

DSM-IV Problemy religijne i duchowe

Włączenie nowej kategorii diagnostycznej zatytułowanej "Problemy religijne lub duchowe" jest wielkim przełomem. Po raz pierwszy uznano trudne doświadczenia religijne i duchowe jako niepatologiczne. Kryzysy duchowe są momentami, podczas których proces wzrastania i zmiany staje się chaotyczny i przytłaczający. Propozycja tej nowej kategorii diagnostycznej zapoczątkowana została przez klinicystów zaniepokojonych błędnymi diagnozami i źle dobranym leczeniem osób w kryzysie duchowym. Dodatkowo, kurs ten obejmuje problemy religijne.

Poniższy kurs online obejmuje historię teorii patologizujących religię i duchowość w dziedzinie zajmującej się zdrowiem psychicznym, pracę Stanisława i Christiny Grof, Johna Perry, Johna Macka, R. D. Lainga oraz inne podejścia kliniczne zajmujące się problemami religijnymi i duchowymi, włączając:

- Doświadczenie mistyczne
- Otwarcie parapsychiczne
- Przebudzenie kundalini
- Opętanie
- Utrata wiary
- Choroby terminalne i zagrażające życiu
- Zmiany członkostwa, praktyk i przekonań
- Nowe ruchy religijne i kultury
- Doświadczenie wizji
- Doświadczenie bliskie śmierci
- Kryzys szamański
- Spotkania z kosmitami

20 przykładów w Bibliotece przypadków problemów religijnych i duchowych

200 stron w Bibliotece internetowej religii i duchowości

Dr David Lukoff jest profesorem psychologii w Saybrook Graduate School i został nazwany pionierem kursów podyplomowych online (online CE learning). Jest autorem ponad 50 artykułów dotyczących problemów religijnych i duchowych, a także współautorem nowej kategorii diagnostycznej w Diagnostic and Statistical Manual - IV, zatytułowanej "Problemy religijne lub duchowe".

Kurs umożliwiający zdobycie punktów kredytowych CE. Dostępny do bezpłatnych odwiedzin online.

www.internetguides.com

Internet Guided Learning / 1035 "B" Street / Petaluma, CA 94952 / 888-880-2870

Wprowadzenie do kursu	3
I Historia kategorii DSM	5
II Problemy religijne	11
Lekcja 2.1 Typologia problemów religijnych	
Lekcja 2.2 Utrata lub kwestionowanie wiary	
Lekcja 2.3 Zmiany członkostwa, praktyk oraz wierzeń	
Lekcja 2.3 Nowe ruchy religijne i kultury	
Lekcja 2.5 Choroba nieuleczalna i zagrażająca życiu	
III Problemy duchowe	25
Lekcja 3.1 Kryzys duchowy	
Lekcja 3.2 Typologia problemów duchowych	
Lekcja 3.3 Doświadczenie mistyczne	
Lekcja 3.4 Doświadczenie bliskie śmierci (NDE)	
Lekcja 3.5 Medytacja i praktyki duchowe	
Lekcja 3.6 Doświadczenia Parapsychiczne	
Lekcja 3.7 Doświadczenie Wizji	
Lekcja 3.8 Kryzys szamański	
Lekcja 3.9 Spotkania z kosmitami	
Lekcja 3.10 Opętanie	
IV Współwystępowanie z chorobami psychicznymi	66
V Diagnoza różnicowa	72
VI Interwencje terapeutyczne	83
Lekcja 6.1 Kryzys duchowy	
Lekcja 6.2 Psychoterapia	
VII Źródła internetowe	88
Lekcja 7.1 Źródła internetowe	
Lekcja 7.2 Przeszukiwanie Medline	
Formularz Testu (Quiz CE)	96

IGL 251: DSM-IV

Wprowadzenie do problemów związanych z religią i duchowością

W jakim celu stworzyłem ten kurs

Opis kursu

Cele kursu

Instrukcja do kursu

Instrukcja do CE credit

Pomoc w kursie

Potrzebne oprogramowanie i wyposażenie

Koszty oraz zasady zwrotu kosztów

Trudności

Zarys kursu oraz przewidywany czas kursu

W jakim celu stworzyłem ten kurs

Moje zainteresowanie duchowością i zdrowiem psychicznym sięga roku 1971, kiedy doświadczyłem trwającego 2 miesiące kryzysu duchowego, przekonany, iż byłem kolejnym wcieleniem Buddy i Jezusa, a moją misją było zbawić świat. Podczas mojej praktyki klinicznej jako psycholog oraz w pracy w Sieci Kryzysu Duchowego (*Spiritual Emergency Network*) przez ostatnie 25 lat, często miałem okazję stanąć twarzą w twarz z osobą o takich samych przekonaniach. Mój kryzys duchowy pozwolił mi przejść przez całkowity cykl naturalnie rozwiązującego się epizodu psychotycznego, co stało się wyjątkowym doświadczeniem klinicznym, jak i duchowym przebudzeniem! Moja praca w tym obszarze zaowocowała tym, że zostałem współautorem rozdziału w „Podręczniku diagnostycznym i statystycznym, wydanie czwarte” (*Diagnostic and Statistical Manual – DSM-IV*), zatytułowanym „Problemy religijne lub duchowe” (*Religious or Spiritual Problems (V62.89)*). Moim osobistym celem stworzenia tego kursu jest pomóc ludziom przejść niebezpieczeństwa jakie można napotkać na ścieżce duchowej, aby mogli zbierać owoce świadomego życia duchowego.

Opis kursu

Włączenie do DSM-IV nowej kategorii zwanej „Problemy religijne lub duchowe” jest znaczącym przełomem. Po raz pierwszy uznano trudne doświadczenia religijne i duchowe jako problemy nie należące do patologii. Kurs ten zaprojektowany jest dla profesjonalistów z obszaru zdrowia psychicznego, aby mogli zapoznać się z tematem, jego uznaniem, definicją, z różnymi problemami religijnymi i duchowymi, diagnozą różnicową, oraz co z tym robić. Kurs korzysta ze źródeł internetowych, aby uczestnicy mieli dostęp do najnowszych informacji z zakresu odkryć i postępów, jakie można znaleźć w Internecie.

Cele kursu

Kończąc kurs, nabędziesz umiejętności w zajmowaniu się problemami religijnymi i duchowymi. Po kursie będziesz w stanie:

- 1) Przedyskutować pochodzenie, historię i racjonalne uzasadnienie nowej kategorii diagnostycznej, problemów religijnych lub duchowych.
- 2) Opisać główne rodzaje problemów religijnych i duchowych.
- 3) Rozróżnić między problemami religijnymi i duchowymi a psychopatologią.
- 4) Dostosować bardziej efektywne metody pracy dla problemów religijnych i duchowych.

Instrukcja do kursu (dla osób anglojęzycznych)¹

Lekcje kursu znajdują się online. Aby mieć łatwy dostęp, dodaj do ulubionych stronę główną kursu, a jeśli nie, zawsze możesz go otworzyć ze strony głównej Internet Guided Learning.

Każda lekcja otwiera się w nowym oknie, dlatego kiedy zakończysz lekcję, wystarczy zamknąć okno. Strona główna będzie ciągle otwarta.

Można również kliknąć na link do następnej lekcji, który znajduje się na dole każdej strony, lub na linki poszczególnych lekcji, znajdujących się na górze każdej strony.

Każdy link otwiera nowe okno, kiedy więc zakończysz zwiedzanie strony, zamknij okno i wróć do lekcji.

Przez większość czasu będziesz odwiedzał strony www, które są w Internecie. Dlatego musisz mieć dostęp do Internetu podczas kursu. Możesz wydrukować lekcje i przeczytać je bez użycia Internetu, a później wrócić na stronę i przejrzeć linki. Żadna z podanych w kursie stron nie pobiera opłat za używanie ich źródeł.

W kursie znajdują się cztery typy linków.

Linki, przy których znajdują się „oczy” wymagane są do zdobycia punktów kredytowych. Niektóre linki są elementami quizu, a inne należą do ćwiczeń przeszukiwania informacji, polegających na znalezieniu odpowiednich źródeł. Metoda Webquest jest popularna w nauczaniu umiejętności internetowych. Zaadoptowałem tę metodę, gdyż jest zgodna z moim podejściem do edukacji polegającym na uczeniu się przez działanie. Zauważ, że tylko 75% ćwiczeń quizowych oraz przeszukiwania informacji należy wykonać pozytywnie, więc jeśli masz trudność ze znalezieniem jakiegoś źródła, przejdź do kolejnego quizu lub obiektu przeszukiwań.

Globus, Głośnik oraz Książka reprezentują różne typy źródeł, które są również częścią kursu. Możesz je przejrzeć, choć nie zawierają one quizów lub ćwiczeń przeszukiwania informacji.

Linki, które są podkreślone w tekście są odnośnikami i możesz je sprawdzić, jak np. link do Webquest.

¹ Uwaga: aktualnie kurs nie jest dostępny w wersji on-line.

IGL 251: DSM-IV Problemy religijne i duchowe
LEKCJA 1 Historia problemów religijnych lub duchowych (V62.89)
Zdrowie psychiczne i duchowość • Historia propozycji do DSM-IV
• Pielęgniarstwo i psychologia

Zdrowie psychiczne i duchowość

Obszar zdrowia psychicznego od 100 lat ignorował i uważał za patologiczne doświadczenia duchowe i religię. Freud wypromował ten pogląd w kilku swoich pracach, np. „Przyszłość pewnego złudzenia”, gdzie opisał religię jako patologiczną:

„System życzeniowych iluzji oraz wyparcie rzeczywistości, które odnajdujemy tylko w stanie błęgiego pomieszania w halucynacji”.

Freud przedstawił ten pogląd również w książce „Kultura jako źródło cierpień”, gdzie zredukował „doświadczenie oceaniczne” mistyków do „dziecinnej bezradności” oraz „regresji do pierwotnego narcyzmu”. W roku 1976 pogląd Freuda został poparty w raporcie „Mistycyzm: duchowe poszukiwanie czy psychiczne zaburzenie” (*Mysticism: Spiritual Quest or Psychic Disturbance*) napisanym przez Group for the Advancement of Psychiatry (Grupa na Rzecz Wspierania Psychiatrii), w którym przedstawili religię jako regres, ucieczkę i projekcję świata z poziomu prymitywnego i dziecinnego stanu.

Dr Albert Ellis stworzył terapię racjonalno-emotywną, jest również prekursorem podejścia kognitywnej modyfikacji, znanej szeroko w dzisiejszych czasach jako terapia behawioralno-kognitywna. W niedawnym wywiadzie (2001) Ellis powiedział:

„Duch i dusza to najgorsza bzdura. Oczywiście jest, że nie istnieją żadne wróżki, Święte Mikołaje czy duchy. Co istnieje, to ludzkie cele i zamierzenia... Ale wielu transcendentalistów to głupki.”

Swie uprzedzenia w stosunku duchowości jako konstruktywnego elementu zdrowia, Ellis wzmacniał w wielu innych tekstach, w których wyszydzał religię:

„Eleganckie terapeutyczne rozwiązanie emocjonalnych problemów jest zupełnie niereligijne... Im pacjent jest mniej religijny, tym większe ma szanse na zdrowie emocjonalne”

Dr B .F .Skinner, psycholog, który ułożył drogę zrozumieniu zasad behawioralnej modyfikacji, stanowiącym drugą część terapii behawioralno kognitywnych, nie opublikował ani jednego słowa na temat duchowości. Widział on ludzi jako pojemniki reagujące na bodźce, posiadające różne zachowania, które zależą od wpływów środowiskowych. Psychologia Skinnera nie poświęciła uwagi doświadczeniu wewnętrznemu, wykluczając tym samym wiele z tego, co czyni ludzi ludźmi. Jednakże ukryty pogląd Skinnera na religię można zauważyć w powieści o społeczności utopijnej, *Walden Two*. W powieści tej, jeden z członków społeczności opisuje religię jako:

„...oczywista fikcja cudotwórczego umysłu... przesądne zachowanie utrwalane dzięki zaplanowanym sporadycznym wzmocnieniom”.

