzadko prowadzący nawet do śmierci (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Dyjakon, 2010; Niewiadomska i Sikorska-Głodowicz, 2004; Woronowicz, 2009). Uzależnienie od alkoholu warunkuje nie tylko samopoczucie fizyczne i zachowanie jednostki, lecz także rzutuje na jej styl myślenia, odczuwania i system wartości, a jego skutków doświadczają również rodzina i bliscy alkoholika (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Niewiadomska i Sikorska-Głodowicz, 2004; Osiatyński, 2005; Woronowicz, 2009). Uzależnienie od alkoholu ma charakter nieuleczalny – możliwe jest jedynie zahamowanie rozwoju objawów i szkód zdrowotnych powstałych w sferach somatycznej, psychicznej, społecznej i duchowej osoby uzależnionej.

Wyniki badań sugerują, że osoby nadużywające alkoholu cechuje niższa jakość życia w porównaniu z populacją osób zdrowych (Welsh, Buchsbaum i Kaplan, 1993). Tę niską jakość życia osób uzależnionych od alkoholu może poprawić całkowita abstynencja, ograniczenie ilości spożywanego alkoholu lub picie kontrolowane (Foster, Powell, Marshall i Peters, 1999). Zbliżone są także wyniki badań autorstwa Meyer, Rumpf, Hapke i John (2004), w których wykazano, że obecność zaburzeń psychicznych obniża jakość życia, choć stopień jej pogorszenia jest najmniejszy u osób nadużywających alkoholu, chorych z epizodem depresji wielkiej czy specyficznymi rodzajami fobii. Stach (1991) wykazał, że 75% alkoholików w zaawansowanej fazie uzależnienia, analogicznie jak pacjenci depresyjni, uzyskiwało wysokie wyniki w miarach poczucia beznadziejności. Potwierdzono również ujemną korelację między nasileniem problemów alkoholowych i oceną jakości życia (Foster i in., 1999; Patience i in., 1997). Osoby uzależnione od alkoholu osiągały gorsze wyniki w miarach funkcjonowania, dobrostanu i ogólnym wskaźniku oceny zdrowia – w porównaniu z osobami nadużywającymi alkoholu (Patience i in., 1997). Różnice w subiektywnej ocenie jakości życia obserwowano również w grupach osób uzależnionych od alkoholu poddanych różnym programom leczenia (Woronowicz, 2001): ambulatoryjnemu (Bur-

don, Dang, Prendergast, Messina i Farabee, 2007), systematycznemu wyborowi leczenia (*Systematic treatment selection – STS*¹) (Harwood, Beutler, Williams i Stegman, 2011) oraz u członków grup samopomocowych (Jacobs i Goodman, 1989). W badaniach Stacha (1991) osoby uzależnione od alkoholu należące do grupy wsparcia Anonimowych Alkoholików nie różniły się istotnie oceną jakości życia od grupy kontrolnej osób zdrowych. Rezultaty badań Wnuka (2006a, 2006b) również sugerują, że jakość życia osób uzależnionych od alkoholu – abstynentów i członków grup wsparcia Anonimowych Alkoholików – nie różni się od oceny jakości życia dokonywanej przez osoby zdrowe.

Predyktory jakości życia u osób uzależnionych od alkoholu

W badaniach nad uwarunkowaniami jakości życia osób uzależnionych od alkoholu podkreślano buforującą rolę indywidualnej religijności i duchowości (Gorsuch, 1995; Koenig, 1998a, 1998b), czasu utrzymywania abstynencji od alkoholu (Pullen, Modrcin-Talbott, West i Muenchen, 1999) oraz przynależności do grup wsparcia (Stach, 1991; Wnuk, 2006a, 2006b).

Wsparcie religijne. Wsparcie religijne rozumiane jest jako osobiste korzyści czerpane z wiary i relacji z Bogiem. Rezultaty badań konsekwentnie potwierdzają wspierającą funkcję religii, ujawniając ujemny związek religijności z używaniem alkoholu i dodatni z długością okresu abstynencji (Brown i in., 2007; Carter, 1998; Johnson, Sheets i Kristeller, 2008; Koenig i in., 2001; Polcin i Zemore, 2004). Zależności te pojawiały się niezależnie od rasy i kontekstu kulturowego badanych (Gorsuch, 1995; Koenig, 1998a, 1998b). Rezultaty te znalazły zastosowanie w obszarze terapeutycznym. Religia stała się integralną częścią niektórych form terapii uzależnienia od alkoholu. Anonimowi Alkoholicy (AA) są powszechnie znaną grupą wsparcia, programowo odwołującą się do treści religijnych. Program 12 Kroków, obowiązujący członków grup AA, zawiera pięć podstawowych przekonań religijnych: (1) o istnieniu Siły Wyższej (jakkolwiek jest ona rozumiana)², (2) o potrzebie nawiązania osobistej relacji z tą Siłą, (3) o po-

¹ STS to metoda opracowana przez Larry'ego E. Beutlera i Stephena F. Austina, polegająca na empirycznym podejściu do praktyki psychoterapeutycznej opartym na wykorzystywaniu systemu eksperckiego do kierowania myśleniem lekarza o tym, jaka metoda będzie najlepszym podejściem do konkretnego klienta.

² W tekście zamiast pojęcia „Siły Wyższej” posłużono się pojęciem „Boga”, ponieważ wszyscy badani deklarowali się jako katolicy, a dodatkowo narzędzie zastosowane do diagnozy wsparcia i zmagania religijnych również zawiera pojęcie „Boga” (np. „Czujesz, że Bóg cię wspiera”; „Masz poczucie, że Bóg cię zawiódł”).

trzebie powrotu do praktyk religijnych, zwłaszcza medytacji i modlitwy, (4) o uzdrowieniu dzięki interwencji Siły Wyższej oraz (5) o potrzebie zadośćuczynienia za wyrządzone krzywdy i słuszości realizacji programu 12 Kroków (Johnson, 2013). Dotychczasowe badania nad religijnością w grupach AA koncentrowały się głównie na analizach porównawczych korzyści, jakie z przynależności do grupy czerpią osoby religijne i niereligijne. Zemore (2007) sugerował, że religijność wyjaśnia związek zaangażowania w realizację programu AA z długością abstynencji od alkoholu. Jednakże wszystkie twierdzenia (z wyjątkiem jednego: wiara w Boga) zastosowane przez Zemore'a (2007) do badania religijności odnosiły się do praktyk religijnych (modlitwy, medytacji, czytania Biblii i udziału w nabożeństwach).

