

Spowiedź osób cierpiących na depresję

Confession of people suffering from depression

GRZEGORZ WĄCHOL

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Wydział Filozoficzny, Polska

grzegorz.wachol@upjp2.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0002-6427-7231>

Abstract: The aim of the article is to present the basic symptoms of depression in the context of the sacrament of penance and reconciliation and to provide pastoral recommendations for confessors towards people affected by this disease. The specific nature of depressive disorder requires a special approach to penitents suffering from its symptoms. Thanks to this, the sacrament of penance and reconciliation can be experienced as an experience of God's mercy and, in addition, it can also have secondary therapeutic effects. The text describes the way of understanding and experiencing the sacrament of penance and reconciliation by people suffering from depression, and in the last part it presents recommendations for those serving such penitents. They are suitable both for those receiving the sacrament of penance and reconciliation in the form of ongoing pastoral support, as well as a single meeting in the confessional.

Keywords: sacrament of penance and reconciliation; depression; penitent; confessor; pastoral instructions

Abstrakt: Celem artykułu jest prezentacja podstawowych objawów depresji w kontekście sakramentu pokuty i pojednania oraz podanie zaleceń duszpasterskich dla spowiedników wobec osób dotkniętych tym schorzeniem. Specyfika zaburzenia depresyjnego wymaga specjalnego podejścia spowiednika do obciążonego tym problemem penitenta. Dzięki temu sakrament pokuty i pojednania może być przeżywany jako doświadczenie Bożego miłosierdzia, a oprócz tego może mieć również drugorzędne skutki terapeutyczne. Tekst opisuje sposób rozumienia oraz przeżywania sakramentu pokuty i pojednania przez osoby chorujące na depresję, a w dalszej części prezentuje wskazania dla pełniących posługę wobec takich penitentów. Są one odpowiednie zarówno dla korzystających

z sakramentu pokuty i pojednania w formie stałego wsparcia duszpasterskiego, jak i pojedynczego spotkania w konfesjonale.

Słowa kluczowe: sakrament pokuty i pojednania; depresja; penitent; spowiednik; wskazania duszpasterskie

Wstęp

Wielu wybitnych myślicieli przewidywało, że XXI wiek będzie epoką samotności człowieka. W podobnym duchu wypowiadali się współcześni papieże, zwłaszcza Jan Paweł II, Benedykt XVI i Franciszek, zauważając coraz większą pustkę wewnętrzną i brak poczucia sensu, będące efektem zmian społecznych i dewaluacji wartości duchowych (Kijas 2014, 216-217). Zjawiskiem potwierdzającym przewidywania wspomnianych przedstawicieli Kościoła, jest m.in. depresja, pojawiająca się na skutek np. ogólnego wypalenia, samotności oraz braku poczucia sensu i motywacji. Depresja jest zaburzeniem psychicznym o charakterze globalnym. Szacuje się, że w pierwszych latach XXI wieku dotkniętych nią było ok. 350 mln ludzi na całym świecie, a w Polsce ok. 10% populacji (Osińska i in. 2017). Przewiduje się, że w 2030 roku depresja będzie drugą – w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo i trzecią w nisko rozwiniętych, przyczyną niepełnosprawności (Mathers i Loncar 2006). Powszechność omawianego zaburzenia i wzrost zapadalności na nie w ostatnich dekadach wskazuje, że również wierni Kościoła katolickiego będą nim coraz częściej dotknięci. W związku z tym konieczna jest teologiczna refleksja nad sposobem podejścia do takich osób, także w obszarze korzystania przez nie z sakramentów świętych. Wśród nich szczególne miejsce, ze względu na swój uzdrawiający wymiar, zajmuje sakrament pokuty i pojednania. Jest on przestrzenią bardzo osobistego spotkania penitenta z Bogiem, za pośrednictwem spowiednika. Aby to spotkanie miało rzeczywiście uzdrawiający charakter w wymiarze duchowym, a przy okazji niesło ze sobą dalsze, terapeutyczne skutki, potrzebne jest uwzględnienie specyfiki depresji i sposobów postrzegania świata przez osoby chorujące na nią. Spowiednik powinien nie tylko przyjmować postawę jurydyczną, ale również wspierać i rozeznawać podczas sprawowania tego sakramentu właściwe drogi rozwiązania pojawiających się trudności. Próba, choćby pobieżnego, określenia w jakiej formie duchowej i psychicznej jest spowiadający się może mieć duże znaczenie dla przebiegu i skutków omawianego sakramentu (Śliwiński 2019, 307-320).

I. Ogólna charakterystyka zjawiska depresji

Depresja objawia się poprzez przedłużające się uczucie smutku, zniechęcenia, pustki, osamotnienia, braku sensu, pozbawienia motywacji i ogólne obniżenie codziennej aktywności. Przyjmuje ona charakter obezwładniającej bezsilności. Działa to jak całościowa blokada, uniemożliwiająca nawet najbardziej podstawowe aktywności życiowe, ale nie jest ona efektem chęci wygodnego życia, czy zdjęcia z siebie odpowiedzialności. Nawet najbliżsi osoby chorej na depresję, mogą mieć trudności ze zrozumieniem tej sytuacji. Warto przy tej okazji zaznaczyć, że silne użalanie się penitenta na podobne zachowanie kogoś z bliskich, może być sygnałem o występowaniu depresji u tej osoby (Kociuba 2020, 234-245).

Oprócz motywacji do działania i podejmowania różnorodnych zadań, osoby dotknięte omawianym schorzeniem tracą też wszelkiego rodzaju zainteresowania i możliwość odczuwania radości. Nie odnajdują możliwości wyjścia z silnego przekonania o braku sensu podejmowania jakiejkolwiek aktywności w celu umilenia sobie życia. W ich pojmowaniu świata dominuje lęk i przekonanie o niskiej skuteczności oddziaływania na otoczenie. Często towarzyszą temu nieustające myśli o zagrożeniu, jakie stanowi dla nich świat i przekonanie o bliskości śmierci. (Szadkowski 2022, 215-240). Takie podejście można uznać za wyolbrzymioną formę heidegerowskiego „bycia ku śmierci”, a więc skrajne przekonanie, że wszystkie przestrzenie życiowe tracą jakiejkolwiek znaczenie ze względu na konieczność odejścia z tego świata (Błaszczak 2021, 43-55).

Depresja najczęściej związana jest z doświadczeniem stresu i osamotnienia wynikających z sytuacji życiowej, może być też efektem zażywania niektórych leków, uzależnień, czy nieprawidłowej gospodarki hormonalnej. Negatywne odczucia i rodząca się z nich bezsilność utrzymują się przez minimum kilka tygodni. Osoby dotknięte depresją, unikają kontaktów z innymi i żyją w ogólnym wycofaniu. W ich postrzeganiu świata dominują negatywne przekonania, które dotyczą (1) bieżącej rzeczywistości, (2) własnej osoby i (3) braku nadziei na przyszłość. Te trzy wymiary stanowią tzw. triadę Becka, czyli charakterystykę poznawczego funkcjonowania osób z omawianym zaburzeniem. (Butcher i in. 2017, 273-285). Wyraźnie zaznacza się też bardzo niska samoocena i brak poczucia własnej wartości. Osoba z depresją nieadekwatnie postrzega własne „ja”, któremu przypisuje skrajnie negatywne cechy, a siebie często rozumie jako nieprzydatną, nazywając siebie „śmieciem”, „odpadem”, „zakałą”, „problemem” itd. Nierzadko są to wulgarne słowa, mające charakter autoagresji (Poniatowska-Leszczyńska i Małyszczak 2013, 201-209). Przekonanie o własnej nieudolności rzutuje również na obraz innych. Osoby z depresją mają tendencję do obwiniania siebie za cudze problemy, przez to, niekiedy paradoksalnie, mogą przeceniać realne możliwości własnego wpływu na

otoczenie. W perspektywie wiary może pojawiać się magiczne myślenie wobec niektórych swoich działań i spełnieniu przesądów. Cierpiący na depresję są wówczas przekonani, że ich wybory, decyzje czy proste zachowania stały się przyczyną problemów w ich środowisku, przez co postrzegają siebie jako tzw. czarną owcę w swoim otoczeniu. Takie schematy mogą być na tyle silne i odnoszone do szerokiego spektrum ludzi, że często są zupełnie niespójne.