Pogląd tych założycieli na religię i duchowość odcisnął się znacznie na klinicznym podejściu do tych spraw. Dr medycyny M. Scott Peck, autor książki *The Road Less Traveled* (Rzadziej uczęszczana droga), podkreślił dewastujące konsekwencje dla wszystkich dziedzin zdrowia psychicznego:

„Tradycyjne zaniedbanie spraw duchowości doprowadziło do niepowodzenia w pięciu rozległych obszarach:

- zdarzające się dewastujące pomyłki w diagnozie;
- nie tak rzadko zarządzane nieprawidłowe leczenie;
- wzrastająca zła reputacja;
- źle dobrane badania i teorie; oraz
- ograniczenia w rozwoju osobistym psychiatrów.

W wyniku tego, badania z zakresu psychopatologii i zdrowia psychicznego zupełnie pominęły religię.”

Larson et al. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982 (Analiza systematyczna badań nad czynnikami religijnymi z czterech czasopism psychiatrycznych).

Ankiety przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych konsekwentnie pokazują „lukę religijności” pomiędzy ogółem społeczeństwa a pacjentami, którzy w wielu ankietach podają siebie jako bardziej religijnych i częściej uczęszczających do kościoła, niż profesjonaliści zdrowia psychicznego. Szkoły psychologii i innych dziedzin zdrowia psychicznego nie oferują w swoich programach adekwatnego treningu i praktyki przygotowującego do pracy z tymi sprawami, pomimo że dla większości pacjentów jest to ważną częścią życia. (Więcej informacji w artykule D. Lukoffa i R. Truner, *Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems* – „W stronę bardziej wrażliwego kulturowo DSM-IV: problemy psychoreligijne i psychoduchowe”). Patologizowanie i ignorowanie religii i duchowości wpłynęło również na kliniczny brak wrażliwości w stosunku do osób, które doświadczają religijnych i duchowych problemów

Negatywne poglądy na temat religii i duchowości nie znalazły uzasadnienia w świetle ostatnich badań, które pokazały brak korelacji pomiędzy religijnością a psychopatią u przeciętnej populacji. Badania kontrolowane pokazały, że: „Pogląd mówiący, iż religia wywiera zły wpływ na zdrowie psychiczne u pacjentów, generalnie nie znalazł poparcia.” (Pfeifer and Waelty, 1995). Co więcej, meta-analiza religijności i zdrowia psychicznego pokazała pozytywny związek. Osoby uczęszczające do kościołów wykazały większe poczucie szczęścia i satysfakcji w małżeństwach, w pracy oraz ogólnie w życiu. Kwestionariusze na temat związku między jakością relacji z boską istotą (Chrystus, Bóg, Maria, itd.), a wskaźnikami dobrostanu również wykazały pozytywny związek. Podczas gdy istnieje związek między religijnością a psychopatią u osób poważnie chorych mentalnie, dla większości ludzi duchowość i religia kojarzą się z pozytywnymi aspektami zdrowia psychicznego. Podobnie, doświadczenia mistyczne i duchowe praktyki wykazują pozytywny związek z czynnikami zdrowia psychicznego.

ZAGADNIENIE 1 WYMAGANE DO QUIZU

W „Badaniu kontrolowanym – psychopatologia a zaangażowanie religijne”, Pfeifer i Waelty odkryli, że satysfakcja z życia jest pozytywnie skorelowana z zaangażowaniem religijnym

Prawda

Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Zobacz International Center for the Integration of Health and Spirituality – ICIHS (Międzynarodowe Centrum Integracji Zdrowia i Duchowości), gdzie znajdziesz streszczenia ponad 1600 badań z tego tematu, albo obejrzyj slajdy dr Davida B. Larsona przedstawiające związek zdrowia z duchowością (do obejrzenia potrzebny jest Power Point).

ZAGADNIENIE 2 WYMAGANE DO QUIZU

_____ postrzegał wierzenia religijna jako fantazję, która blokuje ludzi od zaakceptowania rzeczy takimi jakie są.

- a) CG Jung
- b) Sigmund Freud
- c) Albert Ellis
- d) b and c

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Historia propozycji do DSM-IV

Aby zadośćuczynić brakowi wrażliwości na problemy religijne i duchowe, autor kursu wraz z dwoma psychiatrami (Francis Lu, MD oraz Robert Turner, MD) z kadry departamentu psychiatrii UCSF przedstawił grupie roboczej przygotowującej 4te wydanie DSM mającego się ukazać w 1994, nową kategorię diagnostyczną. Według nas taki dodatek do nomenklatury byłby najbardziej efektywnym sposobem na podniesienie wrażliwości pracowników zdrowia w stosunku do spraw duchowych w terapii. Inicjatywa wyszła z Spiritual Emergence Network (Sieci Kryzysu Duchowego teraz zwanej Center for Psychological & Spiritual Health - Centrum zdrowia psychologicznego i duchowego), jako przejaw niepokoju z powodu tego, że instytucje zdrowia psychicznego patologizowały podejście do intensywnego kryzysu duchowego.

(Szczegółowa historia propozycji)

W grudniu 1991 propozycja Problemu Psychoreligijnego lub Psychoduchowego została formalnie przedstawiona grupie roboczej DSM-IV. Propozycja kładła nacisk na potrzebę tej nowej diagnozy, aby udoskonalić kulturową wrażliwość DSM-IV, a także udowadniała, że włączenie tej nowej kategorii przyniesie następujące korzyści:

- wzrost trafności diagnostycznej, kiedy sprawy religijne lub duchowe mają miejsce
- redukcja szkód jatrogennych wynikających ze złej diagnozy problemów religijnych i duchowych
- udoskonalenie leczenia tych problemów dzięki wzrostowi badań klinicznych
- udoskonalenie leczenia tych problemów dzięki zachęcaniu ośrodków treningowych do włączenia spraw religijnych i duchowych do ich programów

Komitet do spraw Religii i Psychiatrii Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Grupa Robocza do spraw Kultury i Diagnozy NIMH (National Institute of Mental Health – Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego) udzieliły wsparcia dla propozycji. Całość propozycji dokumentującej potrzebę takiej kategorii została opublikowana w *Journal of Nervous and Mental Disease* (Lukoff, Lu & Turner, 1992). W styczniu 1993, grupa robocza zaakceptowała propozycję, ale zmieniła tytuł na „Problemy Religijne lub Duchowe” i skróciła i zmodyfikowała definicję:

V62.89: Z kategorii tej można korzystać, jeśli obiektem klinicznej uwagi jest problem religijny lub duchowy. Przykładem mogą być trudne doświadczenia jak utrata lub kwestionowanie wiary, problemy związane z nawróceniem na nową wiarę, lub kwestionowanie innych duchowych wartości, które nie muszą mieć nic wspólnego z organizacją kościelną czy instytucją religijną (American Psychiatric Association, 1994, p. 685)

Artykuły na temat tej nowej kategorii pojawiły się w *The New York Times*, *San Francisco Chronicle*, *Psychiatric News* Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a także w *Monitor*, Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, gdzie została ona przedstawiona jako ważny przełom w podejściu dziedziny zdrowia psychicznego do religii i duchowości.

ZAGADNIENIE 3 WYMAGANE DO QUIZU

Problem religijny lub duchowy to:

- a) Rodzaj neurozy
- b) Rodzaj psychozy
- c) Proponowana nowa kategoria diagnostyczna do DSM-V
- d) Nowa kategoria diagnostyczna w DSM-IV

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Pielęgniarstwo a psychologia

Historycznie dziedzina pielęgniarstwa była bardziej otwarta na religię i duchowość. Zaburzenia duchowe znajdują się w nomenklaturze National Group for the Classification of Nursing Diagnosis od 1983 [3] (Narodowa Grupa Klasyfikacji Diagnozy Pielęgniarskiej). Definicja opisuje to jako „stan, w którym jednostka doświadcza lub jest na skraju doznania zaburzenia swej wiary lub systemu wartości, które są źródłem siły i nadziei.” Przykłady:

- poczucie winy;
- brak możliwości praktykowania rytuałów religijnych;
- konflikt między wierzeniami religijnymi/duchowymi a zaleceniem lekarskim;
- brak poczucia sensu w życiu;
- zakłócenia w relacji z wyznawanym Bogiem;
- brak wybaczenia najbliższej osobie.

Czasopisma z dziedziny pielęgniarstwa zdrowia psychicznego uwzględniają czynniki religijne i duchowe znacznie częściej, niż czasopisma psychiatryczne lub psychologiczne. Weaver AJ, Flannelly LT, Flannelly KJ, Koenig HG, Larson DB. An analysis of research on religious and spiritual variables in three major mental health nursing journals, 1991-1995. *Issues Ment Health Nurs* 1998 May-Jun; 19(3): 263-76

Autorzy przypisują ową większą wrażliwość faktom historycznym: podczas gdy twórczyni pielęgniarstwa nowoczesnego, Florence Nightingale, nauczała, że duchowość jest wrodzonym doświadczeniem człowieka i nadająca się do badań naukowych, o tyle twórca nowoczesnej psychiatrii, Zygmunt Freud, był mocno przekonany o religii jako patologii. Według *Zasad etycznych psychologów i kodeksu postępowania* Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, psychologowie mają etyczny obowiązek być świadomymi różnic kulturowych, które mają wpływ na terapię. Sekcja 1.08 na temat Różnic ludzkich mówi,

„Kiedy różnice wieku, płci, rasy, etniczności, pochodzenia narodowego, religii, orientacji seksualnej, niepełnosprawności, języka lub statusu socjoekonomicznego znacząco wpływają na pracę psychologów dotyczącą danej jednostki lub grupy, psychologowie odbywają trening, nabywają doświadczenia, korzystają z konsultacji lub superwizji koniecznych do zapewnienia kompetentnych usług, lub kierują na odpowiednią konsultację.”

Ignorancja, przeciwprzeniesienie oraz brak umiejętności mogą zakłócić etyczne świadczenie usług terapeutycznych nieprzeszkolonego psychologa w stosunku do klientów z problemami religijnymi lub duchowymi. Diagnoza różnicowa wymaga wiedzy na temat religijnej podgrupy pacjenta i/lub natury akceptowalnej ekspresji uznanych form religijnej ekspresji subkultury. Allen Bergin (1980)[4] napisał w *American Psychologist*,

„Zrozumienie i wsparcie psychologów dotyczące różnic kulturowych jest wzorowe w stosunku do rasy, płci oraz pochodzenia etnicznego, ale tolerancja i empatia tego zawodu nie osiągnęła takiego poziomu w zakresie religijności klienta.” (str. 95)

W przeciwieństwie do psychiatrycznego treningu praktycznego, gdzie w 1995 wydano „Specjalne wymagania dla stażu psychiatrycznego” przez Accreditation Council for Graduate Medical Education (Rada Akredytacji Wyższego Szkolnictwa Medycznego), w którym podane są specjalne wytyczne dotyczące płci, pochodzenia etnicznego, orientacji seksualnej oraz wierzeń religijnych/duchowych, w psychologii podobny trening nie jest wymagany. Jednak dziedzina zdrowia psychicznego staje się bardziej wrażliwa na religię i duchowość, jako ważne czynniki zdrowia i dobrobytu. Popieram zdanie Michaela Washburna, PhD na ten temat:

„Nadal napotykamy na patologizowanie czegokolwiek, co ma do czynienia z trudnymi doświadczeniami religijnymi. Ale z zadowoleniem stwierdzam, że zaczynamy sobie z tym radzić. Coraz bardziej docenia się fakt, że przejście do życia duchowego może być psychologicznie bardzo trudne, oraz że można to traktować jako zjawisko powszechne, dlatego dobrze jest uczyć się lepszego zrozumienia, aby móc sobie z tym radzić, gdy się pojawi. Uważam, że jesteśmy w znacznie lepszej sytuacji w tej kwestii, niż w przeszłości. Ale dużo jeszcze przed nami.”