W ostatnich latach uwaga badaczy skupiła się na poszukiwaniu mechanizmów powiązań między religijnością i funkcjonowaniem osób uzależnionych od alkoholu. Uzyskane rezultaty sugerują, że zależność między religijnością i używaniem alkoholu jest moderowana przez cechy osobowości (Johnson i in., 2008), płeć, zaangażowanie religijne i wyznanie (Koenig i in., 2001). Istotnymi mediatorami związku religijności z używaniem alkoholu okazały się z kolei przekonania i postawy wobec nadużywania substancji (Bachman i in., 2002), percepcja norm społecznych, modelowanie, otrzymanie zachęty do używania substancji (Johnson i in., 2008), satysfakcja z własnego ciała (Mahoney, Carels, Pargament i in., 2005), religijne radzenie sobie ze stresem i poczucie lokalizacji kontroli w Bogu (Murray, Goggin i Malcarne, 2006).

Zastosowana w badaniach prezentowanych w niniejszym artykule zmienna wsparcie religijne mierzy zakres korzyści czerpanych z wiary i relacji z Bogiem. Obejmują one takie charakterystyki związane z przeżywaniem indywidualnej religijności, jak: postrzeganie Boga jako wszechmocnego, wspierającego i troszczącego się o człowieka, a wiary – jako źródła siły, ukojenia i poczucia sensu życia. W takim ujęciu zmienna ta pozwala na ujęcie bardziej osobistego i głębszego aspektu religijności w porównaniu z praktykami religijnymi i poziomem zaangażowania religijnego.

Zmagania religijne. Pomimo wielu pozytywnych funkcji, religia bywa źródłem stresu i wewnętrznych napięć. Poczucie opuszczenia przez Boga może rodzić poczucie winy lub niemożność wybaczenia sobie popełnionych błędów (Krause, Ellison i Wulff, 1998). Obraz Boga zagniewanego, karzącego, niereagującego na zło rodzi nieufność i lęk. Badania wskazują, że problemy i napięcia religijne wiążą się z wysokim emocjonalnym dystresem, gorszymi wskaźnikami zdrowia i niską jakością życia zarówno w normalnej populacji, jak i w różnych próbach klinicznych (Exline, 2013). Niewiele jest danych dotyczących funkcji

zmagañ religijnych w procesie nabywania uzależnienia od alkoholu (Faigin, Pargament i Abu-Raiya, 2014), a wydaje się, że konstrukt ten może być czynnikiem ryzyka uzależnienia. Napięcia odnoszące się do spraw wiary bywają źródłem pustki doświadczanej w ważnych obszarach własnego życia. Pustka ta może z kolei wyzwalać poszukiwanie nowych znaczeń i nowego sensu – także w potencjalnie destrukcyjnych nawykach, na przykład używaniu substancji psychoaktywnych, będących środkiem ucieczki od cierpienia oraz metodą na wypełnienie odczuwanych braków. Zwracali na to uwagę Johnson i Bennett (2009), gdy wskazywali, że niektóre aspekty religijności mogą przyczyniać się do obniżenia jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Badacze ci nie analizowali jednak znaczenia zmagañ religijnych. Z kolei Faigin i współpracownicy (2014) wykazali istotny związek zmagañ duchowych z jedenastoma (z czternastu) obszarami uzależnienia (kofeina, ćwiczenia, objadanie się, głodzenie się, hazard, leki, środki psychoaktywne, seks, zakupy, nikotyna i praca). Nie wykazano w tych badaniach związku zmagañ religijnych z uzależnieniem od alkoholu, ale może to wynikać ze specyfiki badanej próby, którą stanowili młodzi studenci.

Abstynencja od alkoholu. Wyniki badań nad związkiem jakości życia z nasileniem problemów alkoholowych sugerują, że jakość życia zmniejsza się wraz ze wzrostem nasilenia problemów alkoholowych – osoby uzależnione uzyskiwały gorsze wyniki w podskalach jakości życia w porównaniu z osobami nadużywającymi alkoholu (Foster, Marshall, Hooper i Peters, 1998; Patience i in., 1997). Abstynencja istotnie wzmacnia jakość życia osób uzależnionych – poprawę można zaobserwować już po 12-tygodniowej abstynencji. Jakość życia jest również wyższa u alkoholików utrzymujących abstynencję w porównaniu z osobami, które miały nawroty picia (Habrat, Baran, Steinbarth-Chmielewska i Woronowicz, 2000). Potwierdzono także, że związek jakości życia z długością abstynencji od alkoholu cechuje się zmienną dynamiką. Największy wzrost subiektywnie odczuwanej jakości życia obserwowano w początkowym okresie trzeźwienia, a w miarę upływu czasu abstynencji proces ten ulegał spowolnieniu (Chaturvedi, Kirthana i Desai, 1997). Długofalowe utrzymywanie abstynencji wiązało się z trwałym wzrostem jakości życia alkoholików (Amodeo, Kutz i Cutter, 1992).

Problem badawczy

Przedmiotem prezentowanych badań jest analiza zależności między wsparciem i zmaganiem religijnym a subiektywnie ocenianą jakością życia osób uzależnionych od alkoholu, należących do grupy wsparcia AA, po uwzględnieniu moderacji przez czas abstynencji. Wsparcie religijne oznacza osobiste korzyści

czerpane z wiary i relacji z Bogiem. Zmagania religijne zostały ujęte za pomocą trzech kategorii: poczucia winy i nieprzebaczenia przez Boga, negatywnych emocji względem Boga oraz negatywnych interakcji społecznych związanych z religią. Sprawdzono, w jaki sposób wymienione kategorie wiążą się z jakością życia osób uzależnionych od alkoholu, uczestniczących w grupach AA w zależności od czasu utrzymywania abstynencji. Sformułowano następujące hipotezy:

H1: Wsparcie religijne wiąże się dodatnio z jakością życia AA, a kategorie zmagania religijnych (lęk-wina, negatywne emocje względem Boga i negatywne interakcje społeczne związane z religią) korelują ujemnie z jakością życia.

H2: Długość okresu abstynencji od alkoholu moderuje zależność między wsparciem i zmaganiem religijnym a jakością życia AA.

Ponieważ poprawa jakości życia w wyniku abstynencji ma zmienną dynamikę (Habrat i in., 2000), hipoteza druga została uzupełniona o dwie hipotezy szczegółowe, zawierające przewidywania dotyczące funkcji wsparcia i zmagania religijnych na początkowych i późniejszych etapach abstynencji. Zostały one sformułowane następująco:

H2.1: Redukcja poczucia winy i lęku przed Bogiem wiąże się silniej z jakością życia w początkowym okresie abstynencji niż w etapach późniejszych.

H2.2: Wsparcie religijne silniej wiąże się z jakością życia w grupie z dłuższą abstynencją niż u osób z krótką abstynencją.

Analiza efektu moderacji zależności jakości życia AA od pozostałych kategorii zmagania (Negatywne emocje względem Boga i Negatywne interakcje społeczne związane z religią) przez czas abstynencji została potraktowana eksploracyjnie.