W depresji obecne są także wyraźne zmiany fizjologiczne. Podstawowym objawem jest utrata energii fizycznej i poczucie przemęczenia. Często występują wahania apetytu, związane z jego nasileniem lub znacznym zmniejszeniem (dlatego jednym ze wskaźników depresji są intensywne zmiany masy ciała), problemy ze snem, obniżenie aktywności fizycznej, widoczne poprzez zaniechanie codziennych, zwyczajnych obowiązków. Konsekwencje takiej postawy są widoczne w relacjach społecznych, a szczególnie w rodzinie i przestrzeni zawodowej, gdzie następują poważne zaniedbania. Stąd charakterystycznym wskaźnikiem może być gwałtowna zmiana funkcjonowania osób o wysokim poziomie aktywności. Może też pojawiać się ból lub napięcie mięśniowe, ból głowy, wysychanie błon śluzowych, objawiające się suchością w ustach, problemy układu trawiennego, zaburzenia cyklu menstruacyjnego u kobiet i problemy z aktywnością seksualną (Cierpiałkowska 2021, 244-247). Podczas spowiedzi, ostatni wskaźnik może zostać uwypuklony w kontekście opisywania relacji małżeńskich.

Depresja może być następstwem ciężkiej, przewlekłej choroby. Coraz częściej podnoszony jest temat obligatoryjnego wsparcia psychologicznego dla wszystkich pacjentów onkologicznych, czy osób po przebyciu ciężkich urazów, aby zredukować ilość i nasilenie objawów depresji pourazowej. Obecnie przyjmuje się, że omawiane zaburzenie nierzadko stanowi kolejny etap innej, poważnej choroby (Humeniuk, Dąbska i Krupa 2018, 55-63). Klasyfikuje się też różne typy depresji, związane z zaistniałymi okolicznościami życia, zwłaszcza gwałtownymi zmianami. Przykładem może być patologiczne przeżywanie żałoby, prowadzące do depresji (Worden 2022, 193-226) czy depresja poporodowa. Szacuje się, że dotknięte nią może być nawet 13-19% kobiet stających się matkami, a znaczna część (niektóre badania mówią nawet o 80%) przejawia syndromy tego zaburzenia. W kontekście korzystania z sakramentu pokuty i pojednania ważne jest uwzględnienie tej wiedzy, podczas posługiwania wobec młodych matek. Zaniedbania podstawowych obowiązków przez młode matki nie muszą być efektem lekceważenia swojej roli czy negatywnego nastawienia do rodziny, ale mogą wynikać z opisywanej formy zaburzenia depresyjnego (Golec i in. 2016, 1-7).

Coraz częściej mówi się o tzw. męskiej depresji, która objawia się bardziej przez zmiany fizjologiczne, niż zaburzenia nastroju. Wymienia się też cechy charakterystyczne dla depresji dzieci i młodzieży oraz osób starszych (Świącicki

2018, 20-24). Dane dotyczące zapadalności ludzi młodych są alarmujące. Obniża się wiek pierwszych symptomów depresji oraz zwiększa liczba małych dzieci przejawiających zaburzenia nastroju. Szacuje się, że już dzieci w wieku przedszkolnym cierpią na omawiane schorzenie. W wieku 6-12 lat około 2% dzieci jest dotkniętych depresją, a w grupie adolescentów może to być aż 20% (Szadkowski 2022, 215-240). Jednak szczyt zachorowań przypada na okres ok. 40-50 lat, w trakcie pełnej aktywności zawodowej, przy czym dwukrotnie częściej zapadają na nią kobiety niż mężczyźni (Krzystanek i Wiaderkiewicz 2022, 3-9).

Niezależnie od tego, jaka osoba została dotknięta depresją, zawsze jest to poważne zagrożenie jakości funkcjonowania oraz samego życia. Szacuje się, że depresja stanowi jedną z najczęstszych przyczyn podejmowania prób samobójczych. Nawet 80% zmagających się z tym problemem ma myśli samobójcze. W zależności od przeprowadzonych badań, szacuje się, że ok. 20-60%, dotkniętych depresją, podejmuje próbę samobójczą, z czego aż 15% chorujących odbiera sobie życie. Co roku w skali świata 1 milion osób ginie z powodu depresji, co daje wynik 3800 zgonów dziennie. W Polsce dziennie popełnia samobójstwo średnio 16 osób. Szacuje się, że samobójstwo to we współczesnym świecie trzecia najczęstsza przyczyna zgonów nastolatków w przedziale wiekowym 15-19 lat (Szadkowski 2022, 215-240). Należy spodziewać się, że wraz z dalszym rozwojem technologiczno-gospodarczym, powiększającą się izolacją społeczną i narastającą postawą egoizmu, te dane będą przybierały wyższe wskaźniki.

Dla części osób objawy depresji mogą wydać się zupełnie normalnymi i nie stanowić problemu jeśli szybko ustępują. Pełnią wówczas funkcję ochronną i adaptacyjną, pozwalając na przepracowanie trudnych doświadczeń czy spowolnienie męczącego tempa życia. Ważne jest, aby zrozumieć, że obniżony poziom funkcjonowania w różnych wymiarach życia chorujących na depresję, nie wynika z ich lenistwa lub złej woli. Dla specjalistów zdrowia psychicznego jest to oczywiste spostrzeżenie, jednak w powszechnym odbiorze często można odnieść wrażenie, że osoba przejawiająca symptomy omawianego zaburzenia, postrzegana jest jako leniwa lub odmawiająca współpracy z najbliższym otoczeniem. Taka postawa nie wynika ze złej woli, niechęci, złośliwości wobec otoczenia chorującego czy braku mobilizacji. Istotą depresji jest przywoływana już wcześniej blokada aktywności niemożliwa do przezwyciężenia bez odpowiednich kroków terapeutycznych.