Źródła:

1. Group for the Advancement of Psychiatry. (1976). *Mysticism: Spiritual quest or mental disorder*. New York: Group for the Advancement of Psychiatry.
2. Ellis, A. (1980). "Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's "Psychotherapy and Religious Issues"." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: 635-639. (p. 637)
3. Carpenito, L. (1983). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia, J. B. Lippincott.
4. Bergin, A. (1980) *Psychotherapy and Religious Values*. *American Psychologist*, 48, 1980, 95-105. (p. 95)

IGL 251: DSM-IV Problemy religijne i duchowe

LEKCJA 2.1 Typologia problemów religijnych

LINKI DO KURSU

Rodzaje problemów religijnych

Pierwsza propozycja przedstawiona grupie roboczej DSM-IV i opublikowana w Journal of Nervous and Mental Disease (Żurnal Chorób Nerwowych i Psychiczych) wymieniała cztery rodzaje problemów religijnych, które zostały zidentyfikowane w literaturze oraz ankietach:

- Utrata lub kwestionowanie wiary.
- Zmiana członkostwa kongregacji religijnej.
- Nawrócenie na nową wiarę.
- Wzmocnienie przywiązania do praktyk religijnych i ortodoksji.

W ostatecznej definicji Problemów duchowych i religijnych opublikowanej w DSM-IV, włączono tylko dwa z czterech rodzajów:

- Utrata lub kwestionowanie wiary.
- Nawrócenie na nową religię.

V62.89: Z kategorii tej można skorzystać, kiedy celem klinicznej uwagi jest problem religijny lub duchowy. Przykładem mogą być trudne doświadczenia dotyczące utraty lub kwestionowania wiary, problemy związane z nawróceniem na nową wiarę, lub kwestionowanie innych duchowych wartości, które niekoniecznie muszą odnosić się do zorganizowanego kościoła lub instytucji religijnej (American Psychiatric Association, 1994, str. 685)

W niniejszym kursie, rodzaje problemów religijnych i duchowych zostały zaktualizowane, aby odzwierciedlić nowe odkrycia. W Lekcji 2 przedstawiono cztery rodzaje problemów religijnych:

1. Utrata lub kwestionowanie wiary
2. Zmiany członkostwa, praktyk i wierzeń (włączając nawrócenie)
3. Nowe ruchy religijne i kultury
4. Choroby zagrażające życiu i terminalne

DSM-IV Problemy religijne i duchowe LEKCJA 2.2 Utrata lub kwestionowanie wiary

Opis • Powiązane problemy kliniczne • Leczenie • Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis

Utrata wiary jest w szczególności wymieniona w DSM-IV jako problem religijny. Utrata wiary może przybrać kilka form. Shafranske [1] opisuje człowieka sukcesu, którego życie zbudowane było na konserwatywnej opoce Chrześcijaństwa Kościoła Katolickiego. W pewnym momencie zaczął wątpić w założenia swej religii, w związku z czym stwierdził, że utracił motywację do życia.

Niektóre kryzysy wiary rozpoznane są jako element rozwoju duchowego. James Fowler, PhD opierając się na pracy Piageta, Kohlberga i innych teoretyków rozwojowych, przedstawił, że istnieje niezmienny porządek rozwoju wiary w sześciu rozpoznawalnych etapach. Problemy mogą się pojawić w momentach przejścia z jednego etapu do kolejnego, często doświadczanych jako kryzys wiary. (James Fowler, Stages of Faith – Stadia wiary).

Podobny problem może się pojawić, gdy osoba zostaje odsunięta przez swą religijną społeczność. Przykładowy kryzys zdarzył się, kiedy członek Świadków Jehowy został skierowany na przeszczep serca, wbrew sprzeciwom rodziny i społeczności religijnej, opartych na gruncie religijnym:

Jego rodzina i społeczność kościelna w rezultacie odmówiła jakiegokolwiek kontaktu z nim. Ostatecznie, pacjent rozwinął ryzyko samobójstwa i wymagał leczenia w szpitalu psychiatrycznym. (str. 476)

Waldfoegel S, Wolpe PR. Using awareness of religious factors to enhance interventions in consultation-liaison psychiatry. Hosp Community Psychiatry. 1993 May; 44(5): 473-7.

Powiązane problemy kliniczne

Dla niektórych osób, utrata wiary wiąże się z kwestionowaniem ich całego sposobu życia, celu życia i sensu. Na dodatek dotknięte zostaje życie społeczne, jeśli religia jest ważną częścią ich społeczności. Barra, Carlson i Maize [2] przeprowadzili badania kwestionariuszowe oraz dokonali przeglądu perspektyw antropologicznych, historycznych oraz współczesnych dotyczących utraty jako zjawiska rodzącego smutek. Odkryli, że utrata religijnej spójności,

zarówno w przypadku tradycyjnej przynależności religijnej, jak i w związku z osobistym poszukiwaniem duchowej tożsamości, często powoduje uczucia jakie występują w sytuacji „zwyczajnej” utraty czegoś. Dlatego u osób zmagających się z utratą komfortowych zasad religijnych i przynależności społecznej, pojawia się złość i rozgoryczenie, pustka i desperacja, smutek i izolacja, a nawet ulga. (str. 292)

Podsumowując, oto kliniczny ciąg uczuć, jakie mogą pojawić się z powodu nagłej utraty wiary:

- Złość
- Rozgoryczenie
- Pustka
- Rozpacz
- Smutek
- Izolacja

Ten rodzaj utraty najczęściej nie zostaje rozpoznany przez innych, dlatego autorzy opisują to zjawisko jako „smutek bez prawa bytu”. Podają przykład studentki, która przestała wierzyć w swą rodzimą religię. Zgłosiła poczucie odizolowania, strachu, lęku, złości, braku nadziei, a nawet myśli samobójcze, czyli powszechną sekwencję w reakcji żalu. „Wytyczne dotyczące potencjalnego konfliktu między zaangażowaniem religijnym psychiatry a jego praktyką” stworzone przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podaje przykład psychiatry, która zinterpretowała pewne rzeczy głęboko religijnemu człowiekowi. „Robiąc to jednak, umniejszyła jego poważnemu zaangażowaniu religijnemu, mówiąc iż to naiwnie neurotyczne. Z powodu intensywności relacji terapeutycznej, interpretacja ta spowodowała sporo zaniepokojenia, a także mogła mieć wpływ na próbę samobójczą, która wystąpiła w dalszej kolejności”. [3] Jest to efekt jatrogenny niewrażliwego kulturowo leczenia.

Badania wykazały, że zmagania z przekonaniem religijnym podczas choroby, zmniejsza szansę wyzdrowienia. Osoby, których wiara jest zachwiana w momencie zachorowania, narażone są na większe ryzyko śmierci, co dokumentuje konsekwencje utraty wiary. Kenneth Pargament, PhD z uniwersytetu Duke wraz ze współpracownikami przebadali w latach 1996-97 596 pacjentów. Uczestnikami było 596 pacjentów w wieku 55 lat lub starszych, którzy korzystali z usług szpitalnych Centrum Medycznego Uniwersytetu Duke lub Centrum Medycznego Administracji wojskowej w Durham, NC. Pacjenci, którzy zgłosili poczucie odizolowania lub niekochania przez Boga i przypisywali swą chorobę diabłu, albo twierdzili, że czują się opuszczeni przez ich społeczność kościelną, wykazali 19-28% wzrostu ryzyka śmierci w przeciągu następujących dwóch lat, w porównaniu z tymi, którzy nie mieli takich dywagacji religijnych, nawet jeśli zdrowie, psychiczne zdrowie i status demograficzny były pod kontrolą. Osoby, które wskazały że „zastanawiają się, czy Bóg ich opuścił” oraz „kwestionują miłość Boga” miały wyższy wskaźnik śmierci. Dr. Pargament pokazał, że wyniki te podkreślają potrzebę diagnozy duchowej i interwencji duszpasterskiej u pacjentów, których wiara została zachwiana w chorobie.

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. Arch Intern Med. 2001 sierpień 13-27; 161(15): 1881-5. (Zmagania religijne jako prognoza śmiertelności wśród medycznie chorych pacjentów w starszym wieku: 2-letnie badania podłużne.)

ZAGADNIENIE 4 WYMAGANE DO QUIZU

Badania Partamenta

83-letnia Beth została zdiagnozowana na raka piersi i wyraziła swoje przekonanie, że choroba jest karą od Boga za jej grzechy. Opierając się na badaniach „Zmagania religijne jako prognoza śmiertelności wśród medycznie chorych pacjentów w starszym wieku: 2-letnie badania podłużne”, pacjentka może wykazać zwiększone ryzyko śmierci.

Prawda
Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później zamieścić ją w quizie.

Leczenie

Michael Washburn, PhD zauważył, że istnieje możliwość skoncentrowania terapii na zmianie jako punktu zwrotnego w wierze, co daje potencjał osobistych poszukiwań i odkryć:

Jeśli w późniejszym okresie życia cierpimy z powodu głębokiego rozczarowania doświadczaniem świata, możemy zwrócić się w stronę źródeł psychicznych, które wcześniej wyparliśmy. Jest to początek czegoś, co nazywam „regresją w służbie transcendencji”, a co wydaje mi się, że większość ludzi zna jako termin wprowadzony przez św. Jana od Krzyża „ciemna noc duszy”. Może to być bardzo długi, trudny i wystawiający na próby okres czasu.

Dla osób, które znalazły się w tym okresie przejściowym – jak ja 20 lat temu – pomocnym jest wiedzieć, że jest to okres przejściowy. Dobrze jest pamiętać, że wytrwałość i cierpliwość są ważne oraz że jest to okres wzrostu wiary. Często nie wygląda to jak wiara, gdyż dawne bożki zniknęły, a stare idee boga zawaliły się z hukiem. Może więc to wyglądać jak utrata wiary i utrata generalnego kierunku życia. Ale tak naprawdę może to być punkt zwrotny w wierze, początek tajemnicy, ruch w stronę „nie wiem nic”, co z jednej strony wydaje się niepokojące, ale z drugiej ma potencjał prawdziwego doświadczenia duchowego i duchowego związku.

Terapeuta może postrzegać utratę wiary jako szansę wzrostu dla pacjenta, dzięki któremu pacjent rozwinię nową relację z tajemnicą życia. Dla osób, które doświadczyły utraty wiary, pomocną może okazać się praca z wykwalifikowaną religijnie osobą, która pomoże na nowo nawiązać relację z wiarą.

Niektóre osoby nie mają ochoty na współpracę z instytucją religijną. Stworzenie nowej osobistej mitologii, jak opisano to w Lekcji 6.2, jest priorytetem w pracy terapeutycznej z klientami doświadczającymi utraty wiary.

Przykłady przypadków

S. jest 58-letnią kobietą, Amerykanką Europejskiego pochodzenia, która ma postępującą chorobę wątroby, trwającą od 2 lat. Przed zachorowaniem, regularnie uczęszczała do kościoła i udzielała się jako wolontariuszka w organizacjach charytatywnych przy kościele. Kiedy została zdiagnozowana, przestała udzielać się charytatywnie oraz chodzić do kościoła twierdząc, że „nie ma potrzeby adorować fantazji”. Podczas czwartego pobytu w szpitalu powiedziano jej, że choroba nie reaguje na leczenie i że śmierć nastąpi za kilka tygodni. Przy wypisie ze szpitala była w klinicznej depresji, odmówiła przyjęcia jakichkolwiek lekarstw, przestała jeść, spędzając czas na wyglądaniu z pokoju lub czytaniu książek, oraz narzekając, że „Bóg ją opuścił”. Krewna zawiadomiła specjalistę od zdrowia psychicznego. Przy wywiadzie, zignorowała większość pytań i narzekała, że życie wydaje się bez znaczenia.