METODA

Osoby badane

Przebadano 100 mężczyzn w wieku od 28 do 69 lat. Średnia ich wieku wyniosła $M = 49,92$ ($SD = 10,05$). Wszyscy badani respondenci uczestniczyli w spotkaniach grup wsparcia Anonimowych Alkoholików, w przypadku 97% z nich udział w spotkaniach był dobrowolny. Badani reprezentowali wszystkie szczeble wykształcenia: 41% miało wykształcenie średnie, 33% – zawodowe, po 12% – podstawowe i wyższe, 2% – licencjackie. Największa grupa badanych (68%) to mężczyźni żonaci, wśród pozostałych 17% było po rozwodzie, a 10% to kawalerowie. Duża część badanych (65%) zamieszkiwała środowiska miej-

skie, pozostali (35%) byli mieszkańcami terenów wiejskich. Badani przynależeli do grupy wsparcia od 1 do 260 miesięcy ($M = 78,81$; $SD = 78,57$), natomiast deklarowany przez nich okres abstynencji zawiera się w przedziale od 1 do 315 miesięcy, czyli ponad 26 lat ($M = 71,31$; $SD = 81,89$). Badani mają za sobą od 2 do 20 prób wyjścia z nałogu ($M = 2,48$; $SD = 3,61$).

Metody badań

Każdy z badanych otrzymał do wypełnienia zestaw badawczy, który zawierał: arkusz biograficzny, Kwestionariusz Jakości Życia Schalocka i Keitha (1993; za: Oleś, 2010a) w adaptacji Jurosa (1997) i modyfikacji Oleś (2010b) oraz Skalę Pocieszenia i Napięcia Religijnego Exline, Yali i Sanderson (2000) w polskiej adaptacji Zarzyckiej (2014).

Skala Pocieszenia i Napięcia Religijnego

Skala Pocieszenia i Napięcia Religijnego (RCSS) jest kwestionariuszem zawierającym 24 twierdzenia przeznaczone do pomiaru religijności jako źródła wsparcia (pocieszenia) i zmagania (napięcia) (Exline i in., 2000). Respondenci ustosunkowują się do każdego twierdzenia na 11-punktowym formacie odpowiedzi (od 0 – „w ogóle” do 10 – „bardzo silnie”). Polska adaptacja RCSS zawiera cztery podskale (Zarzycka, 2014):

1. Pocieszenie religijne ($\alpha = 0,93$)³ – mierzy poczucie zaufania do Boga, postrzeganie Go jako wszechmogącego, wspierającego i troszczącego się o człowieka oraz postrzeganie wiary jako źródła siły, pokoju, harmonii, poczucia sensu i celowości życia (przykładowe pozycje: „Uważasz, że twoja wiara jest źródłem siły”; „Czujesz, że Bóg cię wspiera”);

2. Negatywne emocje względem Boga ($\alpha = 0,75$) – wynik jest miarą negatywnych uczuć wobec Boga; postrzegania Go jako niesprawiedliwego, niegodnego zaufania, okrutnego, opuszczającego człowieka („Masz poczucie, że Bóg cię zawiódł”; „Czujesz gniew w stosunku do Boga”);

3. Negatywne interakcje społeczne związane z religią ($\alpha = 0,51$) – wynik wskazuje na intensywność negatywnych emocji i relacji z ludźmi wierzącymi („Masz złe wspomnienia związane z ludźmi wierzącymi”; „Obawiasz się, że ludzie wierzący potępiają cię za twoje błędy”);

³ Podane współczynniki rzetelności α Cronbacha odnoszą się do próby objętej obecnymi badaniami.

4. Lęk-Wina ($\alpha = 0,70$) – wynik mierzy intensywność zaabsorbowania własnymi grzechami, poczucia winy, poczucia nieprzebaczenia przez Boga („Obawiasz się, że Bóg potępi cię za twoje winy”; „Odczuwasz silne poczucie winy w związku ze swoimi grzechami i błędami”).

Kwestionariusz Jakości Życia

Kwestionariusz Jakości Życia (KJŻ) jest metodą złożoną z 40 twierdzeń, które mierzą subiektywnie ocenianą jakość życia oraz jej cztery składowe:

1. Zadowolenie – ogólna radość z życia i zadowolenie z sytuacji życiowej („Jak wiele radości i przyjemności otrzymuje Pan od życia?”; „W jakim stopniu jest Pan zadowolony z Pana aktualnej sytuacji domowej lub życiowej?”);

2. Umiejętność/Produktywność – zadowolenie z wykonywanej pracy i realizacji zdobytych umiejętności („Czy uczy się Pan umiejętności, które pomogą Panu dostać inną lub lepszą pracę?”; „W jakim stopniu jest Pan zadowolony ze sprawności i doświadczeń, jakie Pan zdobył lub zdobywa dzięki swojej pracy?”);

3. Możliwość działania/Niezależność – samodzielność i możliwość decydowania o sobie w życiu codziennym („W jakim stopniu sam decyduje Pan o tym, co robi na co dzień (odpoczynek, jedzenie, rozrywka)?”; „W jaki sposób decyduje Pan o wykonywaniu swych zajęć lub innych codziennych działań?”);

4. Przynależność do społeczności/Integracja ze społecznością – zadowolenie z częstości i jakości kontaktów społecznych, pozostawanie w bliskich relacjach sąsiedzkich i przyjacielskich („Jak bardzo jest Pan zadowolony z instytucji, do których należy [świątlic, klubów, organizacji, w tym Kościoła i innych działań religijnych?]; „Ile razy w ciągu tygodnia rozmawia Pan [lub przebywa] z sąsiadami na podwórzu albo w ich domu?”).

Metoda została skonstruowana do pomiaru subiektywnej oceny jakości życia osób niepełnosprawnych intelektualnie (Schalock, 2000, 2004). Jednakże późniejsze badania pokazały, że z powodzeniem może ona być stosowana również do badania innych grup, zarówno klinicznych, jak i osób zdrowych. Każda z czterech składowych zawiera 10 twierdzeń, do których respondenci ustosunkowują się na 3-punktowym kontinuum Likerta. Rzetelność wyniku ogólnego, ustalona metodą zgodności wewnętrznej (α Cronbacha) na próbie objętej obecnymi badaniami, wynosi 0,86.

Procedura

Badania przeprowadzono w 2012 r. w Lublinie, Łodzi, Krakowie, Warszawie, Kielcach, Poznaniu oraz w kilku mniejszych miastach powiatowych i gminnych. Odbywały się one podczas okolicznościowych (rocznicowych) mityngów Anonimowych Alkoholików, otwartych dla gości. Dane zbierano indywidualnie lub grupowo na różnych etapach mityngów, zawsze jednak przed fazą integracyjną. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, a respondenci nie otrzymywali wynagrodzenia za wypełnienie testów.