2. Terapeutyczna wartość sakramentu pokuty i pojednania

Sakrament pokuty i pojednania jako sakrament uzdrowienia powinien stanowić wsparcie dla każdego penitenta, ale w przypadku osób z depresją może on mieć szczególne znaczenie dla ich dobrostanu. Spowiedź, oprócz podstawowej

funkcji, jaką jest przywrócenie i umocnienie komunii z Bogiem, może również znacząco oddziaływać na psychikę. Liczne badania dowodzą, że oprócz wymiaru czysto duchowego, związanego z relacją do Boga i dążeniem do zbawienia, postawy religijne sprzyjają redukowaniu negatywnych objawów zaburzeń psychicznych, w tym depresji (Gromm 2017, 90). Także znaczna liczba badań wskazuje, że poczucie własnej wartości jest wyższe u osób mających pozytywny obraz Boga, jako kochającego, cierpliwego, bliskiego i przebaczącego ojca. Dojrzałe przeżywanie sakramentu pokuty i pojednania może być drogą do odkrycia Boga, który przede wszystkim wybacz, co może wzmacniać poczucie własnej godności, a tym samym przyczyniać się do budowy pozytywnego obrazu siebie (Ronco i in. 1993, 661-679; Ronco i in. 1995, 1203-1230).

Ta wartość terapeutyczna, chociaż wtórna względem skutków duchowych spowiedzi, nie powinna zostać pominięta ani lekceważona przez duszpasterzy. Pomimo współpracy teologii z dyscyplinami zajmującymi się wiedzą o człowieku, w tym jego zaburzeniami psychicznymi, wciąż często panuje w środowisku duszpasterzy, a niekiedy też wiernych świeckich opinia, że za opisywanym zaburzeniem stoją wyłącznie czynniki duchowe. Według tego przekonania obniżony stan psychiczny jest wynikiem konsekwencji za grzechy z przeszłości, zemsty Boga za źle prowadzone życie, a nierzadko silnego oddziaływania złego ducha czy wręcz opętania. Wówczas jako adekwatne środki wsparcia sugerowany jest wyłącznie rozwój duchowy, co grozi magicznym podejściem do wiary. Zakłada on, że lecznicze będzie odbycie odpowiedniej liczby praktyk, czy udział w specjalnych obrzędach np. zrytualizowanych modlitwach o uzdrowienie dedykowanych osobom chorym, czy nawet konieczność uczestniczenia w obrzędzie egzorcyzmu. Zdarza się też, że egzorcyzmami bywają nazywane różnego rodzaju nabożeństwa tzw. charyzmatyczne (Topolski 2020, 230-259).

Praktyka posługi wobec pacjentów psychiatrycznych wskazuje, że zdarzają się kapłani uznający schorzenia psychiczne wyłącznie za problem duchowy, a niekiedy kreujący się na egzorcystów, pomimo braku takiego urzędu. Nierzadko podejmują wobec dotkniętych depresją (dotyczy to również innych schorzeń) posługę, która bardziej odpowiada praktykom pentakostalnym, nastawionym na głębokie doznania emocjonalne, przeżywanie szczególnych uniesień duchowych i ogólne prowadzenie do szeroko rozumianego sukcesu. W niektórych wariantach tego typu praktyki są niespójne z doktryną Kościoła katolickiego lub przynajmniej wątpliwe w tym względzie (Topolski 2020, 230-259). Próba poszukiwania wsparcia u takich osób, niemających odpowiednich kompetencji, może pogłębiać omawiane zaburzenie i obiektywnie szkodzić chorym, a dodatkowo często stawia działania duchownych w negatywnym świetle w różnych środowiskach.

Oczywiście nie należy lekceważyć problemów natury duchowej w całości kształcie dobrostanu ludzkiego, ani wykluczać negatywnego wpływu sił demo-

nicznych, zwłaszcza jeśli penitent miał do czynienia z praktykami okultystycznymi. Zło duchowe może równie silnie oddziaływać na zdrowie, jednak bardzo często przyczyny dysfunkcji są mylone. Jednym z kryteriów mogą być doświadczenia z przeszłości i droga do rozwoju danego zaburzenia. Tradycja chrześcijańska wielokrotnie odnosiła się do stanów obniżonego nastroju, bezradności, wypalenia i związaną z nimi niską motywacją. Najczęściej nazywała to „acedią”. To pojęcie do dzisiaj funkcjonuje w powszechnej nomenklaturze jako określenie bliskoznaczne do „wypalenia”, a w terminologii religijnej jest związane z brakiem poczucia relacji do Boga. Pierwszego kompleksowego opracowania tego stanu dokonał Ewagriusz z Pontu (IV w.), widząc w niej przede wszystkim obniżony stan czujności wobec Bożej łaski. Pojawia się on jako konsekwencja niewłaściwego doboru aktywności i pokładania nadziei w wartościach przyziemnych, których absolutyzacja może wyniszczać człowieka, a zwłaszcza jego duchowy wymiar (Ewagriusz z Pontu 1998). W świetle współczesnych danych, takie rozumienie przyczyn obniżenia nastroju, w wielu wypadkach może być poprawne i potwierdzone badaniami, jednak należy uwypuklić przede wszystkim wymiar duchowy koncepcji Ewagriusza (Bunge 2007, 103-110).

Wielcy mistycy karmelitańscy Teresa z Avili i Jan od Krzyża również poświęcili sporo miejsca w swoich pismach ascetycznych stanom cierpienia duchowego, nazywając je *nocą ciemną*. Postrzegali ją w największym uogólnieniu jako stan duchowego zagubienia, w którym człowiek traci żywą relację do Boga, co pociąga za sobą również konsekwencje o charakterze psychicznym, a nawet cielesnym (Teresa od Jezusa 2019, 225-263; Jan od Krzyża 2010, 519-543). Jako lekarstwo na przezwyciężenie takiej sytuacji widziano w pierwszej kolejności odbudowanie komunii z Bogiem. „Acedię” oraz „noc ciemną” postrzegano jako doświadczenia, które mają charakter rozwojowy, jeśli zostaną właściwie przeżyte. Może to być przełomowym momentem życia danej osoby, w którym podczas egzystencjalnego zagubienia, nastąpi powrót do Boga na nowo (Warchoł 2016, 161-180). Może to korespondować ze współczesnymi założeniami niektórych form wsparcia ludzi, przeżywających głęboki kryzys, którzy pod jego wpływem rehabilitują osobistą wiarę. Jednym z przykładów są grupy samopomocowe osób uzależnionych (Anonimowi Alkoholicy, Anonimowi Narkomani czy Anonimowi Seksoholicy), posiadające w programie działania obligatoryjne odniesienie do Boga (Lickiewicz 2004, 87-94).

3. Rozumienie sakramentu pokuty przez osoby z zaburzeniem depresyjnym

Sakrament pokuty i pojednania stanowi przestrzeń bardzo osobistego doświadczenia łaski Bożej i jednocześnie – w wymiarze czysto ludzkim – kontaktu

z kapłanem, który pełni funkcję pośrednika. Dlatego bardzo ważne jest przygotowanie spowiedników do roztropnego podejścia wobec cierpiących na depresję zarówno w formie stałego spowiednictwa, jak i jednorazowej posługi. W pierwszym przypadku kapłan staje się towarzyszem osoby w depresji, stąd istotna jest znajomość jej objawów, przebiegu i wpływu na samego penitenta. W drugim zaś może stanowić autorytet, który zwróci uwagę na powagę sytuacji spowiadającego się i zachęci do skorzystania z odpowiedniej pomocy. Często zdarza się też, że to właśnie duchowny, sprawujący sakrament pokuty i pojednania, może być jedyną osobą, która zauważy objawy mogące sugerować obecność omawianego zaburzenia. Duszpasterstwo sakramentalne nie jest przestrzenią diagnozowania zaburzeń psychicznych, a sam duchowny nie powinien występować podczas takiej posługi jako psycholog czy terapeuta – nawet jeśli posiada ku temu wiedzę i zawodowe kompetencje. Jednak może zaistnieć sytuacja, kiedy kapłan zasygnalizuje konieczność konsultacji ze specjalistą zdrowia psychicznego ze względu na pojawiające się symptomy depresji lub stanu zbliżającego się do niej. Osoby doznające przeciągającego się smutku, lęku, tracące poczucie sensu życia, obniżające swoją codzienną aktywność, kaleczące siebie, czy mające intensywne myśli samobójcze lub takie próby, mogą nie być świadome zbliżającej się albo już obecnej depresji. Poziom wglądu, czyli samoświadomości własnej sytuacji psychicznej, często jest ograniczony. Chorujący nie chcą rozważać pojawiających się problemów w kontekście choroby wymagającej specjalistycznej interwencji. Wiąże się to, z uznaniem własnej niedyspozycji, a w przypadku zaburzeń psychicznych dodatkowo silnej stygmatyzacji (Wąchol 2023, 153-166).