Emma Bragdon opisuje podobny przypadek kryzysu wiary w jej własnej ścieżce Buddyzmu.

Biblioteka internetowa religii i duchowości

Biblioteka internetowa zawiera spis stron dotyczących różnego rodzaju straty, a także artykuły Jamesa Fowlera i Michaela Washburna.

Źródła:

- 1 Shafranske, E. (1991). Beyond countertransference: On being struck by faith, doubt and emptiness. American Psychological Association, New Orleans, LA.
- 2 Barra, D., Carlson, E., & Maize, M. (1993). The dark night of the spirit: Grief following a loss in religious identity. In K. Doka & J. Morgan (Eds.), *Death and spirituality*. Amityville, NY: Baywood.
- 3 APA Committee on Religion and Psychiatry (1990). "Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitments and psychiatric practice." *American Journal of Psychiatry* 147: 542.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe **Lekcja 2.3 Zmiany członkostwa, praktyk oraz wierzeń**

Opis • Powiązane problemy kliniczne • Leczenie
• Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis

Zmiany członkostwa

W związku z małżeństwami mieszanymi, przemieszczaniem się oraz zmianą w ograniczeniach przynależności do kościoła z powodów geograficznych, wielu ludzi nawraca się na nowe religie lub zmienia denominację członkostwa. W niektórych przypadkach zmiana może być doświadczona bardziej jako przymus niż wolna wola. Kiedy człowiek przeprowadza się do nowej społeczności, gdzie nie ma danej gałęzi grupy religijnej, osoba może doświadczyć poczucia utraty związanego z oddzieleniem od swojej uznawanej grupy religijnej. Szczególnie nawrócenie wiedzie do zaadoptowania nowej religii lub zmiany denominacji członkostwa.

Wzmocnienie przekonań

Innym problemem natury religijnej jest wzmocnienie przywiązania do praktyk religijnych i ortodoksji. Dobrowolne wzmocnienie religijnych praktyk może być rezultatem doświadczenia religijnego. To z kolei może spowodować problem, jeśli osoba nie czuje swobody w mówieniu o tym lub nie wie, jak rozmawiać o religijnych aspektach przemiany. Wzmocnienie może również pojawić się jako próba radzenia sobie z poczuciem winy lub jako jeden z mechanizmów radzenia sobie z traumą, co związane jest z potrzebą znalezienia sensu w danym stresującym wydarzeniu, aby zapobiec rozpadowi tożsamości. [1]

Doświadczenie nawrócenia

Według Williama Jamesa, doświadczenie nawrócenia ma następujące cechy:

- Poczucie wyższej kontroli lub mocy znajdującej się za kulisami rzeczywistości.
- Poczucie jedności ze światem i naturą.
- Wyczucie głębokich „prawd” o rzeczywistości.
- Wszystko wygląda jak nowe, ożywione i piękne.
- Ogarnięcie przez szczęście i ekstazę.
- Niemożliwość wyrażenia tych doświadczeń w słowach.
- Absolutna pewność o ważności tego doświadczenia.

Czynniki kulturowe i społeczne odgrywają ważną rolę w procesie nawrócenia, a różne religie i dyscypliny widzą nawrócenie odmiennie, począwszy od zachęty do kwestionowania takiego bezpośredniego doświadczenia.

Powiązane problemy kliniczne

Zmiany w przekonaniach i praktykach

„często rzeczywiście zaburzają życie ludzi. Zaburzają rodziny. Nawet jeśli przytoczymy teologię nawrócenia, która może rzucić łagodzące światło na te sprawy, prawda jest taka, że są one kontrowersyjne, gdyż są zaburzające, dezorientujące i powodujące wiele komplikacji w życiu ludzi.” *The Psychology of Religious Conversion*, Lewis Rambo.

Wzmocnienie religijnej praktyki może zostać źle zdiagnozowane, jako zaburzenie psychiczne. Greenberg i Witzum [2] są izraelskimi psychiatrami, którzy pracowali z pacjentami będącymi ortodoksyjnymi Żydami. Zaproponowali kryteria diagnostyczne różniące normatywne ostre zasady ortodoksyjnych przekonań religijnych od psychopatologicznych doświadczeń zawierających religijną treść.

Symptomy zaburzenia psychicznego:

- 1) Są bardziej intensywne od normatywnych doświadczeń religijnych w ich społecznościach religijnych.
- 2) Są często przerażające.
- 3) Są często absorbujące.
- 4) Są związane z deterioracją umiejętności społecznych i higieny osobistej.
- 5) Często związane są ze specjalnymi przekazami od postaci religijnych.

Niekiedy pobożne praktyki religijne mogą być postrzegane jako ekstremalne i powodować konflikt z prawem, jak np. okaleczanie ciała, które występuje w kilku religiach.

Abu-Sahlieh S.A., To mutilate in the name of Jehovah or Allah: Legitimization of male and female circumcision. *Med Law* 1994;13(7-8):576-622.

Leczenie

Jeśli pacjent jest religijnym nowicjuszem, terapeuta powinien pomóc pacjentowi zidentyfikować i zająć się konfliktami między poprzednim stylem życia pacjenta, przekonaniami i postawami. Spero (1987)[3] opisał przypadek 16-latki z rodziny żydowskiej, która przeszła nagłą religijną transformację w stronę ortodoksji. Dramatyczna zmiana w jej życiu, włączając długie godziny studiowania tekstów żydowskich, unikanie przyjaciół, posępność przy posiłkach, doprowadziła do wizyty u psychoanalityka. Ewaluacja psychiczna pokazała, że ani schizofrenia, ani żadne z innych zaburzeń Kategorii I i II nie miały miejsca. Analiza skupiła się na wpływie religijnej transformacji i wpływie na jej tożsamość i relację z obiektem. Proces religijnej przemiany stawia wyzwania ważnym obszarom stabilności, a poczucie historycznego przemieszczenia charakteryzuje w pewnym stopniu kryzys u wszystkich nowicjuszy religijnych. (str. 69)

Religijne doświadczenie może mieć wpływ na leczenie, zarówno problemów medycznych jak i psychicznych, jak pokazuje poniższy przykład.

Przykłady przypadków

Sprawozdanie na temat przypadku: Zdolność podejmowania decyzji a nawrócenie religijne – przypadek odrzucenia dializy.

Dinesh Mittal, MD, Samuel F. Sears Jr., PhD, Phillip R. Godding, PhD, Marti D. Reynolds, MDiv (1999) *Annals of Long-Term Care*, 7(8),320-322

ZAGADNIENIE 5 WYMAGANE DO QUIZU

Odrzucenie dializy

W sprawozdaniu z przypadku: Zdolność podejmowania decyzji a nawrócenie religijne – przypadek odrzucenia dializy, autorzy opisują ich podejście do pracy nad odrzuceniem dializy poprzez:

- a) zdobycie nakazu prawnego, aby zastosować leczenie;

- b) pracę w ramach systemu przekonań pacjenta;
- c) użycie racjonalnych technik spornych;
- d) żadne z powyższych

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie:

Pierwsze sprawozdanie kobiety na temat nawrócenia na Katolicyzm

Biblioteka internetowa religii i duchowości

Biblioteka WWW Religii i Duchowości posiada artykuły dotyczące psychologii nawrócenia religijnego.

ZAGADNIENIE 6 WYMAGANE DO QUIZU

Rodzaje zmian

Problemy religijne mogą mieć związek z: a) zmianą członkostwa, b) wzmocnieniem przekonań, c) nawróceniem, d) wszystkie powyższe
Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Źródła:

- 1 Van der Lons, J. (1991). What is psychology of religion about? Psychology of religion. H. Malony. Grand Rapids, MI, Baker.
- 2 Greenberg, D., & Witztum, E. (1991). Problems in the treatment of religious patients. American Journal of Psychotherapy, 45(4), 554-565.
- 3 Spero, MH (1987). Identity and individuality in the nouveau-religious patient: Theoretical and clinical aspects. Psychiatry. 50, 55-71.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 2.3 Nowe ruchy religijne i kultury

Opis • Powiązane problemy kliniczne • Leczenie • Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis

Przynależność do kultu może wywołać następujące skutki:

Rozbić rodziny

„Wyprać mózg” w celu pozyskania i utrzymania członków

Spowodować nieodwracalne zniszczenia psychologiczne

Cult Experience: Psychological Abuse, Distress, Personality Characteristics, and Changes in Personal Relationships. *Cultic Studies Journal*, Vol. 15, No. 2, 1998

Jednakże bycie członkiem kultu nie zawsze jest opresyjne i szkodliwe dla zdrowia. Kompleksowy przegląd niedawnej literatury pokazał sporo dowodów na to, że niektóre z kultów są pomocne swoim zwolennikom [1]. Vaughan [2] również wskazał, że wiele osób, które przyłączyły się, a potem odeszły z destrukcyjnych grup powiedziało, iż doświadczenie to przyczyniło się do wzrostu mądrości i dojrzałości, dzięki wyzwaniu jakiemu stawili czoła, co wzmocniło i odbudowało ich wewnętrzną integralność. Takie „radikalne religijne zajęcia” są najczęściej częścią odkrywania swej tożsamości przez młodzież i młodych dorosłych. Dr Stephen Post wskazuje, że 90% osób, które przyłączają się do nowych grup religijnych, odchodzi w ciągu dwóch lat, w związku z tym „jeśli pranie mózgu ma miejsce, musi być bardzo nieefektywne” (str. 373).

Stephen Post, MD, Psychiatry and ethics: the problematics of respect for religious meanings. *Cult Med Psychiatry* 1993 Sep;17(3):363-83

Dr Post przypomina, aby robić rozróżnienie między społecznie kontrowersyjnymi nowymi ruchami religijnymi (NRM) a kultami, nawet jeśli zaniepokojone rodziny naciskają specjalistów zdrowia psychicznego do oszacowania stanu psychicznego rekrutów. Podczas gdy dziedzina zdrowia psychicznego posiada negatywne konotacje odnoszące się do kultu, kult jako taki ma również inne znaczenie grupowania ludzi w celach religijnych. Wszystkie religie rozpoczęły swoje istnienie jako kultury i niezależnie od tego, jak powszechne się stały z czasem, największe religie świata, początkowo postrzegane były jako zagrożenie dla ustanowionych zwyczajów i wartości. Warto również pamiętać, że kościół Świątynia Ludu odpowiedzialny za zbiorowe samobójstwo w Jonestown w Gwajanie był główną kongregacją grupy zwanej Uczniowie Chrystusa. W tamtym czasie należało do niej około miliona członków. Byli członkami Narodowej Rady Kościołów. Grupa ta została zidentyfikowana jako kult po śmierci członków w Gwajanie. Nowe Ruchy Religijne to nazwa jakiej socjologowie zwykle używają odnosząc się do małych religijnych grup, które nie są destrukcyjne. Niemniej jednak, niekiedy prawdziwie niebezpieczne i destrukcyjne grupy powstają pod płaszczem religii. Niedawny przykład to Gałąź Dawidowa (Branch Davidians).

Essay on Definition of Cult by Michael Langone, PhD

The Cult Threat: Real or Imagined Gordon Melton

ZAGADNIENIE 7 WYMAGANE DO QUIZU

Nowe ruchy religijne (NRMs)

Według „Niebezpieczeństwo kultu: prawda czy fikcja”, przynależność do nowych ruchów religijnych przebiega głównie w dziwnych centrach rekolekcyjnych lub komunach wiejskich.