WYNIKI

Analiza zależności między wsparciem i zmaganiem religijnym oraz jakością życia AA została przeprowadzona za pomocą metod korelacyjnych. Najpierw ustalono współczynniki korelacji r Pearsona między analizowanymi zmiennymi. Następnie przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji ze składnikiem interakcyjnym w celu sprawdzenia, czy długość okresu abstynencji moderuje związki wsparcia i zmagania religijnych z oceną jakości życia.

Korelacje między pocieszeniem i napięciem religijnym a jakością życia

W Tabeli 1 przedstawiono współczynniki korelacji między badanymi zmiennymi. Pocieszenie religijne korelowało dodatnio z ogólną oceną jakości życia ($r = 0,52$; $p < 0,001$), a także z jej czterema wymiarami: Zadowoleniem ($r = 0,41$; $p < 0,001$), Umiejętnością ($r = 0,49$; $p < 0,001$), Niezależnością ($r = 0,28$; $p < 0,01$) i Integracją ($r = 0,42$; $p < 0,001$). Natomiast Lęk-Wina i Negatywne emocje względem Boga korelowały ujemnie z jakością życia (LW: $r = -0,29$; $p < 0,01$; NEB: $r = -0,36$; $p < 0,001$) i jej składowymi. Negatywne interakcje społeczne związane z religią nie korelowały z oceną jakości życia Anonimowych Alkoholików.

Tabela 1

Statystyki opisowe oraz macierz korelacji jakości życia i jego czterech składowych z długością abstynencji, pocieszeniem i zmaganiem religijnym

Zmienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ZA-DOW	–									
2. UMIEJ	0,55***	–								
3. NIE-ZAL	0,33***	0,49***	–							
4. INTE-GR	0,60***	0,46***	0,34***	–						
5. JŻ	0,83***	0,81***	0,67***	0,77***	–					
6. ABST	0,41***	0,28**	0,20*	0,24*	0,38***	–				
7. PR	0,41***	0,49***	0,28**	0,42***	0,52***	0,14	–			
8. LW	-0,28**	-0,14	-0,27**	-0,223*	-0,29**	-0,19	0,05	–		
9. NEB	-0,28**	-0,27**	-0,30**	-0,29**	-0,36***	-0,07	-0,32**	0,39***	–	
10. NISR	-0,01	-0,09	-0,13	-0,13	-0,12	-0,06	-0,05	0,27**	0,36***	–
<i>M</i>	2,21	2,15	2,61	2,19	2,29	70,54	8,26	3,95	1,18	3,31
<i>SD</i>	0,35	0,32	0,26	0,29	0,24	82,71	2,07	2,00	1,47	2,26

Uwaga. ZADOW – zadowolenie, UMIEJ – umiejętność/produktywność, NIEZAL – możliwość działania/niezależność, INTEGR – przynależność do społeczności/integracja ze społecznością, JŻ – jakość życia, ABST – długość abstynencji, PR – Pocieszenie religijne, LW – Lęk-Wina, NEB – Negatywne emocje do Boga, NISR – Negatywne interakcje społeczne związane z religią; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Moderacja związku wsparcia i zmagania religijnych z jakością życia AA przez długość abstynencji

Aby określić zależność długości abstynencji, wsparcia/zmagania religijnych oraz ich interakcji ze zmienną zależną jakością życia AA, wykonano hierarchiczną analizę regresji ze składnikiem interakcyjnym. Zmienne niezależne wycenowano. Wybrano metodę centracji opartą na standaryzacji wyników zmiennej.

W pierwszym kroku do równania regresji włączono następujące zmienne: długość abstynencji, wsparcie religijne oraz trzy kategorie zmagania religijnych. Tylko trzy zmienne miały istotny wkład do równania regresji: długość abstynencji ($\beta = -0,19$; $p < 0,05$), Pocieszenie religijne ($\beta = 0,48$; $p < 0,001$) oraz Lęk-Wina ($\beta = -0,25$; $p < 0,01$). Wyjaśniały one łącznie 42% wariancji w zakresie

jakości życia Anonimowych Alkoholików ($p < 0,001$). Rezultaty tej analizy przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla długości abstynencji, Pocieszenia i trzech kategorii zmagających religijnych oraz ich interakcji jako predyktorów jakości życia AA (N = 100)

Krok i zmienne	β	95% CI	t	p
Stała		[2,25, 2,32]	118,01	< 0,001
Krok 1				
ABST	-0,19	[-0,08, -0,07]	-2,33	< 0,05
PR	0,48	[0,07, 0,15]	5,40	< 0,001
LW	-0,25	[-0,11, -0,02]	-2,76	< 0,01
NEB	-0,10	[-0,09, 0,03]	-1,04	0,299
NISR	0,02	[-0,04, 0,05]	0,24	0,809
		$R = 0,65$		
		$R^2 = 0,42$		
Krok 2				
ABST	-0,19	[-0,08, -0,01]	-2,30	< 0,05
PR	0,63	[0,10, 0,19]	6,28	< 0,001
LW	-0,17	[-0,09, 0,01]	-1,80	0,076
NEB	-0,10	[-0,05, 0,04]	-0,96	0,341
NIS	-0,03	[-0,10, -0,01]	-0,37	0,712
ABST * PR	-0,24	[-0,10, -0,01]	-2,42	< 0,05
ABST * LW	-0,16	[-0,09, 0,01]	-1,74	0,086
ABST * NEB	-0,05	[-0,08, 0,05]	-0,46	0,646
ABST * NISR	0,15	[-0,01, 0,08]	1,72	0,089
		$R = 0,70$		
		$R^2 = 0,49$		

Uwaga. ABST – długość abstynencji, PR – Pocieszenie religijne, LW – Lęk-Wina, NEB – Negatywne emocje do Boga, NISR – Negatywne interakcje społeczne związane z religią.

W drugim kroku do równania regresji włączono cztery zmienne interakcyjne długości abstynencji z pocieszeniem religijnym oraz z każdą kategorią zmagających religijnych. Wykonana hierarchiczna analiza regresji ze składnikami interakcyjnymi wykazała, że Lęk-Wina, Negatywne Emocje względem Boga i Negatywne interakcje społeczne nie mają istotnego wkładu do równania regresji wyjaśniają-

cego jakość życia Anonimowych Alkoholików. Istnieje natomiast istotna zależność między długością abstynencji i oceną jakości życia ($\beta = -0,19$; $p < 0,05$). Istotny wkład do równania regresji miał także efekt interakcji długości abstynencji i pocieszenia religijnego ($\beta = -0,24$; $p < 0,05$). Zwiększał on zakres wyjaśnianej wariancji w ocenie jakości życia o 7% ($R^2 = 0,49$; $R^2_{zmiany} = 0,07$; $p < 0,05$). Model ze składnikiem interakcyjnym był dobrze dopasowany do danych – $F(9,84) = 8,88$; $p < 0,001$. Dodatkowo odnotowano dwa efekty interakcyjne, których wkład do równania regresji wyjaśniającego jakość życia AA nie był wprawdzie istotny, ale miał charakter wyraźnej tendencji: interakcja długości abstynencji i Lęku-Winy ($\beta = -0,16$; $p = 0,086$) oraz długości abstynencji i negatywnych interakcji społecznych ($\beta = -0,15$; $p = 0,089$) (Tabela 2).