W przebiegu depresji obserwuje się zazwyczaj mniejszą intensywność religijną, co przejawia się nie tylko słabszym zaangażowaniem w praktyki, ale też zubożeniem umysłowych treści z tego zakresu. Jak podaje Bernhard Gromm (2017, 202-204) dla przeżywających depresję, religijność staje się często zupełnie obojętna, stanowi zaledwie jeden, równorzędny spośród wielu, wymiar świata. Badania sprzed ponad trzech dekad wskazują, że osoby z depresją o wiele rzadziej potrafiły dostrzec w Bogu jakąś znaczącą pomoc, a sam Bóg, wraz z nasileniem objawów depresji, przybierał coraz bardziej negatywny obraz – karzącego sędziego, odległej osoby, srogiego tyrana (Dörr 1987, 37-42). Podobne spostrzeżenia pojawiły się w replikacjach tego typu badań przez kolejnych autorów z lat: 1998 i 2003. Taką postawę można wyjaśniać zaniżoną samooceną i brakiem chęci poszukiwania jakiegokolwiek wsparcia (Gromm 2017, 203).

Tak silnie obojętna relacja względem Boga ma swoje konsekwencje w podejściu do omawianego sakramentu. Cierpiący na depresję najczęściej nie angażują się w niego głęboko. Przeżywają go rutynowo, często w nieplanowanych okolicznościach, na przykład przy okazji wizyty kapelana na oddziale

psychiatrycznym, ze względu na wydarzenia dziejące się we wspólnocie religijnej, do której przynależą czy z powodu zachęty osób trzecich. Owa obojętność przejawia się również brakiem wiary w skuteczność sakramentu pokuty i pojednania, co uwypukla się w powtarzaniu dawnych grzechów, już wielokrotnie odpuszczonych, przypisywaniu sobie poważnej winy i odpowiedzialności za grzechy lekkie lub rozumieniu obojętnych wydarzeń z przeszłości jako grzechów (Niesporek 2016, 245-266). Taki penitent nie widzi też sensu jakiegokolwiek modlitwy, innych uczynków pobożnych, czy realizowania warunków dobrej spowiedzi, zwłaszcza postanowienia poprawy i zadośćuczynienia. To nastawienie nie wynika ze złej woli penitenta, czy uporu w przesadnie negatywnym obrazie siebie, a jest jedną z podstawowych konsekwencji depresji. W tym kontekście poważnym błędem może być przypisanie penitentowi odpowiedzialności za znaczne zaniedbania w dziedzinie życia małżeńskiego, rodzinnego, zawodowego czy związanego z innymi relacjami (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński 2010, 95-103)

Opisywane zniechęcenie będzie warunkowało funkcjonowanie religijne i moralne penitentów. Próba zmiany jakichkolwiek postaw, nawet takich, które obiektywnie są grzeszne i szkodzą im może być znacznie utrudniona, a w wielu przypadkach niemożliwa, zwłaszcza jeśli depresja ma rozwiniętą formę, a leczenie nie zostało podjęte lub jest ono we wstępnej fazie. Postawa obojętności i braku dostrzeżenia jasnych celów życiowych związana jest z brakiem poczucia nadziei. Perspektywa przyszłości dla osoby w depresji jest pesymistyczna lub zupełnie nieobecna. Często można spotkać się z przekonaniem, że przyszłość nic nie przyniesie i nie zmieni, co w dalszej perspektywie negatywnie rzutuje na wiarę w możliwość bycia zbawionym, a w wymiarze przyziemnym na poprawę swoich wad. Chorującym na depresję nierzadko towarzyszy przeświadczenie o skazaniu na potępienie lub zupełne odejście od myślenia o zbawieniu w życiu wiecznym. Dotyczy to zwłaszcza osób, które podejmowały próbę samobójczą, okaleczały się, miały myśli autodestrukcyjne lub dopuściły się poważnych wykroczeń moralnych. W tym ostatnim wymiarze szczególnie miejsce zajmują znaczne grzechy przeciwko czystości, rozumiane jako działania pozbawiające szans na ponowną komunię z Bogiem (Adamiak i in. 2009, 178-188).

Można zaobserwować poważne objawy depresyjne wśród kobiet, które dokonały aborcji. W wielu analizach mówi się o występowaniu syndromu postaborcyjnego, chociaż istnieją też liczne opracowania zaprzeczające temu zjawisku. Niezależnie od definicji objawów, towarzyszących wspomnianemu doświadczeniu, często zauważa się obniżony poziom nastroju. Syndrom postaborcyjny zawiera wiele cech zbieżnych z zaburzeniem depresyjnym i pojawia się najczęściej w okresie menopauzy. Oprócz samych objawów psychicznych i somatycznych, takim kobietom towarzyszą wyjątkowo silne wyrzuty

sumienia oraz przekonanie o braku możliwości wybaczenia przez Boga ich grzechu. Zdarza się też, że oprócz samych kobiet, cechy wspomnianego syndromu posiadają również mężczyźni mający współudział w aborcji (Ryś 2020, 177-212). Takie osoby należą do specyficznej kategorii penitentów, którą należy poddać analizie duszpasterskiej w odrębnym tekście. W tym artykule zostały jedynie przywołane jako wyróżniające się silnym przekonaniem o definitywnym i permanentnym zerwaniu więzi z Bogiem.

4. Praktyczne wskazania dla spowiedników osób w stanie depresji

Uwzględniając niski poziom samooceny osób z depresją, już sam kontakt interpersonalny stanowi dla nich cenne wsparcie duchowe i psychiczne. Poczucie odrzucenia i nieprzydatności bywa tak silne, że nawet chwila rozmowy i możliwość bycia wysłuchanym będzie znacznym zasobem, wspomagającym zmianę obniżonego nastroju. Stąd ważne jest, aby sakrament pokuty i pojednania osób cierpiących na depresję lub takich, które zdradzają jego symptomy, był realizowany w konwencji dialogu. Możliwość swobodnej wypowiedzi penitenta jest pierwszym krokiem do odbudowania jego podmiotowości, czemu sprzyja dostrzeżenie przez niego, że jest słuchany. Ważne w tym wypadku jest potraktowanie jego wypowiedzi poważnie i nawet jeśli wydają się dziwaczne czy nielogiczne, próba odnalezienia w nich ukrytego sensu. Cierpliwość i łagodność powinny być stałymi cechami spowiednika, jednak w przypadku posługi wobec penitentów z omawianym zaburzeniem są warunkiem niezbędnym. Depresji często towarzyszy lęk, niekiedy w formie współwystępującego zaburzenia, stąd atmosfera maksymalnego bezpieczeństwa w analizowanej sytuacji jest tak istotna (Jaeschke i in. 2010, 189-197).