Prawda

Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Powiązane problemy kliniczne

Werbowanie do kultu charakteryzuje się dziewięcioma czynnikami:

- a) Ogólna słabość ego i wrażliwość emocjonalna.
- b) Skłonność do stanów dysocjacyjnych.
- c) Słabe, zniszczone lub nieistniejące relacje rodzinne i systemy wsparcia.
- d) Niewystarczające środki do radzenia sobie z wymogami przeżycia.
- e) Historia dużej przemocy w dzieciństwie lub zaniedbania.
- f) Ekspozycja na dziwne lub ekscentryczne schematy rodzinne.
- g) Skłonności do nadużywania substancji kontrolowanych.
- h) Niezwykle ciężki stres sytuacyjny i kryzys.
- i) Nieakceptowalna sytuacja socjoekonomiczna.

Factors related to susceptibility and recruitment by cults by Curtis JM, Curtis MJ.
Psychol Rep 1993 Oct;73(2):451-60

Dla specjalistów zdrowia psychicznego może okazać się trudnym rozróżnienie kultu. W popularnym żargonie „kult” implikuje, że grupa stosuje zastraszanie, przymus i indoktrynację do systematycznego rekrutowania, inicjowania i wpływania na nowicjuszy.

Rozróżnienie między religijnym nonkonformizmem a zaburzeniem psychicznym jest sprawą kompetencji kulturowej. Pierwszą rzeczą jest ocena, czy grupa przejawia cechy patologii duchowej, która odróżnia wypaczony kult od zdrowej społeczności duchowej. Wellwood [3] wymienia następujące cechy społeczności patologicznych:

- Lider posiada władzę totalną nad uznawaniem lub zaprzeczaniem wartości wyznawców i używa tej władzy szeroko.
- Grupę spaja posłuszeństwo celowi, misji lub ideologii.
- Lider trzyma zwolenników w szachu przez manipulowanie emocjami nadziei i strachu.
- „Syndrom myślenia grupowego” jest używany do jednoczenia wyznawców.
- Liderzy kultu są zwykle samozwańczymi prorokami, którzy nie studiowali z wielkimi nauczycielami lub nie odbyli długiego treningu czy dyscypliny.

Leczenie

Vaughan [2] opisała podejście psychoterapeutyczne, które bada psychologiczne konsekwencje przyłączenia się do grupy oferującej duchową samorealizację. To skoncentrowane na kliencie podejście nie ocenia zasług alternatywnych praktyk duchowych i

nie determinuje, czy „nauczyciel” jest prawdziwym autorytetem duchowym. Zwraca ona uwagę na to, że osoby mogą mieć całą gamę przyczyn, dla których przyłączają się do grupy, poczynając od trudności w utrzymaniu siebie, przez samotność, do realizowania swego potencjału na drodze duchowego rozwoju. W terapii, osoba, która opuściła, lub która rozważa przyłączenie się lub opuszczenie NRM czy kultu, może zostać zapytana o następujące rzeczy:

- Co przyciąga mnie do tej osoby?
- Czy przyciąga mnie jej/jego siła, pokazowość, pomysłowość, osiągnięcia, prestiż, idee?
- Czy motywuje mnie strach lub miłość?
- Czy moją podstawową reakcją jest fizyczna ekscytacja, emocjonalna aktywacja, intelektualna stymulacja, czy intuicyjne rezonowanie?
- Co mogłoby przekonać mnie, aby ufać jemu/jej bardziej, niż sobie?
- Czy poszukuje figury rodzica, aby uwolnić się od obowiązków życia?
- Czy poszukuję grupy, gdzie mogę przynależeć i dostać opiekę w zamian za posłuszeństwo?
- Czego się wyrzekam?
- Czy posuwam się w stronę czegoś do czego czuję pociąg, czy uciekam od życia takiego jakie jest.

Często studenci przechodzący z „kultury zjednoczenia” z ich nauczycielem do bardziej niezależnego funkcjonowania, szukają pomocy psychoterapeutycznej. Bogart [4] dokonał przeglądu różnych zaburzeń i problemów, jakie mogą się pojawić w relacji między studentem i jego nauczycielem duchowym (zobacz przykłady poniżej).

Przykłady przypadków

Separating from a Guru-Greg Bogart, PhD

Anemia and limping in a vegetarian adolescent by Chiron R et al. Arch Pediatr 2001

Jan;8(1):62-5

ZAGADNIENIE 8 WYMAGANE DO QUIZU

Kult i dieta

W artykule „Anemia i utykanie u wegetariańskiego nastolatka”, nastolatek na diecie wegańskiej narzuconej przez kult cierpiał na niedostatek

- a) wapnia, b) witaminy D, c) witaminy B12, d) wszystkie powyższe

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Biblioteka stron internetowych

Biblioteka stron internetowych Religii i Duchowości zawiera artykuły na temat kultów i nowych ruchów religijnych (NRM)

Źródła:

1 Rochford, E, Purvis, S Eastman (1989). New religions, mental health, and social control. In Lynn, Monty L. (Ed); Moberg, David O. (Ed). Research in the social scientific study of religion: A research annual, Vol. 1. (pp. 57-82.

2 Vaughan, F. (1987). A question of balance: Health and pathology in new religious movements. In Spiritual choices: The problem of recognizing authentic paths to inner

transformation. D. Anthony, B. Ecker and K. Wilber. New York, Paragon House: 265-282.

3 Welwood J (1987) On Spiritual authority: Genuine and counterfeit In Spiritual choices: The problem of recognizing authentic paths to inner transformation. D. Anthony, B. Ecker and K. Wilber. New York, Paragon House: 283-304.

4 Bogart, G. C. (1992). Separating from a spiritual teacher. Journal of Transpersonal Psychology, 24(1), 1-22).

DSM-IV-1V Problemy religijne i duchowe LEKCJA 2.5 Choroba nieuleczalna i zagrażająca życiu

Opis • Powiązane problemy kliniczne * Leczenie
• Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis

Nazywamy to tutaj problemem natury religijnej, jednak zarówno religijne jak i duchowe wierzenia i praktyki mogą mieć wpływ na reakcję pacjenta na chorobę. Odnosi się to głównie do choroby nieuleczalnej, która intensyfikuje strach przed bólem fizycznym, nieznanym ryzykiem śmierci, niepewnością co do istnienia życia po śmierci i która stanowi zagrożenie dla integralności człowieka. Co więcej, zmiany religijne i duchowe często występują podczas nieuleczalnej choroby, związanej z uczuciem straty, alienacji, porzucenia, złości, cierpienia i zależności. Sprawy takie jak wybaczenie innym, odnajdywanie spokoju, omawianie śmierci, rozpacz i planowanie pogrzebu, często odnoszą się do religii. Utrata nadziei i sensu życia widoczne u niektórych pacjentów, przejście od życia do śmierci są duchowe, a nie tylko psychologiczne, fizjologiczne czy społeczne. [1]

Religijność jest jedną z głównych strategii używanych do przezwyciężenia tych lęków, również razem z ćwiczeniem samokontroli i rozmawianiem o nich z przyjaciółmi i rodziną. Viney [2], w swoich badaniach na temat terapii, w której ludzie opowiadają o swoim życiu, wśród osób starszych, odkryła, że modlitwa była wyjątkowo pomocna dla umierających ludzi: „Rozmowa z Bogiem umożliwia ludziom nadanie sensu swojemu cierpieniu, stawienie czoła ryzyku, potwierdzenie swojej integralności i dostarcza większą pewność co do życia po śmierci.” (s. 165)

(Zob. ICISH Research Streszczenie dot. religii i osób starszych)

Powiązane problemy kliniczne

Pielęgniarska nomenklatura diagnostyczna zaznacza, że niepokój duchowy (spiritual distress) może się wiązać z niemożnością praktykowania rytuałów religijnych i konfliktem pomiędzy religijnymi i duchowymi wierzeniami, a koniecznym leczeniem [3] (jak w przykładzie poniżej). Poważna choroba może mieć wpływ na wierzenia religijne, udział w religijnych rytuałach i przynależność do społeczności religijnej. Utrata lub kryzys wiary, złość na Boga, poczucie winy za „grzechy” i przerwa w praktyce religijnych obrzędów są częstym następstwem nieuleczalnej i zagrażającej życiu choroby.

Leczenie

W hospicjach uznano, że zajmowanie się osobami nieuleczalnie chorymi ma wymiar duchowy. Filozofia hospicjum i standardy akredytacji wymagają, by opieka medyczna zawierała w sobie także opiekę duchową. Duchowość jest potrzebna w momentach, gdy pacjenci zadają sobie pytanie: „dlaczego ja?”, kiedy to terapeuci i opiekuni powinni wspierać

i pomagać pacjentom w duchowym myśleniu. Millison [4] mówi, że „Osoba opiekująca się nieuleczalnie chorym pacjentem musi zdawać sobie sprawę z tego, jak ważna jest siła wiary duchowej, by pacjent poradził sobie ze świadomością umierania, i musi znać sposoby, by pomóc, osłabić lub powstrzymać zmagania duchowe pacjentów.” Wielu nieuleczalnie chorych pacjentów powraca do wierzeń i praktyk religijnych z dzieciństwa, podczas gdy inni szukają nowych form duchowości. Leczenie często oznacza pracę lub konsultację z kimś, kto jest obeznany w sprawach religijnych. Tego typu pytania i wątpliwości dotyczą wielu osób poważnie chorych. Podążanie za „Religijną i duchową historią” jest zazwyczaj bardzo ważną częścią tego typu pracy klinicznej. (Zob. lekcję o ocenie duchowości)

Przykłady przypadków

Hospitalizowana kobieta, mająca uraz kręgosłupa na skutek wypadku samochodowego, miała symptomy wskazujące na zaburzenie depresyjne i psychiatra, który z nią rozmawiał odkrył, że brakowało jej religijnych praktyk, które, zanim trafiła do szpitala, odgrywały ważną rolę w jej życiu. Polecił jej psychoterapię w celu odkrycia jej religijnych wierzeń, w świetle jej wypadku, i pomógł jej zdobyć kasetę z muzyką religijną. Członek jej wspólnoty religijnej złożył jej kilka wizyt, by okazać swoje wsparcie. Autorzy stwierdzili na koniec, że „Mimo że interwencje religijne nie zastąpią interwencji terapeutycznych, 'religijne recepty' są etycznie sprzyjające i mogą stanowić uzupełnienie dla bardziej tradycyjnych terapii.” (s. 475)

Waldfoegel S, Wolpe PR. *Using awareness of religious factors to enhance interventions in consultation-liaison psychiatry*, Hosp Community Psychiatry 1993 May;44(5):473-7

Innym przypadkiem jest mężczyzna, który doświadczył "utrąty Boga". Przeżył chorobę Hodgkina z przerzutem raka prostaty i poważną chorobą wieńcową. Jego opiekunowie zapewnili mu poczucie wspólnoty, dzięki której mógł odnowić swoją wiarę. Osoby zapewniające opiekę medyczną nie muszą same być religijne, aby pomóc pacjentom poradzić sobie z kryzysem duchowym. Umiejętności współczucia powinny być stosowane, by rozpoznać i odpowiednio zareagować na duchowe cierpienie. Uznanie uczucia złości lub poczucia winy, które są głównymi źródłami cierpienia, jest podstawą przystosowania się. Wystarczy po prostu być dla pacjentów i być otwartym na ich ból, co umożliwi im poradzenie sobie z kryzysem duchowym.

Penson RT, Yusuf RZ, Chabner BA, Lafrancesca JP, McElhinny M, Axelrad AS, Lynch TJ Jr. *Losing God*. *Oncologist* 2001;6(3):286-97

Biblioteka internetowa religii i duchowości

Biblioteka internetowa religii i duchowości zawiera artykuły o tematyce duchowej w świetle umierania, wywiady z Elizabeth Kubler-Ross i Stephen i Ondrea Levine.

ZAGADNIENIE 9 WYMAGANE DO QUIZU

Opieka duchowa

Według autorów „Losing God”, jakie czynniki osłabiają działanie duchowych aspektów opieki nad osobami chorymi na raka?

- a) mglisty język;
- b) brak zaufania;

- c) dogmat;
- d) wszystkie wymienione.