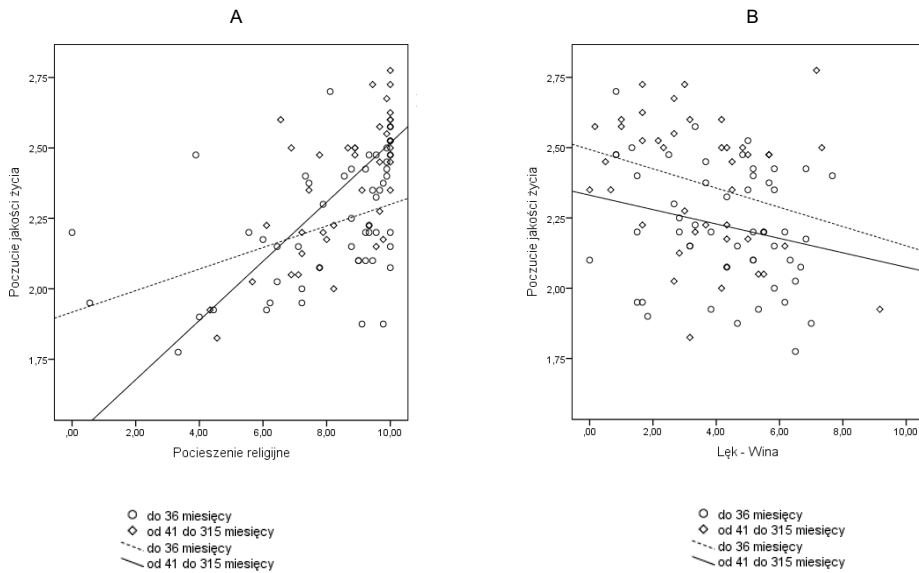
Aby wyjaśnić, na czym polega obserwowany efekt interakcji, skategoryzowano badanych na dwie grupy różniące się długością okresu abstynencji i wykonano analizę regresji w każdej z grup osobno. Podział na grupy przeprowadzono na podstawie wartości mediany. Do grupy pierwszej weszły osoby z okresem abstynencji obejmującym wartości poniżej mediany, czyli utrzymujące trzeźwość od 1 do 36 miesięcy ($M = 11,06$; $SD = 11,34$). Do drugiej grupy weszły osoby z okresem abstynencji zawierającym wartości powyżej mediany, czyli od 41 do 315 miesięcy ($M = 139,26$; $SD = 73,41$). W grupie pierwszej były 53 osoby, a w grupie drugiej – 47 osób. Analiza regresji przeprowadzona w wyodrębnionych grupach pokazała, że u osób z długim okresem abstynencji zależność między pocieszeniem religijnym i jakością życia jest silniej dodatnia ($\beta = 0,66$; $p < 0,001$) w porównaniu z grupą z krótkim okresem abstynencji. Natomiast związek zmiennej Lęk-Wina z oceną jakości życia AA jest istotny i ujemny ($\beta = -0,36$; $p < 0,01$) w grupie osób z krótką abstynencją, a nieistotny w grupie o długiej abstynencji (zob. Tabela 3). Oznacza to, że u osób uzależnionych od alkoholu z krótkim okresem abstynencji jakość życia wiąże się z umiejętnością rozwiązania religijnego poczucia winy. Natomiast w grupie z długą abstynencją wzrost subiektywnej oceny jakości życia wiąże się z umiejętnością czerpania wsparcia z religii. Zależności te zostały zobrazowane na wykresach rozrzutu (zob. Wykres 1).

Tabela 3

Analiza regresji dla Pocieszenia religijnego i trzech podskal zmagających religijnych jako predyktorów jakości życia w grupach AA z krótką (do 36 miesięcy) i długą (od 41 do 315 miesięcy) abstynencją

Zmienne	Abstynencja do 36 miesięcy				Abstynencja od 41 do 315 miesięcy			
	β	95% PU	t	p	β	95% PU	t	p
Stała		[1,82, 2,23]	19,68	< 0,001		[1,21, 1,96]	8,49	< 0,001
PR	0,49	[0,02, 0,07]	3,71	< 0,001	0,66	[0,06, 0,14]	5,16	< 0,001
LW	-0,36	[-0,07, -0,01]	-2,74	< 0,01	-0,01	[-0,03, 0,03]	-0,04	0,969
NEB	-0,18	[-0,06, 0,01]	-1,26	0,213	-0,05	[-0,06, 0,05]	-0,30	0,764
NISR	0,14	[-0,01, 0,04]	1,08	0,285	-0,17	[-0,05, 0,01]	-1,35	0,186
			$R = 0,59$				$R = 0,72$	
			$R^2 = 0,35$				$R^2 = 0,51$	

Uwaga. PU – przedział ufności, PR – Pocieszenie religijne, LW – Lęk-Wina, NEB – Negatywne emocje do Boga, NISR – Negatywne interakcje społeczne związane z religią.



Wykres 1. Jakość życia jako funkcja długości abstynencji i (A) Pocieszenia religijnego lub (B) Lęku-Winy. Przedstawione zostały nachylenia linii regresji dla Pocieszenia religijnego i długości abstynencji.