Relacje osób cierpiących na depresję sygnalizują częste nieprawidłowości i brak zrozumienia przez spowiedników. Nawet jeśli nie wynikają one bezpośrednio ze złej woli lub nieumiejętnych reakcji duchownych, to są obrazem specyficznej percepcji spowiadających się. Czasami zwyczajne zwrócenie uwagi, czy wyrażenie niepewności przez spowiednika, może być odebrane przez osoby w depresji jako zagrażające i rozumiane bardziej negatywnie niż w przypadku zdrowych penitentów. Wówczas duchowny (często w niezamierzony sposób) okazuje swoją wyższość i brak empatii wobec samego penitenta oraz niewielkie zainteresowanie wypowiedzianymi przez niego treściami.

Pierwszym warunkiem dobrze przeżytego sakramentu pokuty i pojednania jest rachunek sumienia. Chociaż stanowi on etap osobistego przygotowania penitenta do sakramentu, to sam spowiednik powinien zasugerować na co zwrócić uwagę (zwłaszcza osobom korzystającym ze stałego spowiednika), a nierzadko może pomóc osobom w silnej depresji w rozeznaniu ich win moralnych.

Uwzględniając obraz Boga chorych na depresję, sam rachunek sumienia nie powinien sprowadzać się wyłącznie do wykazu grzechów, ale również zauważenia własnych zalet, sukcesów i wartościowych postaw w codziennej aktywności penitenta. Świadomość pozytywnych stron własnego życia może posłużyć za sygnał do dostrzeżenia łaski Bożej przejawiającej się nie tylko w nadzwyczajnych wydarzeniach, ale przede wszystkim w codziennej rzeczywistości. Działanie Ducha Świętego często pojmowane jest jako forma niezwykłego przeżycia mistycznego, tymczasem każdy będący w komunii z Bogiem może otrzymywać Jego dary, zwłaszcza w zwyczajnych okolicznościach (Nawojowski 2013, 63-81). To z kolei może stanowić pierwszy etap do refleksji, a w przyszłości być może również zmiany obrazu Boga i pojmowaniu Go w kategoriach miłosiernego Ojca. Dopiero takie przekonanie może spowodować, że cierpiący na depresję dostrzeże sens powrotu do komunii i nabierze ufności w możliwość uzyskania przebaczenia za swoje grzechy. Według Benedykta XVI te elementy stanowią początek chrześcijańskiej nadziei pozwalającej na rozwój osobisty m.in. na poziomie moralnym oraz obiektywizowanie własnej osoby w świetle wspólnoty zmierzającej do świętości (Benedykt XVI 2007, 3; Tatar 2001, 121-132).

Można oddziaływać na negatywną wizję siebie poprzez wspólną analizę doświadczeń penitenta z przeszłości. Adekwatna ocena faktycznego wpływu penitenta na opowiadane wydarzenia, może prowadzić do stopniowego łagodzenia poczucia odpowiedzialności za postawy realizowane bez pełnej świadomości i wolności. W umyśle spowiadających się dotkniętych depresją, często pojawia się przekonanie, że skrzywdziły one osoby ze swojego otoczenia przez nieodpowiednią postawę, zaniedbania czy nawet słowa. Nierzadko widzą one w tym przyczyny poważnych, losowych sytuacji, takich jak nieuleczalna choroba, śmiertelny wypadek czy niepowodzenie bliskich w rozwoju kariery zawodowej. Oczywiście sam rachunek sumienia musi być autentyczny i przejrzysty, stąd nie można przyjąć odgórnego założenia, że spowiadający się jest w ogóle pozbawiony winy moralnej. Chodzi raczej o doświadczenie prawdy. Rachunek sumienia nie powinien mieć wyłącznie charakteru jurydycznego, opartego o przykazania Boże czy inne zasady wiary. Spowiednik powinien prowadzić penitenta do maksymalnie rzetelnego rozeznania swoich wad i zalet, aby ten mógł z czasem ocenić swoją relację do Boga przede wszystkim w kontekście miłości Boga względem niego i jego odpowiedzi na tę miłość. Posłużyć może temu zachęta do przywołania z przeszłości pozytywnych doświadczeń, własnego dobra wniesionego w życie innych i momentów silnego poczucia więzi ze Stwórcą. Spowiednik może pomóc też w podobny sposób wydobyć z pamięci także konkretne przejawy miłości różnych osób do penitenta (Bramorski 2001, 5-17).

W związku z tym można pytać penitenta nawet o bardzo proste doświadczenia z przeszłości, zwłaszcza w odniesieniu do innych: wszelkiego rodzaju

formy wsparcia, poświęcenia czasu, pochwały i miłe słowa, najprostsze aktywności, jak uśmiech czy przywitanie się. Dla zdrowej osoby nie są one niczym nadzwyczajnym, ale dla kogoś mierzącego się z depresją, mogą prowadzić do odkrycia podstawy osobistego dobra. Takie podejście wpisuje się w duchowość świętego Ignacego Loyoli, który zalecał przy okazji codziennego rachunku sumienia dziękczynienie nawet za niewielkie dobro, widząc w tym drogę do jednoczenia się z Bogiem (Loyola, 2002, 28-33). Przykład innych świętych, jak Urszula Ledóchowska propagująca apostołstwo uśmiechu, czy Teresa z Lisieux odkrywająca drogę do świętości przez proste uczynki, może odkrywać przed penitentem realne dobro. (Pagacz 2021, 155-171). W ten sposób, obok duchowych skutków rachunku sumienia, może on także wspomagać zmianę sztywnego myślenia poznawczego obecnego w depresji (Jarema i in. 2014, 1105-1116).

Dobrze zrealizowany rachunek sumienia prowadzi do żalu za grzechy. Częstym przykładem nieproporcjonalnych wyrzutów sumienia jest poczucie winy za śmierć współmałżonka lub innej, bliskiej osoby, pomimo niewielkiego wpływu na jej okoliczności. Może to być skutek źle przeżytej żałoby, która przekształciła się w zaburzenie depresyjne lub efekt niezwiązany bezpośrednio z depresją, ale przywoływany po latach podczas jej rozwoju. Najmocniej na takie objawy narażeni są rodzice zmarłych dzieci. Strata potomstwa niesie ze sobą silne przekonanie o niedopilnowaniu wszystkich powinności jako rodzica. Oprócz poczucia odpowiedzialności za swoje dziecko, jego rodzice tracą istotny cel jakim jest jego wychowanie. Taka śmierć widziana jest jako nie-naturalna i zaprzeczająca zwyczajnemu procesowi rozwoju rodziny (Worden 2022, 328-338; Szychowski 202, 31-36; Konczelska i Sikora 2017, 39-51).