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie:

Źródła:

1. Aldridge, D. (1993). *Is there evidence for spiritual healing?* Advances, 9(4), 5-21.
2. Viney, L (1993) *Life stories: Personal construct therapy with the elderly*. NY: Wiley.
3. Kim MJ, McFarland G, McLane A (eds): *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Fifth National Conference*. St. Louis, CV Mosby, 1984.
4. MillisoR, M. (1988). "Spirituality and the caregiver: developing an underutilized facet of care," *The American Journal of Hospice Care*: 37-44.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe LEKCJA 3.1 Kryzys duchowy

Wyłanianie się/Pojawianie się vs Nagły przypadek (Kryzys Duchowy) • Nadzwyczajne doświadczenia a kryzys duchowy • Złe postawienie diagnozy kryzysu duchowego • Kliniczny wpływ złego postawienia diagnozy • Rodzaje problemów duchowych

Wyłanianie się/Pojawianie się vs Nagły przypadek (Kryzys Duchowy)

W DSM-IV, problemy duchowe są określane jako przykre doświadczenia, obejmujące relacje z bytem lub siłą transcendentną, lecz niekoniecznie są związane ze zorganizowanym kościołem lub instytucją religijną. Czasem takie doświadczenia pojawiają się na skutek intensywnego zaangażowania w praktyki duchowe, takie jak medytacja czy joga, jak w rozdziale „Medytacja i praktyki duchowe”.

Na powiązanie pomiędzy kryzysem duchowym, a problemami psychologicznymi pierwszy raz zwrócił uwagę Roberto Assagioli, który opisał, jak na skutek intensywnych praktyk duchowych ego ludzkie może ulec wyolbrzymieniu:

Przykłady takiego zamętu zdarzają się wśród osób doznających olśnienia poprzez kontakt z prawdami zbyt wielkimi lub energiami zbyt potężnymi do objęcia rozsądkiem lub do asymilacji przez ich osobowość. [1] (s. 36)

W latach 60. ludzie zaczęli się interesować azjatyckimi praktykami takimi jak medytacja, joga, tai-chi, a także eksperymentami z narkotykami halucynogennymi, co wywoływało wiele doświadczeń mistycznych i wizjonerskich, a niektóre z nich były problematyczne dla praktykujących.

Podczas gdy mistrzowie duchowi przez tysiące lat ostrzegali swoich uczniów o niebezpieczeństwach zabawy ze stanami mistycznymi, współczesne 'pole' praktyk duchowych przypomina sklep ze słodyczami, do którego każdy może wejść i poprobać różności, które gwarantują stany uniesienia mistycznego. Kiedy amatorzy, nie mający odpowiedniego wykształcenia lub wiedzy, zaczynają w beztrójki sposób próbować mistycznych doświadczeń, igrają z ogniem. Niebezpieczeństwo istnieje, zarówno na fizycznym i psychologicznym poziomie, jak i na poziomie rozwoju duchowego danej osoby. (*Halfway Up the Mountain: The Error of Premature Claims to Enlightenment* by Mariana Caplan).

Christina Grof i Stanislaw Grof stworzyli pojęcie „kryzysu duchowego” i założyli Spiritual Emergency Network w Esalen Institute w 1980r. w celu właściwej diagnozy indywidualnych osób i odsyłania do terapeutów ludzi doświadczających psychologicznych trudności, związanych z praktykami duchowymi i spontanicznymi doświadczeniami duchowymi. Dr Grof opisuje kryzys duchowy:

Istnieją spontaniczne nadzwyczajne stany, które na zachodzie byłyby postrzegane jako psychoza, i leczone głównie niepożądanymi lekami. Lecz jeśli poznamy obserwacje z badań stanów niezwykłych, a także z innych duchowych tradycji, to tak naprawdę powinny one być postrzegane jako kryzys transformacji lub kryzys otwarcia duchowego. Coś, co bardziej powinno być podtrzymywane niż tłumione. Jeśli tylko są one właściwie zrozumiane i właściwie wspierane, to tak naprawdę

sprzyjają leczeniu i transformacji, (wywiad ze Stanislavem Grofem).

Pojęcie kryzysu duchowego jest używane do opisanego całego szeregu zjawisk związanych z doświadczeniami i duchowym rozwojem; od tych, które (prawdopodobnie większość) nie są problematyczne, nie zakłócają przebiegu psychologicznego/społecznego/zawodowego funkcjonowania i nie wymagają psychoterapii lub jakiegokolwiek kontaktu z systemem zdrowia umysłowego, do kryzysu duchowego, który jest prawdziwym kryzysem, wymagającym opieki przez 24h na dobę.

David Steindl-Rast [2], mnich benedyktyński, który naucza praktyk duchowych, również stwierdził, że kryzys duchowy może mieć naturę destrukcyjną:

Kryzys duchowy jest jak bóle porodowe, przez które przechodzi się do pełnego, głębszego życia, w którym niektóre sfery życia, które nie były objęte tą pełnią życia są teraz zintegrowane... Momenty przełomowe są często bardzo bolesne, dręczące i dramatyczne.

Tak, jak opisane w Lekcji 1 Tło DSM-IV Problem religijny i duchowy (V62.89), to lekarze Transpersonalni, którzy głównie skupiali się na kryzysach duchowych, zaproponowali tą nową kategorię diagnostyczną. Potem propozycja została rozszerzona o problemy religijne.

ZAGADNIENIE 10 WYMAGANE DO QUIZU

Kryzys duchowy jest pojęciem rozwiniętym przez C. G. Junga

Prawda
Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

ZAGADNIENIE 11 WYMAGANE DO QUIZU

Praktyki duchowe

Assagioli na początku stwierdził, że praktyki duchowe są powiązane z psychologicznymi zaburzeniami.

Prawda
Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Nadzwyczajne doświadczenia i kryzys duchowy

Niektóre formy kryzysu duchowego mogą przybrać formę nadzwyczajnych doświadczeń, takich jak spotkanie z kosmitami i doświadczenia z pogranicza śmierci (Near-Death Experience – NDE). Kenneth Ring, Profesor Emeritus psychologii na Uniwersytecie w Connecticut i jeden ze światowych autorytetów z dziedziny doświadczeń z pogranicza

śmierci odkrył, że ludzie mówiący o spotkaniach i kosmitami i NDE zmieniają się po jakimś czasie w podobny sposób i wielu z nich stwierdza, że na skutek tych doświadczeń ich życie uległo wielkim zmianom, jeśli chodzi o poziom duchowy. Rozwija się u nich szacunek dla natury i życia ludzkiego i obserwują również zmianę w swojej osobowości. Ring stwierdził, że zarówno porwanie przez kosmitów i NDE (i inne nadzwyczajne doświadczenia) są

różnymi ścieżkami do psychoduchowej przemiany tego samego typu..., która wyraża się w głębszej świadomości wzajemnego powiązania i świętości wszelkiego życia i pogłębia zaangażowanie w sprawy ekologicznie dla dobra całej planety. (*The Omega Project*)

Ze względu na rolę, jaką odgrywają nadzwyczajne doświadczenia tego typu w życiu duchowym niektórych ludzi, są one zawarte w tej książce jako problemy duchowe.

„Center for Extraordinary Explorations”. Ta strona zawiera badania nad doświadczeniami nadzwyczajnymi, takimi jak: reinkarnacja/przeszłe życia, kontakt z kosmitami i aniołami, doświadczenia przebywania poza ciałem (OBE) i z pogranicza śmierci (NDE).

Błędne diagnozy kryzysu duchowego

Kryzysy duchowe uzasadniają diagnozę DSM-IV problemu religijnego lub duchowego (V62.89), nawet jeśli występują symptomy zaburzenia umysłowego, w tym halucynacje i urojenia. Wówczas kategoria problemu religijnego lub duchowego jest porównywalna z kategorią bolesnej straty, dla której DSM-IV określa, że nawet kiedy reakcja osoby na śmierć zgadza się z kryteriami diagnostycznymi epizodu depresji ciężkiej, nie stawia się diagnozy zaburzenia umysłowego, gdyż symptomy są wynikiem normalnej reakcji na śmierć bliskiej osoby. Podobnie kryzys duchowy może być przerażający. Może całkowicie zajmować daną osobę i prowadzić do odgrywania własnych rytuałów. Wszystkie one mogą występować jako symptomy zaburzenia umysłowego. Halucynacje, urojenia, złość i trudności w relacjach z innymi występują tak często, że powinny być postrzegane jako normalne reakcje na kryzys duchowy. Często takie duchowe problemy prowadzą do długotrwałej poprawy w całkowitym funkcjonowaniu.

Literatura kliniczna dawno odkryła, że niektóre przypadki symptomów psychotycznych mogą prowadzić do polepszenia funkcjonowania jednostki. Karl Menninger, przez wielu uważany za ojca współczesnej psychiatrii amerykańskiej, zaobserwował, że

Stan niektórych pacjentów chorych umysłowo ciągle się polepsza. W efekcie ich stan staje się lepszy niż kiedykolwiek wcześniej... To jest niesamowite, lecz niewielu zdaje sobie z tego sprawę, (cytat Menningera u Silvermana [3], s. 63)

Wielu lekarzy i badaczy zaproponowało kategorię dla przypadków z symptomami psychotycznopodobnymi, ale te które spotkały się z pozytywnymi reakcjami to:

- rozwiązywanie problemów schizofrenicy (Boisen 4)
- dezintegracja pozytywna (Dąbrowski [5])
- kreatywne choroby creative illness (Ellenberger 6)
- podróże nawróceniowe (metanoiac voyages) (Laing 7)
- stany wizjonerskie (Perry [8])

Allen Bergin [9] stwierdził, że

Niektóre wpływy religii mają skromne działanie, podczas gdy inne wydają się być umysłowym ekwiwalentem broni nuklearnej... Potężniejsze mogą zapewnić transcendentne przekonanie i są czasem manifestowane przez osobiste leczenie i przemianę, (s. 401)

Porównanie do broni nuklearnej również stosuje się do procesu kryzysu duchowego. Ma niesamowite działanie lecznicze w odniesieniu do jednostki jak i do społeczeństwa, ale jeśli nie jest wykorzystywane właściwie, może mieć również destrukcyjne działanie. Zauważ, że podczas gdy ten rodzaj intensywnego kryzysu duchowego jest omawiany w tej lekcji, podobny proces występuje w doświadczeniach nawrócenia religijnego, które często zawierają doświadczenia mistyczne (zob. Lekcja 3.3 Doświadczenia mistyczne). Niestety doświadczenia tego typu często są źle rozumiane zarówno przez profesje związane z działaniem umysłu jak i religią.

Kliniczny wpływ błędnego postawienia diagnozy

Początkowa ocena lekarza może w znaczący sposób wpłynąć na końcowy wynik. Według Greysona i Harrisa [10], reakcja lekarza na doświadczenie z pogranicza śmierci pacjenta może określić czy to doświadczenie zostanie przez pacjenta zintegrowane i stanie się bodźcem do rozwoju osobistego, czy zostanie stłumione jako dziwne wydarzenie, świadczące o umysłowym zaburzeniu. Również jeśli chodzi o doświadczenia mistyczne, negatywne reakcje lekarzy mogą powiększyć poczucie izolacji jednostki i wstrzymać jego/jej chęć szukania pomocy w zrozumieniu i asymilacji doświadczenia.

Istnieje ryzyko, że jednostki doświadczające silnych religijnych i duchowych uniesień, mogą być postrzegane jako chore umysłowo. Nawet wielu religijnych profesjonalistów nie potrafi rozróżnić prawdziwych i patologicznych religijnych doświadczeń.