PODSUMOWANIE I Dyskusja Wyników

Przedmiotem prezentowanych badań była analiza zależności między wsparciem i zmaganiem religijnym a oceną jakości życia osób uzależnionych od alkoholu, należących do grupy AA. Badania ujawniły, że wsparcie religijne wzmacnia, a zmagania religijne obniżają subiektywną ocenę jakości życia AA. Odnotowano dodatnią korelację wsparcia religijnego z czterema składowymi jakości życia: zadowoleniem, produktywnością, niezależnością i integracją ze społecznością. Umiejętność czerpania korzyści z wiary i relacji z Bogiem (postrzeganie wiary jako źródła siły, a Boga jako wszechmogącego i wspierającego) wzmacnia zatem zadowolenie z życia, produktywność, możliwość działania i integrację ze społecznością osób uzależnionych od alkoholu. Spośród zmagania religijnego dwie kategorie istotnie obniżały ocenę jakości życia AA: negatywne emocje względem Boga oraz lęk i poczucie winy przed Bogiem. Kategorie te korelowały ujemnie z ogólną jakością życia i jej (odpowiednio: czterema/trzema) składowymi. Wyniki te potwierdziły pierwszą hipotezę (H1). Wynik ten można zinterpretować, odwołując się do modelu poszukiwania sacrum (*Search for the Sacred*) zaproponowanego przez Pargamenta (2007). Poszukiwanie sacrum jest procesem obejmującym wiele dróg, na których duchowe wysiłki człowieka i historia uzależnienia splatają się wzajemnie. Zdaniem Pargamenta (2007) odkrycie i utrzymanie relacji z Bogiem jest czynnikiem chroniącym w sytuacji ryzyka uzależnienia od alkoholu. Wsparcie religijne, a więc doświadczanie religijności jako źródła pocieszenia, ułatwia osobom uzależnionym od alkoholu odbudowanie poczucia własnej wartości, szacunku do siebie i osiągnięcie wewnętrznej harmonii, a w rezultacie wzmacnia jakość ich życia. Z kolei trudności w odkryciu lub utrzymaniu relacji z Bogiem, napięcia i frustracje religijne, a zwłaszcza negatywne emocje względem Boga (gniew, lęk, poczucie winy) istotnie obniżają jakość życia osób uzależnionych od alkoholu.

Warto dodać, że nawiązanie osobistej relacji z Bogiem i powierzenie mu własnej historii stanowią centralne założenia programu realizowanego przez członków grup AA. Wsparcie religijne może więc dodatkowo wzmacniać procesy integracji i identyfikacji z grupą oraz poczucie skuteczności w realizowaniu celów grupowych. Z kolei deficyty w zakresie zaufania do Boga oraz lęk przed Bogiem utrudniają realizację założeń programowych grupy AA. Mogą zatem osłabiać procesy identyfikacji z grupą, zakłócać lub nawet uniemożliwiać wychodzenie z uzależnienia, a w rezultacie – obniżać jakość życia. Ponadto osoby doświadczające zmagania religijnego mogą sięgać po alkohol jako po narzędzie radzenia sobie z doznawanym napięciem (Johnson, 2013).

Druga hipoteza zakładała testowanie efektu moderacji zależności między wsparciem i zmaganiem religijnym a oceną jakości życia AA przez długość abstynencji od alkoholu. Oczekiwano, że w początkowym etapie trzeźwienia obniżenie lęku i poczucia winy przed Bogiem wzmocni jakość życia. Natomiast w perspektywie długo utrzymywanej abstynencji wsparcie religijne (zaufanie do Boga, umiejętność przeżywania religii jako źródła siły) będzie czynnikiem wzmacniającym jakość życia. Uzyskane rezultaty potwierdziły te hipotezy. U mężczyzn z dłuższym okresem abstynencji wsparcie religijne silniej wzmacniało subiektywną ocenę jakości życia niż u mężczyzn z krótką abstynencją. Natomiast obniżenie lęku i poczucia winy przed Bogiem silniej wzmacniało jakość życia mężczyzn z krótkim okresem abstynencji – w porównaniu z grupą z długą abstynencją.

Badania nad zmaganiem religijnymi polegającymi na poczuciu winy i nieprzebaczenia ze strony Boga oraz ich związkiem z dobrostanem i jakością życia pojawiły się w psychologii stosunkowo niedawno (Exline i Rose, 2013). Uzyskane wyniki wskazują na dodatnie związki religijnego poczucia winy ze wskaźnikami dystresu oraz dodatnią zależność między dobrostanem i uwolnieniem od winy w różnych próbach osób dorosłych. Na przykład Lawler-Row (2010) wykazała, że w próbie osób starzejących się poczucie darowania winy przez Boga korelowało dodatnio z przebaczeniem sobie i satysfakcją ze starzenia się. Z kolei Toussaint, Williams, Musick i Everson-Rose (2008) odnotowali ujemny związek poczucia uwolnienia od winy przez Boga z depresją. Według naszej wiedzy nie prowadzono podobnych badań w próbach osób uzależnionych od alkoholu. Jednakże odnotowana w prezentowanych badaniach ujemna zależność między zmaganiem z powodu poczucia nieprzebaczenia przez Boga a jakością życia AA jest zgodna z tendencjami obserwowanymi w innych grupach (np. Lawler-Row, 2010; Toussaint i in., 2008). Pozostaje jednak pytanie, dlaczego zależność ta jest silniejsza u osób z krótką abstynencją od alkoholu niż u osób z długą abstynencją? Otóż poczucie winy pojawia się najczęściej wtedy, gdy człowiek przekroczy własny kodeks moralny, złamie jakąś zasadę, akceptowaną normę lub naruszy uznawany przez siebie system wartości. Nadużywanie alkoholu, wraz ze wszystkimi jego skutkami behawioralnymi, może być przykładem naruszenia kodeksu moralnego, a w konsekwencji – wyzwalać poczucie winy. Z drugiej strony, między poczuciem winy i nadużywaniem alkoholu zachodzi często zależność cyrkularna: nadużywanie alkoholu wyzwala poczucie winy, a alkohol służy jako narzędzie rozwiązywania poczucia winy (Johnson, 2013). Zaprzestanie używania alkoholu stanowi pierwszy rzeczywisty krok w kierunku trzeźwego życia. Jego konsekwencją jest poczucie ulgi, a nawet rodząca się nadzieja na możliwość

powrotu do struktur społecznych, rodzinnych, zawodowych i religijnych. Dodatkowo już pierwsze kroki programu realizowanego przez AA wskazują na konieczność zapoznania swoich członków z wiedzą o mechanizmach uzależnienia oraz uświadomienia im ich braku kontroli nad stylem spożywania alkoholu (Krok 1). Kolejne kroki wskazują na konieczność zakotwiczenia trzeźwienia w kimś większym od człowieka (Siła Wyższa) oraz zachęcają do oceny moralnej własnych czynów (Krok 2 i 3). Zatem sama decyzja o zaprzestaniu spożywania alkoholu, wzrost wiedzy o mechanizmach uzależnienia, dokonanie oceny moralnej i odnowienie relacji religijnej wydają się już na początkowym etapie abstynencji łagodzić napięcia związane z przekonaniem o braku możliwości uzyskania przebaczenia od Boga, a w konsekwencji prowadzą do wzrostu odczuwanej jakości życia.