Wobec osób okaleczających się, podejmujących próby samobójcze lub mających tego typu myśli należy podkreślić powagę tego typu postaw. Nigdy nie można lekceważyć takich informacji. Często można spotkać się z przekonaniem, że osoby mówiące o planach samobójstwa, tak naprawdę nie podejmują go, ale w świetle współczesnej wiedzy suicydologicznej jest ono fałszywe. Obowiązkiem spowiednika jest w takiej sytuacji wskazanie konieczności sięgnięcia po pomoc terapeutyczną przez spowiadającego się oraz próba pokazania wartości ludzkiego życia. Perspektywa przyszłości i dostrzeżenia celów w życiu takiej osoby może być kluczowa do odbudowania poczucia własnej godności oraz motywacji do podjęcia wysiłku, aby rozwiązać problemy, jakie stoją za opisywanym zachowaniem (Woźniak 2020, 108-119).

Konieczność troski o życie wynika z miłości do siebie samego. Umocnienie tych argumentów Bożym nakazem, zawartym w piątym przykazaniu, może wspomóc decyzję o ograniczeniu autodestrukcyjnej aktywności (Zając 2014, 61-73). W takich okolicznościach należy stanowczo przypomnieć, że życie jest darem od Boga, pokazać możliwość pozytywnego rozwoju w przy-

szłości, a przede wszystkim skupić się na dobrych doświadczeniach z przeszłości. Są one dla penitenta przeżytym już faktem i mogą stanowić podstawę do odkrywania na nowo sposobów realizacji miłości wobec innych, a tym samym sensu własnego życia (Perzyński 2012, 223-232).

Osoby przejawiające trwałe wyrzuty sumienia z powodu prób pozbawienia siebie życia w odległej przeszłości, a niebędące aktualnie zagrożone takimi czynami, warto poinformować, że Kościół katolicki przyjmuje wiedzę na temat zmian stanów świadomości i dysponowania wolną wolą, a one wyraźnie wpływają na winę moralną czynów (Katechizm Kościoła Katolickiego 2002, 1854-1861; Kodeks Prawa Kanonicznego 1984, 1324; Jan Paweł II 1997, 17). Również inne grzeszne doświadczenia z przeszłości nie muszą być obciążone tak dużą winą moralną, jaka przejawia się w świadomości penitenta. Rolą spowiednika jest wzbudzenie adekwatnego do faktycznie popełnionych grzechów żalu. Nie można zapomnieć, że wiele z nich mogło mieć miejsce w pełnej świadomości, a nawet przyczynić się do rozwoju zaburzenia depresyjnego, zwłaszcza jeśli miały charakter traumatyczny (Januszewska 2020, 97-117).

Dla chorych na depresję postanowienie poprawy najczęściej jest najtrudniejszym warunkiem dobrego realizowania sakramentu pokuty i pojednania. Może ono być wspomagane przez spowiednika podczas korzystania z sakramentu, w wielu jednak przypadkach podjęcie konkretnych zobowiązań będzie niemożliwe bez interwencji duchownego. W ciężkiej depresji podstawowym kierunkiem zmiany jest próba realizacji właściwej miłości do siebie, co nie tylko porządkuje postawy wobec własnej osoby, ale też otwiera na Boga i innych ludzi. Mocno zaburzony obraz własnej osoby znacznie wpływa na zablokowanie jakiegokolwiek aktywności względem innych oraz samego Stwórcy. Osoba taka czuje się niegodna podejmowania tego typu interakcji, stąd ważna jest próba odbudowania jej godności i obiektywnego spojrzenia na siebie. Może to odbywać się poprzez postanowienie regularnej modlitwy dziękczynnej, podjęcie jakiegoś działania wobec innych ukazujących jej zdolność do dobra, czy inny rodzaj aktywności uwypuklający jej zalety i talenty (Bartoszek 2017, 59-72).

Wyznanie grzechów może być bardzo ogólne i sprowadzać się do uznania, że właściwie wszystko w życiu penitenta ma charakter poważnej winy. Stąd konieczne jest uszczegółowienie tego aktu, co warunkuje konieczność wspólnego przepracowania wszystkich etapów sakramentu pokuty i pojednania w opisany sposób. Wyznanie grzechów często przybiera formę autobiografii obejmującej bardzo odległy czas. Oprócz możliwości poznania duchowego rozwoju penitenta, sama narracja przybiera charakter terapeutyczny, gdyż umożliwia konceptualizację siebie i przepracowanie na nowo problemów z przeszłości, co prowadzi do adekwatnego postrzegania siebie. Właściwa postawa to pełna akceptacja penitenta, nawet jeśli jego przeżycia są trudne,

niezrozumiałe czy dziwne. Nie oznacza to zgody na grzech, ale ma prowadzić do poznania sytuacji spowiadającego się i ugruntowania w nim przekonania, że droga do zmiany utrwalonych postaw wymaga czasu i zaangażowania (Fudala 2016, 61-79).

Ze względu na opisane w tekście mechanizmy zaburzenia depresyjnego bardzo ważnym elementem sakramentu pokuty i pojednania jest zadośćuczynienie Bogu i bliźniemu. Spowiednik, zadając adekwatną pokutę, wspiera aktywizację wiernego. Obecnie zadośćuczynienie wydaje się być najbardziej zaniedbanym składnikiem omawianego sakramentu. Wynikające z niego nawrócenie nie powinno być jednostkową konsekwencją spowiedzi, ale stałą dyspozycją każdego chrześcijanina. Nawrócenie stanowi zatem szansę do ukazania osobom z depresją, że w kwestii kondycji moralnej nie są one szczególnie odmienne od innych wiernych, którzy również potrzebują stałego rozwoju duchowego i przybliżania się do Boga. Często opisują siebie w skrajnie negatywnych kategoriach, ale po głębszej analizie wspólnie ze spowiednikiem mogą dostrzec, że ich grzeszne doświadczenia najczęściej nie są jakimś szczególnym przejawem zła. Stąd postanowienie poprawy nie może sprowadzać się do jednorazowej, gwałtownej przemiany (często opisywana kategoria penitentów posiada właśnie taki obraz poprawy), a raczej powinno być procesem obecnym w ich chrześcijańskim dojrzwaniu (Zabielski 2011, 351-363).

Spowiednik w ramach pokuty może zadać modlitwę dziękczynną lub refleksje nad wartościowymi cechami penitenta. Przy dużym nasileniu objawów depresji wskazane jest zadać penitentowi wymienienie kilku własnych zalet i podziękowanie za nie Bogu w osobistej modlitwie. Należy jednak pamiętać o znacznym ograniczeniu możliwości postrzegania siebie w pozytywny sposób. Osoby z epizodem wielkiej depresji mogą mieć trudności z wymienieniem zaledwie 2-3 swoich zalet, a czasem będzie to niewykonalne. Dla penitentów przejawiających niewielkie lub umiarkowane objawy depresji, a jednocześnie mających sprawne funkcje poznawcze, odpowiednią pokutą lub zaleceniem będzie lektura adekwatnego tekstu. Może to być np. fragment Pisma Świętego lub klasyczne dzieło teologiczne ukazujące niezauważane przez spowiadającego się cechy Boga. W przebiegu stałej posługi sakramentalnej możliwa jest wspólna analiza treści lektury podczas kolejnego spotkania i wyciągnięcie z niej wniosków.