Jeśli wyznawca typowej wiary doświadczył głębokiego religijnego doznania, duchowny jego/jej kościoła może wysłać go do psychiatry lub na leczenie. (Stanislav Grof, *Beyond the brain: Birth, death and transcendence in psychotherapy*). (pol. "Poza mózg. Narodziny, Śmierć i Transcendencja w psychoterapii")

Osoba, która doświadczyła przeżycia z pogranicza śmierci, zeznała:

„Próbowałam powiedzieć swojemu pastorowi, ale powiedział mi, że to tylko halucynacje, więc się zamknęłam.” (Raymond Moody *Life After Life: The investigation of a Phenomenon — Survival of Bodily Death* p 86). (pol. "Życie po życiu")

Jeśli tylko burzliwe wydarzenia dotyczące rozwoju osobistego i te, które wskazują na zaburzenia umysłowe można by było rozróżnić, sytuację ludzi w kryzysie duchowym można by było polepszyć stosując odpowiednie leczenie, zgodne z ich potrzebą wyrażenia i integracji symptomów fizycznych, psychopatologicznych i duchowych, (zob. Lekcja V Zróznicowana diagnoza)

Źródła:

- Assagioli, R. (1939). Self-realization and psychological disturbances. In S. Grof & C. Grof (Eds.), *Spiritual emergency: When personal transformation becomes a crisis*, Los Angeles: Tarcher.
- David Steindl-Rast cited in Bragdon, E. (1993). *A sourcebook for helping people with spiritual problems*. Aptos, CA: Lightening Up Press, p. 18.
- Silverman, J.(1967). Shamans and acute schizophrenia. *American Anthropologist*, 69(1), 21-31.
- Boisen, A. T.(1962), *The exploration of the inner world*. New York: Harper and Row.
- Dąbrowski, K. (1964). *Positive disintegration*. Boston: Little Brown.
- Elienberg, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Laing, R.D. (1972). *Metanoia: Some experiences at Kingsley Hall, London*. In H. M. Ruitenbeck (Eds.), *Exploring Madness* (pp. 113-121). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Perry, J. (1974). *The far side of madness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bergin, A. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46(4), 394-403.
- Greyson, B., & Harris, B. (1987). Clinical approaches to the near-death experience. *Journal of Near-Death Studies*, 6(1), 41-52.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe **LEKCJA 3.2 Typologia problemów duchowych**

Rodzaje problemów duchowych

Typologia rodzajów problemów duchowych jest dopiero w fazie początkowej. W pewnym stopniu wszystkie proponowane dotychczas typologie się pokrywają. Mimo ludzkiego zamiłowania do porządku, natura zazwyczaj nie dzieli zjawisk na dokładne kategorie. Zdarzają się przypadki ludzi w kryzysie, które mają elementy kilku doświadczeń, opisanych w tej książce. W „Myths in Mental Illness” opisałem przypadek, który miał elementy zarówno mistycznego jak i wizjonerskiego doświadczenia. Mój własny kryzys duchowy z kolei był mieszanką kryzysu szamańskiego i doświadczenia mistycznego.

Występuje jednak wystarczająca regularność w przypadkach, by stworzyć kategorie tych doświadczeń. Nikt nie twierdzi, że te doświadczenia są „obiektywnie prawdziwe”.

W tym podręczniku, stosujemy następującą typologię:

- Doświadczenia mistyczne.
- Doświadczenia z pogranicza śmierci.
- Medytacja i praktyka duchowa.
- Doświadczenia parapsychologiczne.
- Doświadczenia wizjonerskie.
- Doświadczenia szamańskie.
- Doświadczenie spotkania z kosmitami.
- Doświadczenia opętania.

Inne typologie zostały rozwinięte przez Stanisława i Christine Grof i Spiritual Emergency Network.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe LEKCJA 3.3 Doświadczenie mistyczne

**Opis • Doświadczenie mistyczne i psychopatologia • Związane z tym problemy kliniczne
• Terapia » Przykłady przypadków • Biblioteka internetowa**

Opis

Definicje doświadczenia mistycznego, zastosowane w badaniach i publikacjach klinicznych różnią się w znacznym stopniu, zaczynając od

- „wstrząs całej osobowości”
(E. Neumann, w „The Mystic Vision”)
do definicji, zawierających
- „codzienny mistycyzm”
(B. Scharfstein, „Mystical Experience”)

W ocenie klinicznej, doświadczenie mistyczne może być widziane jako przejściowe, nadzwyczajne doświadczenie, odznaczające się:

- poczuciem jedności;
- poczuciem harmonijnego związku z boskością;
- euforią;
- poczuciem poznania (dostęp do ukrytego wymiaru duchowego);
- utratą funkcjonowania ego;
- zmiany w postrzeganiu czasu i przestrzeni;
- poczucie utraty kontroli nad wydarzeniem.

(zob. rozdz. Kilka definicji mistycyzmu)

Dla Williama Jamesa doświadczenie mistyczne było sednem religii i wierzył on, że takie doświadczenie znajdowało się u podstaw wszystkich religii świata.

Można powiedzieć, że osobiste doświadczenie religijne ma swoje korzenie i esencję w mistycznych stanach świadomości. („Doświadczenia religijne” ang. „Varieties of Religious Experience”)

Mistyczne doświadczenia i psychopatologia

Badania oceniające częstotliwość występowania doświadczeń mistycznych u wszystkich ludzi wskazują na to, że istnieje tendencja rosnąca przez ostatnie kilkadziesiąt lat. Obecnie ponad połowa ludzi odpowiedziała twierdząco na pytanie ankiety Gallupa:

Czy kiedykolwiek byłeś/aś świadom(a), lub pod wpływem, obecności lub mocy (niezależnie czy dla Ciebie to jest Bóg, czy nie) która różni się od twojego codziennego 'ja'?

1973: 27%

1986: 42%

1990: 54%

(Gallup [1], [2])

Skoro większość dorosłej populacji miała takie doświadczenia, okazują, się one raczej normalnymi zjawiskami niż patologicznymi. Ostatnie badania potwierdziły, że większość lekarzy nie uważa mistycznych doświadczeń za patologiczne [3]. W jakimś stopniu odzwierciedla to zmianę, przypisywaną częściowo Abrahamowi Masłowowi, odkrywcy psychologii humanistycznej w latach 60., a później również psychologii transpersonalnej. Opisał doświadczenie mistyczne jako aspekt codziennego funkcjonowania psychologicznego:

Jest bardzo możliwe, wręcz pewne, że te starsze stwierdzenia [mistycznych doświadczeń], opisane jako nadnaturalne objawienie, były tak naprawdę całkowicie naturalnymi, ludzkimi doświadczeniami szczytowymi, które dziś mogłyby być z łatwością zbadane. (Abraham Maslow *Religions, Values, and Peak Experiences* p. 20)

Lecz dawniej teoria zdrowego umysłu i systemów klasyfikacji diagnostycznej zazwyczaj ignorowały lub patologizowały intensywne religijne i duchowe doświadczenia. Literatura medyczna opisywała doświadczenia mistyczne jako symptomy

- regresji ego;
- psychozy „z pogranicza” (borderline);
- epizodu psychiatrycznego;
- dysfunkcji płatu skroniowego.

(zob. Lukoff D, Lu F, Turner R. "Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems")

Freud zredukował "doświadczenie oceaniczne (oceanic)" mistyków do „dziecięcej bezradności” i „regresji do początkowego narcyzmu” w „Civilization and Its Discontents”.

W przeciwieństwie do Freuda, inni teoretycy postrzegali doświadczenie mistyczne jako znak zdrowia i przedsięwzięcie prowadzące do transformacji, np. CG. Jung, (zob "Psychologia a religia) and Evelyn Underhill (see *Mysticism: The Nature and Development of Spiritual Consciousness*),

Co więcej, badania wykazały, że ludzie mający doświadczenia mistyczne mieli mniejszy wskaźnik psychopatologiczności i większy jeśli chodzi o psychologiczny dobrostan niż kontrolowanie, (zob. *The Psychology of Religion: An Empirical Approach* by Ralph W. Hood, Editor).

Wiele współczesnych grup religijnych, np. wyznawcy Maharadży, kultywuje doświadczenie mistyczne.

Tak jak w przypadku dotkliwego halucynogennego epizodu, doświadczenia mistyczne są głównym czynnikiem nawrócenia niektórych zwolenników na Misję Boskiego Światła. [3], s.281

Te wydarzenia trwały z reguły 1-3h. Takie zachowanie i stany umysłu wydają się psychiatryczne, lecz rozgrywają się w kontekście kulturowym, który promuje takie doświadczenia. Podobnie Ram Dass, kiedyś psycholog, teraz przewodnik duchowy, opisuje jednostki w stanie

„ZATRUCIA- BOSKIEGO” „GOD-INTOXICATED”, biorące (pod nadzorem mistrza) udział w programie szkoleniowym dot. doświadczeń mistycznych.

Powiązane problemy kliniczne

Istnieją przypadki, kiedy doświadczenia mistyczne są przykre i niepokojące. Badania wykazały, że 4.5% klientów terapeutów poruszyło podczas terapii problem doświadczenia mistycznego. (4).

Mistyczne doświadczenia mogą być przytłaczające dla osób, które nie mają jeszcze silnego poczucia własnego „ja”. Mogą czuć się przestraszeni i zagubieni przez nagły napływ świadomości duchowej. Roberto Assagioli, znany jako twórca psychosyntezy, opisał problem kliniczny:

Osobowość nie jest w stanie właściwie zasymilować przyływu energii i światła. Zdarza się to, na przykład;

- gdy Intelpekt nie jest rozwinięty;
- gdy emocje i wyobrażenia są niekontrolowane;
- gdy system nerwowy jest zbyt wrażliwy lub
- gdy energia duchowa jest przytłaczająca w swojej nagłości i intensywności.

(Self-realization and psychological disturbances in Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis by Stanislaw Grof and Christina Grof, p. 34-5)

Jednak istnieje kilka podobieństw między mistycznymi, a psychotycznymi doświadczeniami, opisywanymi przez ludzi.

- Uczucie bycia przeniesionym poza własne Ja" do nowej sfery.
- Uczucie jedności z boskością.
- Poczucie uniesienia i euforii.
- Podwyższone poczucie świadomości.
- Utrata granic obiektu „ja" (self - object).
- Silne poczucie poznania.
- Zniekształcenie poczucia czasu.
- Zmiany w percepcji (synestezja, tłumienie, wywyższenie).
- Halucynacje.

(Buckley, P. Mystical experience and schizophrenia)

ZAGADNIENIE 12 WYMAGANE DO QUIZU

Tematy

Uczucie jedności z boskością zdarza się:

- a) częściej w doświadczeniach mistycznych
- b) częściej w psychozie
- c) zarówno w dośw. mistycznych jak i w psychozie

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie:

Halucynacje w doświadczeniach mistycznych są częściej wizualne niż słuchowe. W obydwu przypadkach, wspólne jest uczucie widzenia światła i bycia przez nie otoczonym.

Komputerowa analiza treści porównująca opisy schizofrenii, doświadczeń z halucynogennymi narkotykami, i doświadczeń mistycznych z autobiograficznymi opisami jako kontrolowane również dostarcza wskazówek dla zróżnicowanej diagnozy:

- Tematy dot. schizofrenii podkreślają tematy chorobowe/dewiacyjne.
- Opisy halucynogenne podkreślają zmienione doświadczenia czuciowe.
- Mistyczne opisy koncentrują się na tematach religijnych/duchowych.
- Normalne kontrolowane jednostki podkreślają tematy adaptacyjne i interpersonalne.

(Oxman TE, Rosenberg SD, Schnurr PP, Tucker GJ, Gala G, *The language of altered states*)

ZAGADNIENIE 13 WYMAGANE DO QUIZU

Tematy

Oxman w „The language of altered states” odkrył, że tematy związane z chorobą są bardziej charakterystyczne dla doświadczeń mistycznych niż schizofrenicznych.

- Prawda
- Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

To sugeruje, że treść/zawartość może być użyta jako przewodnik w zróżnicowanej diagnozie. Fenomenologiczne pokrywanie się z jednym z typów problemów duchowych jest pierwszym kryterium zróżnicowanych kryteriów diagnostycznych, opisanych w Lekcji 5.