U osób długo utrzymujących abstynencję (od 41 do 315 miesięcy) umiejętność czerpania wsparcia z religijności okazała się czynnikiem silniej wzmacniającym jakość życia – w porównaniu z grupą z krótką abstynencją. Rezultat ten można zinterpretować, odwołując się do wiedzy dotyczącej funkcji religijności w procesach samokontroli i samoregulacji (McCullough i Carter, 2013). Pojęcie samokontroli odnosi się do sytuacji, w których człowiek podejmuje wysiłek mający na celu przewyciężenie narzucającego mu się sposobu reagowania behawioralnego, emocjonalnego lub motywacyjnego, np. próbuje przewyciężyć chęć sięgnięcia po alkohol (Baumeister, Vohs i Tice, 2007). Samoregulacja z kolei obejmuje procesy kierujące zachowaniem człowieka w sposób bardziej zgeneralizowany, uwzględniający osobiste cele, monitorowanie Ja oraz wzmacnianie siły samoregulacyjnej (Carver i Scheier, 1998). Badania sugerują, że religijność wzmacnia zarówno mechanizmy samokontroli, jak i procesy samoregulacji (McCullough i Willoughby, 2009). Osoby uzależnione od alkoholu, które potrafią czerpać z religijności wsparcie, używają zasobów religijnych jako narzędzi wzmacniających skuteczność samokontroli w sytuacji ryzyka sięgnięcia po alkohol. Doświadczenie korzyści z wiary może także relatywizować atrakcyjność spożywania alkoholu, a tym samym czynić je psychologicznie bardziej odległym. Badania eksperymentalne prowadzone przez Fischbach, Friedmana i Kruglanskiego (2003) potwierdziły, że umysłowe treści religijne są aktywowane automatycznie, bezpośrednio po uprzedniej aktywacji pokusy, a także niejako oddalają perspektywę pokusy. Religijność wzmacnia także procesy samoregulacji: warunkuje wybór celów, znaczenia nadawane celom, procesy, przez które religijność staje się istotnym standardem osobistym, oraz monitorowanie Ja (Mahoney, Pargament, Cole i in., 2005; Saroglou, Delpierre i Dernelle, 2004). Długofalowa umiejętność czerpania korzyści z wiary i relacji z Bogiem, połą-

czona z doświadczeniem skuteczności w zakresie utrzymania abstynencji, jest zatem istotnym czynnikiem podnoszącym subiektywną jakość życia osób uzależnionych od alkoholu.

Przeprowadzone badania nie są pozbawione ograniczeń. Zasadniczym mankamentem jest ich poprzeczny charakter, pozwalający na uchwycenie jedynie aktualnych zależności między zmiennymi. Zastosowanie strategii podłużnej umożliwiłoby uchwycenie zmian oraz poszukiwanie mechanizmów leżących u podłoża obserwowanych zależności. Drugim mankamentem jest duże zróżnicowanie badanych mężczyzn pod względem wieku i długości abstynencji. Funkcje religijności zmieniają się w biegu życia człowieka. Bardziej zasadne byłoby więc prowadzenie analiz w odrębnych grupach wiekowych. Duża niejednorodność badanych pod względem długości abstynencji i czasu przynależności do grupy AA sprawia, że niemożliwe jest uchwycenie specyficznych zależności, obrazujących zjawiska związane np. z realizowanym etapem programu AA. Mankamenty te ograniczają możliwości uogólnienia uzyskanych rezultatów na inne próby. Sposób operacjonalizacji zmiennej czas abstynencji od alkoholu nie jest również pozbawiony ograniczeń. Zmienna ta została wyrażona za pomocą długości czasu (mierzonego w miesiącach), w którym badany nie spożywał alkoholu. Ponieważ dla niektórych osób czas utrzymania abstynencji jest taki sam, jak przynależność do grupy AA, trudno jest odróżnić efekty tych dwóch zmiennych. Pomimo wskazanych ograniczeń, badania te dostarczają wartościowych danych na temat funkcji religijności w zakresie kształtowania jakości życia osób uzależnionych od alkoholu, a według naszej wiedzy są jedną z pierwszych prób uchwycenia moderatorów zależności między wsparciem i zmaganiem religijnym a jakością życia mężczyzn uzależnionych od alkoholu, należących do grupy wsparcia AA.

LITERATURA CYTOWANA

- Amodeo, M., Kutz, N. i Cutter, H. (1992). Abstinence, reasons for not drinking and life satisfaction. *The International Journal of the Addictions*, 27(6), 707-716.
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., Bryant, A. L. i Merline, A. C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood: Changes in social activities, roles, and beliefs*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bańka, A. (1994). Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. W: A. Bańka i R. Derbis (red.), *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia* (s. 19-39). Poznań-Częstochowa: „Gemini” s.c.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D. i Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351-355.

- Booth, J. i Martin, J. E. (1998). Spiritual and religious factors in substance use, dependence, and recovery. W: H. G. Koenig (red.), *Handbook of religion and mental health* (s. 175-200). San Diego, CA: Academic Press. DOI: 10.1016/B978-012417645-4/50079-1
- Brown, A. E., Pavlik, V. A., Shegog, R., Whitney, S. N., Friedman, J. D., Romero, C., Davis, G. Ch., Cech, I., Kosten, T. R. i Volk, R. (2007). Association of spirituality and sobriety during a behavioral spirituality intervention for Twelve Step (TS) recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(4), 611-617.
- Burdon, W., Dang, J., Prendergast, M., Messina, N. i Farabee, D. (2007). Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees from prison-based therapeutic community treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 16-19.
- Carter, T. M. (1998). The effect of spiritual practices to recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(5), 409-413.
- Carver, C. S. i Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Chaturvedi, S. K., Kirthana, R. i Desai, M. (1997). Quality of life and alcoholism: What aspects are perceived as important? *Quality of Life Research*, 3, 632.
- Cierpiałkowska, L. i Ziarko, M. (2010). *Psychologia wobec współczesności. Zdrowie, patologie, psychoprofilaktyka. Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Daszykowska, J. i Rewera, M. (2012). *Wokół problemów jakości życia współczesnego człowieka*. Kraków: Petrus.
- Dyjakon, D. (2010). *Przemoc – Terapia – Zadośćuczynienie. Z doświadczeń badacza i terapeuty*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Exline, J. J. (2013). Religious and spiritual struggles. W: K. I. Pargament, J. J. Exline i J. W. Jones (red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality*. Vol. 1: *Context, theory, and research* (s. 459-475). Washington, DC: American Psychological Association.
- Exline, J. J. i Rose, E. D. (2013). Religious and spiritual struggles. W: R. F. Paloutzian i C. L. Park (red.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (s. 380-398). New York: The Guilford Press.
- Exline, J. J., Yali, A. M. i Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481-1496.
- Faigin, C. A., Pargament, K. I. i Abu-Raiya, H. (2014). Spiritual struggles as a possible risk factor for addictive behaviors: An initial empirical investigation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 24(3), 201-214.
- Fischbach, A., Friedman, R. S. i Kruglanski, A. W. (2003). Leading us not unto temptation: Momentary allurements elicit overriding goal activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 296-309. DOI: 10.1037/0022-3514.84.2.296
- Foster, J. H., Marshall, E. J., Hooper, R. i Peters, T. J. (1998). Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. *Addiction Biology*, 3(3), 321-332.
- Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J. i Peters, T. J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subject – review. *Quality of life research*, 8(3), 255-261.
- Gorsuch, R. L. (1995). Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues*, 51(2), 65-83.
- Górnik-Durose, M. (2013). *W poszukiwaniu wyznaczników jakości życia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Chowanna, t. 1(40).