W zależności od stopnia rozwoju depresji i samych predyspozycji spowiadającego się, spowiednik może zalecić podjęcie określonej czynności wobec innych. Odpowiednie są pojedyncze aktywności, skierowane na konkretnego człowieka lub w przypadku stałej współpracy ze spowiednikiem program działania np. zaangażowanie w sprzątanie wybranego pomieszczenia w domu, aby wesprzeć innych domowników, czy pomoc w rozdawaniu posiłków w przypadku pacjentów hospitalizowanych. W ten sposób penitent jest dodatkowo

aktywowany behawioralnie (Juszczak 2009, 94-101) oraz odbudowuje poczucie własnej skuteczności, będące ważnym czynnikiem prozdrowotnym. Może to być weryfikowane podczas kolejnej spowiedzi przez stałego spowiednika (Kociuba 2020, 234-245; Heszen-Celińska i Sęk 2020, 121-123). Aktywizacja behawioralna pozwala w ten sposób prowadzić do naprawy relacji z Bogiem, gdyż penitent poprzez realizację dobra w swoim środowisku, będzie potrafił dostrzec realne oddziaływanie Stwórcy, będącego źródłem wszelkiego dobra (Nowicka 2022, 109-117).

Dojrzałe korzystanie z sakramentu pokuty i pojednania powinno skutkować przede wszystkim powrotem penitenta do komunii z Bogiem, odbudowania obrazu Boga jako miłosiernego Ojca, a co za tym idzie, właściwym postrzeganiem siebie i własnej odpowiedzialności za dokonania z przeszłości. Dalszym skutkiem jest rehabilitacja godności spowiadającego się i poczucia celowości swojego życia. Sakrament pokuty i pojednania, przeżyty w dojrzały sposób, przy odpowiednim zaangażowaniu i uwadze spowiednika, może również pociągać za sobą konsekwencje terapeutyczne, związane ze wsparciem powrotu do zdrowia psychicznego. Badania z obszaru Stanów Zjednoczonych wskazują, że postawie zadowolenia i wysokiemu nastrojowi towarzyszy wysoka aktywność religijna w wymiarze osobistym i wspólnotowym (Smith i in. 2003, 614-636).

Zakończenie

Większość spowiedników z pewnością spotka podczas swojej pracy duszpasterskiej osoby chorujące na depresję. Ważne jest, aby umieć zareagować w adekwatny sposób i oprócz samej posługi sakramentalnej móc wesprzeć je na poziomie ludzkim, kierując odpowiednie zalecenia i zachęcając do zmiany obrazu Boga, siebie i otaczającego świata. Nie każdy spowiednik jest wykwalifikowanym specjalistą w dziedzinie zdrowia psychicznego, tym niemniej podstawowa wiedza z tego zakresu usprawni duszpasterskie oddziaływanie duchownych na wiernych. Oprócz tego wspólnota Kościoła będzie mogła w jeszcze szerszym zakresie pełnić posługę diakonii, będącej obok martyrii i liturgii funkcją urzeczywistniania się jej w świecie. U samych korzeni chrześcijaństwa mieści się pomoc najbardziej potrzebującym, a przez całą jego historię uobecnia się tradycja posługi szpitalnej. Podejmując wysiłek na rzecz duszpasterstwa specjalistycznego, można realizować otwarcie się na grupy osób cierpiących i jednocześnie wykluczonych. Stanowi to dla nich nieodzowne wsparcie duchowe.

BIBLIOGRAFIA

- Adamiak, Grażyna, Karolina Jabłkowska, Katarzyna Nowakowska, Agnieszka Stetkiewicz, Ewa Szymańska-Świątnicka i Tomasz Pawelczyk. 2009. „System wartości a objawy depresyjne u studentów medycyny”. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 3: 178-188.
- Bartoszek, Antoni. 2017. „Odpowiedzialność za bliźnich w potrzebie w kontekście kategorii ordo caritatis (z uwzględnieniem problemu migracji)”. *Teologia i moralność*, 12(1): 59-72.
- Bloch, Miki, Peter Schmidst, Merry Danaceau, Jean Murphy, Lynnette Nieman i David Rubinow. 2000. „Effects of gonadalsteroids in women with a history of postpartum depression”. *American Journal of Psychiatry*, 157(6): 924-930.
- Bramorski, Jacek. 2001. „Rachunek sumienia jako istotny element chrześcijańskiego nawrócenia”. *Studia Gdańskie*, 26: 5-17.
- Błaszczak, Tomasz. 2021. *Kultura i śmierć*. Gdańsk: WN Katedra, 43-55.
- Bunge, Gabriel. 2007. *Acedia. Duchowa depresja*. Kraków: Wydawnictwo Benedyktynów.
- Cierpialkowska, Lidia. 2021. *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
- Dörr, Anette. 1987. *Religion und Depression. Eine empirische-psychologische Untersuchung*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Dudek, Dominika, Marcin Siwek, Andrzej Zięba i Gabriel Nowak. 2022. „Depresja poporodowa”. *Przegląd lekarski*, 59(11): 919-923.
- Ewagriusz z Pontu. 1998. *O ośmiu duchach zła*. W: Ewagriusz z Pontu. *Pisma ascetyczne*, tłum. L. Nieścior. Kraków-Tyniec.
- Ferensztajn, Ewa i Janusz Rybakowski. 2012. „Etapy przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej”. *Psychiatria Polska*, 46(4): 613-626.
- Fudala, S. 2016. „Miłosierni jak Ojciec. Refleksje o postawie miłosierdzia spowiednika i penitenta w sakramencie pokuty i pojednania”. *Itinera Spiritualia*, 9(1): 61-79.
- Golec, Małgorzata, Aleksandra Rajewska-Rager, Katarzyna Latos, Aleksandra Kosmala, Adam Hirschfeld i Marta Molińska-Glura. 2016. „Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń”. *Psychiatria*, 13(1): 1-7.
- Grom, Bernhard. 2017. *Psychologia religii*. Warszawa: PWN.
- Grzywa, Anna, Adriana Kucmin i Tomasz Kucmin. „Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie”. 2009. Część I. *Polski Merkurys Lekarski*, 27(161): 432-436.
- Heszen-Celińska, Irena i Helena Sęk. 2020. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Humeniuk, Ewa, Olga Dąbska i Aleksandra Krupa. 2018. „Depression intensification in oncological patients”. *Social Dissertations*, 12(3): 55-63.
- Jaeschke, Rafał, Marcin Siwek, Bartosz Grabski i Dominika Dudek. 2010. „Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych”. *Via Medica*, 7(5): 189-197.
- Jan od Krzyża. 2010. *Noc ciemna*, red. Piotr Linka. Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Jan Paweł II. 1997. *Recontilatio et penitentia*. Wrocław: TUM.
- Januszewska, Elżbieta. 2020. „Depresja, osamotnienie a przeżyta trauma u dzieci i młodzieży”. W: *Wyzwania i problemy społeczeństwa w XXI wieku*. Tom I, red. Ewelina Chodźko i Kamila Talarek. Lublin: WN Tygiel.
- Jarema, Marek, Dominika Dudek i Andrzej Czernikiewicz. 2014. „Dysfunkcje poznawcze w depresji – niedoszacowany objaw, czy nowy wymiar?”. *Psychiatria Polska*, 48(6): 1105-1116.
- Juszczak, Władysław. 2009. *Psychoterapeutyczny aspekt sakramentu spowiedzi*. Kraków: Homo Dei.
- Katechizm Kościoła Katolickiego. 2002. Poznań: Pallotinum.
- Kijas, Zdzisław. 2014. „Między sprzeciwem i spotkaniem. Świętość celem człowieka XXI wieku”. W: *Przesłanie Jana Pawła II na XXI wiek*, red. Marko Jacow, Franciszek Ziejka i Władysław Zuziak, 207-224. Kraków: WN UJP2.
- Kociuba, Jolanta. 2020. „Deficyt woli w stanach depresyjnych. Zmiany w motywacji po stresie traumatycznym”. *Konteksty Społeczne*, 8(16): 234-245.

- Kodeks Prawa Kanonicznego. 1984. Poznań: Pallotinum.
- Konczelska, Katarzyna i Jagoda Sikora. 2017. „Potraumatyczny wzrost, wsparcie społeczne i zdrowie psychiczne w sytuacji doświadczenia śmierci dziecka”. *Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*, 2(25): 39-51.
- Krzystanek, Marek i Ryszard Wiaderkiewicz. 2022. *Depresja – podstawowe informacje o chorobie i stosowanych lekach*. Warszawa: CIOP BiP.
- Lickiewicz, Jakub. 2004. „Analiza porównawcza systemu wartości osób z chorobą alkoholową przed i po terapii”. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 17: 215-225.
- Loyola, Ignacy. 2002. *Ćwiczenia duchowe*, tłum. Mieczysław Bednarz. Kraków: WAM.
- Makara-Studzińska, Marta. 2013. „Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat”. *Psychiatria*, 10(2): 76-83.
- Mathers, Colin i Dejan Loncar. 2006. „Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030”. *Plos Medicine*, 3(11): 2011-2030.
- Michalska-Leśniewicz, Magdalena i Wojciech Gruszczyński. 2010. „Czynniki psychologiczne w depresji”. *Psychiatria*, 7: 95-103.
- Nawojowski, Jerzy. 2013. „Teologia codzienności na kanwie Księgi fundacji św. Teresy od Jezusa”. *Itinera Spiritualia. Commentarii Periodici Instituti Carmelitani Spiritualitatis Cracoviae*, 6: 63-81.
- Niesporek, Marcin. 2016. „Społeczne konsekwencje depresji – wyzwanie dla duszpasterstwa”. *Studia pastoralne*, 22(12): 245-266.
- Nowicka, Justyna. 2022. *Teologia codzienności Karla Rahnera wobec antropologicznych przesłanek ponowoczesności*. Poznań.
- Osińska, Milena, Adam Zaberuk, Katarzyna Celińska-Janowicz, Rafał Zadykowicz i Edyta Rysiak. 2017. „Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku”. *Geriatrics*, 11: 123-129.
- Pagacz, Małgorzata. 2021. „Pogoda ducha w pismach św. Urszuli Ledóchowskiej”. *Studia Bobolanum*, 32: 155-171.
- Perzyński, Andrzej. (2012). „Miłość społeczna w nauczaniu Benedykta XVI”. *Łódzkie Studia Teologiczne*, 21(1): 223-232.
- Polewka, Andrzej, Filip Bolechała, Elżbieta Skupień, Franciszek Trela i Andrzej Zięba. 2002. „Samobójstwa dokonane a depresja u osób w wieku podeszłym”. *Przegląd lekarski*, 59(4-5): 295-297.
- Poniatowska-Leszczynska, Katarzyna i Krzysztof Małyszczak. 2013. „Depresja a patologia osobowości w ujęciu psychodynamicznym”. *Post. Psychiatr. Neurol*, 22(3): 201-209.
- Ronco, Albino, Eugenio Fizzotti i Edwin Amenta. 1993. „Immagine di Dio, percezione dei genitori, conoscenza e stima di sé”. *Orientamenti Pedagogica*, 40: 661-679.
- Ronco, Albino, Eugenio Fizzotti i Domenico Bellantoni. 1995. „Percezione dei genitori, percezione di sé ed immagine di Dio. Una ricerca tra ragazzi napoletani dagli 11 ai 14 anni”. *Orientamenti Pedagogica*, 42: 1203-1230.
- Ryś, Maria. 2020. „Bezpieczna aborcja? O psychologicznych skutkach przerywania ciąży”. W: *W poszukiwaniu dobra w perspektywie jednostkowej i społecznej*, red. Tomasz Przesławski, 177-212. Warszawa: WIWS.
- Smith, Timothy, Michael McCullough i Justin Poll. 2003. „Religijność i depresja: dowody na efekt główny i łagodzący wpływ stresujących wydarzeń życiowych”. *Biuletyn Psychologiczny*, 129: 614-636.
- Szadkowski, Dariusz. 2022. „Depresja i zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży w dobie współczesnych zawirowań społecznych”. *Społeczeństwo. Edukacja. Język*, 16: 215-240.
- Szychowski, Wojciech. 2021. *Pożegnanie nieprzywitanych*. Kraków: ESPE.
- Śliwiński, Piotr. 2019. „Rozelnawanie w sakramencie pokuty i pojednania”. W: *Rozelnanie: przeszłość, terażniejszość, przyszłość*, red. Szymon Drzyżdzyk i Marek Gilski, 307-320. Kraków: WN UPJP2.
- Święcicki, Łukasz. 2018. *Depresja w pytaniach pacjentów i odpowiedziach eksperta*. Warszawa: ITEM.

- Tatar, Marek. 2009. „Chrześcijańska nadzieja jako czynnik rozwoju człowieka i świata w encyklice *Spe Salvi* Benedykta XVI”. *Warszawskie Studia Teologiczne*, 22(2): 121-132.
- Teresa od Jezusa. 2019. *Twierdza wewnętrzna*. Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Topolski, Mirosław. 2020. „Pentekostalizacja – szansa czy zagrożenie pastoralne?”. *Rocznik Teologiczny*, 62(1), 229-259.
- Warchoń, Paweł. 2016. „*Noc ciemna* drogą mądrości krzyża”. *Polonia Sacra*, 20(2): 161-180.
- Wąchoł, Grzegorz. 2023. „Wybrane objawy zaburzeń psychicznych podczas spowiedzi i wspierająca reakcja spowiednika”. *Teologia i Moralność*, 18(33): 153-166.
- Worden, William. 2022. *Poradnictwo i terapia w żałobie*. Warszawa: PWN.
- Woźniak, Marta. 2019. „Zachowania suicydalne jako problem społeczny XXI wieku – charakterystyka zjawiska z uwzględnieniem przyczyn oraz metod zapobiegawczych”. W: *Wyzwania i problemy społeczne początku XXI wieku*, red. Norbert Laurisz, 108-119. Warszawa: Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej.
- Zabielski, Józef. 2011. „Uświęcający charakter nawrócenia i pokuty w świetle nauczania kardynała Stefana Wyszyńskiego”. *Studia Prymasowskie* 5: 351-363.
- Zając, Andrzej. 2014. „Troska o pokój według św. Franciszka z Asyżu”. *Polonia Sacra*, 18(1): 61-73.

GRZEGORZ WĄCHOL – kapłan, dr nauk teologicznych, psycholog, pracownik naukowy Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, kapelan Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie (szpital psychiatryczny). W swojej pracy naukowej zajmuje się badaniem relacji między duchowością, religią i teologią a terapią psychologiczną, duszpasterstwem osób z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnymi i uzależnionymi, duszpasterstwem indywidualnym osób dorosłych.