- Habrat, B., Baran, H., Steinbarth-Chmielewska, K. B. i Woronowicz, T. (2000). Jakość życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 13(3), 322-335.
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., Williams, O. B. i Stegman, R. S. (2011). Identifying treatment-relevant assessment: Systematic treatment selection/InnerLife. W: L. T. M. Harwood, E. Beutler i G. Groth-Marnat (red.), *Integrative assessment of adult personality* (wyd. 3, s. 61-79). New York: Guilford Press.
- ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Jacobs, M. K. i Goodman, G. (1989). Psychology and self-help groups: Predictions on a partnership. *American Psychologist*, 44(3), 536-545.
- Johnson, T. J. (2013). Addiction and the search for the sacred: Religion, spirituality, and the origins and treatment of substance use disorders. W: K. I. Pargament (red.), *APA handbook of psychology, religion and spirituality*. Vol. 2: *An applied psychology of religion and spirituality* (s. 297-317). Washington, DC: APA Press.
- Johnson, T. J. i Bennett, P. (2009). Faith based programs. W: L. Cohen, F. L. Collins, A. M. Young, D. E. McChargue i T. R. Leffingwell (red.), *The pharmacology and treatment of substance abuse: An evidence based approach* (s. 605-651). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Johnson, T. J., Sheets, V. L. i Kristeller, J. (2008). Identifying mediators of the relationship between religiousness/spirituality and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 160-170.
- Juros, A. (1997). Poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością a obraz gminy. W: A. K. Juros i W. Otrębski (red.), *Integracja osób z niepełnosprawnością w społeczności lokalnej* (s. 297-309). Lublin: FŚCEDs.
- Koenig, H. G. (1998a). *Handbook of religion and mental health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Koenig, H. G. (1998b). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(4), 213-224.
- Koenig, H. G., McCullough, M. i Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (s. 11-31). Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Krause, N., Ellison, C. G. i Wulff, K. M. (1998). Church-based support, negative interaction, and psychological well-being: Findings from a national sample of Presbyterians. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 725-741.
- Lawler-Row, K. A. (2010). Forgiveness as a mediator of the religiosity health relationship. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(1), 1-16. DOI: 10.1037/a0017584
- Mahoney, A., Carels, R. A., Pargament, K. I., Wachholtz, A., Leeper, L. E., Kaplar, M. i Frutchey, R. (2005). The sanctification of the body and behavioral health patterns of college students. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 15(3), 221-238.
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Cole, B., Jewell, T., Magyar, G. M., Tarakeshwar, N. i Phillips, R. (2005). A higher purpose: The sanctification of strivings in a community sample. *International Journal for the Psychology of Religion*, 15(3), 239-262.
- McCullough, M. E. i Carter, E. (2013). Religion, self-control, and self-regulation: How and why are they related? W: J. J. Exline (red.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (s. 123-138). Washington, DC: American Psychological Association.

- McCullough, M. E. i Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135(1), 69-93.
- Meyer, H., Rumpf, H. J., Hapke, U. i John, U. (2004). Impact of psychiatric disorder in the general population: Satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 435-441.
- Murray, T. S., Goggin, K. i Malcarne, V. L. (2006). Development and validation of the alcohol-related God locus of control scale. *Addictive Behaviors*, 31(3), 553-558.
- Muszyński, W. (2015). *Szanse życiowe i jakość życia współczesnych rodzin*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Niewiadomska, I. i Sikorska-Głodowicz, M. (2004). *Uzależnienia: fakty i mity. Alkohol*. Lublin: Gaudium.
- Oleś, M. (2002). Psychologiczna problematyka choroby zezowej u dzieci i dorosłych. W: P. Oleś, S. Steuden i J. Toczowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 153-187). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Oleś, M. (2010a). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, M. (2010b). Jakość życia u dzieci i młodzieży – przegląd metod pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*, 53(2), 211-238.
- Osiatyński, W. (2005). *Alkoholizm: grzech czy choroba?* Warszawa: Wydawnictwo Iskry.
- Panek, T. (2016). *Jakość życia. Od koncepcji do pomiaru*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: The Guilford Press.
- Patience, D., Buxton, M., Chick, J., Howlett, H., McKenna, M. i Ritson, B. (1997). The SECCAT survey: II. The alcohol related problems questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 32(1), 79-84.
- Polcin, D. E. i Ziemore, S. E. (2004). Psychiatric severity and spirituality, helping, and participation in alcoholics anonymous during recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(3), 577-592.
- Pullen, L., Modrcin-Talbot, M. A., West, W. R. i Muenchen, R. (1999). Spiritual high versus high on spirits. Is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(1), 3-8.
- Saroglou, V., Delpierre, V. i Dernelle, R. (2004). Values and religiosity: A meta-analysis of studies using Schwartz's model. *Personality and Individual Differences*, 37, 721-734.
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(2), 116-127.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 55(2), 110-117.
- Stach, R. (1991). *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Steuden, S. i Okla, W. (red.) (2007). *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Strzelecki, Z., Kryńska, E. i Witkowski, J. (2014). *Kryzys jakości życia*. Warszawa: Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk.
- Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A. i Everson-Rose, S. A. (2008). The association of forgiveness and 12-month prevalence of major depressive episode: Gender differences in a probability sample of U.S. adults. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(5), 485-500.

- Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), 25-31.
- Welsh, J. A., Buchsbaum, D. G. i Kaplan, C. B. (1993). Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: Does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research*, 2(5), 335-340.
- Wnuk, M. (2006a). Poczucie jakości życia anonimowych alkoholików. *Psychologia Jakości Życia*, 5(1), 49-62.
- Wnuk, M. (2006b). Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola poczucia sensu życia. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(4), 357-378.
- Woronowicz, B. T. (2001). *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woronowicz, B. T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań–Warszawa: Media Rodzina–Wydawnictwo Edukacyjne PARPMEDIA.
- Zarzycka, B. (2014). Struktura czynnikowa polskiej adaptacji Skali Poczieszenia i Napięcia Religijnego. *Roczniki Psychologiczne*, 17(4), 683-696.
- Zemore, S. E. (2007). A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3), 76-79.