To, co może być ryzykowne to wyolbrzymione ego następujące po doświadczeniu mistycznym, kiedy to jednostka rozwija wielkie wierzenia lub nawet urojenia o ich własnym duchowym osiągnięciu i poziomie. Wielu teoretyków postrzegało to jako „ryzyko zawodowe” związane z poszukiwaniem doświadczenia duchowo odmieniającego.

Istota powołania/wezwania zawiera zapach rozdmuchania – lub, jak to określa Zen – „smród oświecenia / śmierdzące oświecenie” (z ang. stinking enlightenment).

(Gary Rosenthal in *Spiritual Choices: The Problems of Recognizing Authentic Paths to Inner Transformation*)

Jung także uważał wyolbrzymienie jako ryzyko praktyk duchowych:

Mówimy o stanie poszerzenia osobowości poza granice indywidualne, innymi słowy bycie „nadętym”... Wyolbrzymienie nie ma nic wspólnego z rodzajem wiedzy, ale jakakolwiek nowa wiedza może tak owładnąć słaby umysł, że nic więcej poza tym nie widzi i nie słyszy. Jest jak zahipnotyzowany i wierzy, że rozwiązał zagadkę wszechświata.
Portable Jung

Sam doświadczyłem czegoś takiego w trakcie kryzysu duchowego, kiedy wierzyłem, że jestem nowym wcieleniem Buddy i Chrystusa, (zob. historię mojego przypadku)

Leczenie

Tak jak przy innych rodzajach kryzysu duchowego, jednostki w trakcie intensywnego mistycznego doświadczenia były leczone, podczas gdy można było użyć mniej rygorystycznych metod. Według niektórych, mistyczne doświadczenie jest przeciwwskazaniem do brania leków:

Fenomenologiczne pokrywanie się niektórych aspektów mistycznego doświadczenia i schizofrenii (...) sugeruje, że występowanie podobnego zjawiska u schizofreników może wskazywać pacjentów, którzy nie powinni otrzymywać leków. (Mystical experience and schizophrenia p. 430).

Najtrudniejszym elementem opieki klinicznej jest rozpoznanie i zdiagnozowanie przypadków, zawierających mistyczne epizody. Terapia pomagająca osobie w zintegrowaniu doświadczenia mistycznego powinna następować wg wskazówek opisanych w Lekcji 6.

Przykłady przypadków

Kanadyjski psychiatra Richard Burke.

Jego osobiste doświadczenie mistyczne zawarte jest w jego książce z dziedziny psychologii religii, *Cosmic Consciousness*.

Myths in Mental Illness by David Lukoff, PhD

Przypadek Howarda, hospitalizowany podczas Mentalnej Odysei (Mental Odyssey)

Biblioteka internetowa religii i duchowości

Biblioteka internetowa religii i duchowości zawiera artykuły na temat doświadczeń mistycznych i odsyła do tekstów źródłowych na temat mistycyzmu.

Źródła:

Gallup, G., (1987) *The Gallup poll: Public Opinion 1986.*, Wilmington, DE: Scholarly Resources.

Gallup 1990 This survey data was obtained directly from the Gallup Organization. Source Document: Gallup Poll-A.I.P.O. JUN 1990.

Buckley, P. and Galanter, M. (1979). Mystical experience, spiritual knowledge, and a contemporary ecstatic religion. *British journal of Medical Psychology*, 52, 281-289,

Lannert, J. (1991). "Resistance and counter-transference issues with spiritual and religious clients." *Journal of Humanistic Psychology* 31(4): 68-76.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe **Lekcja 3.4 Doświadczenie śmierci (NDE)**

Opis • NDE a psychopatologia • Powiązane problemy kliniczne
• Leczenie • Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis

Doświadczenie śmierci (NDE) jest subiektywnym wydarzeniem doświadczanym przez osoby, które otarły się o śmierć, u których stwierdzono zgon i nagły powrót do życia, lub które przeżyły potencjalnie śmiertelną sytuację i udało im się ująć bez szkód. Dr Raymond Moody w 1975 jako pierwszy zwrócił powszechną uwagę ludzi na doświadczenia śmierci, w swojej książce *Life After Life* (Życie po życiu). Od tego czasu doświadczenia śmierci stały się przedmiotem znacznych badań naukowych.

NDE jest psychologicznym zjawiskiem, które można jasno zidentyfikować następującymi cechami:

Charakterystyczna sekwencja etapów w czasie:

- spokój i zadowolenie;
- oddzielenie od fizycznego ciała;
- wejście w przejściowy rejon ciemności;
- widzenie olśniewającego światła;
- przejście przez światło do innego wymiaru egzystencji.

Grupa subiektywnych czynników:

- silny pozytywny afekt;
- oddzielenie od fizycznego ciała;
- elementy transcendentne lub mistyczne.

Osoba zwykle czuje bezwarunkową akceptację i wybaczenie przez źródło miłości. Zjawisko przeglądu życia jest również częste i osoba powraca z poczuciem misji lub z „wizją”, wierząc, że w tym życiu jest nadal wiele do zrobienia.

Nowoczesna technologia medyczna powoduje, że wiele osób doświadcza NDE. Doświadczenie śmierci zgłaszane jest przez ok. 35% osób, które otarły się o śmierć. Gallup Polls szacuje, że ok. 5% dorosłej populacji amerykańskiej, czyli ok. 13 milionów dorosłych Amerykanów, doświadczyło NED, przynajmniej w kilku aspektach opisanych powyżej, co czyni to wszechobecne zjawisko klinicznie znaczące. (Zobacz The International Association for Near-Death Studies).

NDE a psychopatologia

W propozycji nowej kategorii diagnostycznej przedstawionej grupie roboczej DSM-IV, Problemy Religijne lub Duchowe, NDE zostało użyte jako przykład problemu duchowego wymagającego klinicznej uwagi, ale nie będącego zaburzeniem psychicznym. Niepatologiczna natura NDE jest udokumentowana przez rosnącą literaturę dotyczącą jego następstw, szczególnie pozytywnej postawy i zmiany wartości, przemiany osobowości, oraz duchowego rozwoju.

Typowa osoba, która miała doświadczenie śmierci wychodzi z tego z podwyższonym poczuciem docenienia życia, zdeterminowana, aby przeżyć swoje życie w pełni. Ma poczucie powtórnego narodzenia się i odnowione poczucie celu swojego życia. Jest bardziej refleksyjna i chętna do zgłębienia tego wewnętrznego doświadczenia. Czuje, że jest silniejsza, bardziej pewna siebie i bardziej elastyczna w dostosowywaniu się do wymogów życia. Osoba taka ceni i kocha pomaganie innym, a materialne wygody nie są już tak ważne. Staje się bardziej współczująca dla innych i łatwiej akceptuje ich bezwarunkowo. Zdobywa poczucie tego, co jest ważne w życiu i stara się według tego żyć. (Kenneth Ring, *Heading Toward Omega: In Search of the Meaning of the Near-Death Experience*, str. 157-8).

Dr Kenneth Ring przeprowadził badania dotyczące NDE, na podstawie których niniejsze podsumowanie się opiera. Wg badań, zmiany te następują w ciągu 5 lat i stają się stabilne z czasem. (Zobacz „After-effects of Near-death States” na temat rozległego badania dokumentującego psychologiczne i fizjologiczne zmiany).

Dr Charles Tart przyjmuje, że doświadczenie istnienia w formie, która wydaje się częściowo lub całkowicie niezależna od ciała (jak to zdarza się w NDE i innych zmienionych stanach świadomości) stanowi najbardziej bezpośrednią wiedzę na temat przeżycia jaką człowiek może mieć. Podczas gdy temat ten nie jest częścią tego kursu, NDE przedstawia poważne wyzwanie dla badań nad świadomością i ujawnia sprawy wielkiej ważności z punktu widzenia życia jednostki, jak również całej ludzkości.

Powiązane problemy kliniczne

Niezależnie od ogólnie pozytywnych efektów, znaczące trudności wewnątrz psychiki oraz w relacjach z ludźmi często pojawiają się po przebudzeniu się z NDE.

Do problemów wewnątrzpsychicznych związanych z NDE należą:

- Złość lub depresja dotyczące utraty stanu doświadczenia śmierci.
- Trudność w pogodzeniu NDE z dotychczasowymi wierzeniami religijnymi, wartościami i stylem życia.
- Nadmierne identyfikowanie się z doświadczeniem.
- Lęk o to, że NDE może być oznaką psychicznej niestabilności.

Do problemów w związkach z ludźmi związanych z NDE należą:

- Trudność w pogodzeniu zmian zachowania z oczekiwaniami rodziny i przyjaciół.
- Poczucie odizolowania od tych, którzy nie mieli takiego doświadczenia.
- Strach przed wyśmianiem i odrzuceniem przez innych.
- Trudność w przekazaniu znaczenia i wpływu NDE.
- Trudność w utrzymaniu ról życiowych sprzed doświadczenia, które nie mają już takiego samego znaczenia.
- Trudność w pogodzeniu pełnych ograniczeń relacji ludzkich z bezwarunkową relacją doświadczoną podczas NDE.

(Greyson B, The near-death experience as a focus of clinical attention)

Niektóre NDE mogą być mocno destabilizujące i spełniają kryteria DSM-IV Zaburzenia przystosowania. (Greyson B, Bush NE, Distressing near-death experience).

Bezpośrednio po doświadczeniu śmierci, wiele osób zmagają się ze strachem z powodu niestabilności psychicznej oraz lękiem przed odrzuceniem i wyśmianiem przez rodzinę i przyjaciół. Jedna osoba powiedziała, „Żyłam z tym [NDE] przez trzy lata nikomu o tym nie mówiąc, gdyż nie chciałam, aby założono mi kaftan bezpieczeństwa”. Inna osoba odkryła, że „Po tym co się stało [NDE] próbowałam o tym powiedzieć innym, ale oni automatycznie określili mnie jako szaleńca” (Raymond Moody *Life After Life: The Investigation of a Phenomenon – Survival of Bodily Death*, str. 86). Wiele osób nie rozmawia o NDE z przyjaciółmi czy profesjonalistami, gdyż boją się odrzucenia, wyśmiania lub ocenienia jako psychotyczni czy histeryczni.

Na dodatek, osoby, które opowiedziały o swoim doświadczeniu profesjonalistom, często uzyskały negatywną reakcję. Raymond Moody przytacza następujące przykłady: pewna kobieta powiedziała „Próbowałam powiedzieć o tym swemu duchownemu, ale on stwierdził, że doznałam halucynacji, więc przestałam” (str. 86). Pacjent na chirurgii opisał, „Próbowałam powiedzieć pielęgniarkom o tym co się stało, kiedy się przebudziłam ale one powiedziały, abym o tym nie mówił, gdyż to mi się tylko wydawało” (str. 87). *Life After Life: The Investigation of a Phenomenon – Survival of Bodily Death*.

Długi czas przystosowania się do doświadczenia śmierci może również powodować problem. Greyson [1] opisuje taki przypadek:

24-letni student geologii przeżył doświadczenie śmierci, kiedy prawie utonął w wieku 17 lat. W ciągu następnych 7 lat, doświadczał niezwykłych psychologicznych zjawisk, z powodu których zaczął szukać leczenia. Podczas NDE życie z dzieciństwa przewinęło mu się przed oczami włącznie ze scenami, których nie rozpoznawał. Po tym, jak niektóre z tych scen zaistniały naprawdę dokładnie tak, jak zobaczył to w widzeniu, zaczął się obawiać, że niektóre z bolesnych scen, które jeszcze się nie stały, będą musiały w końcu się stać, tak jak mu to przeznaczone. Zgłosił się na terapię z powodu lęku związanego z owymi pozornie nieuchronnymi zdarzeniami, oraz desperacji wynikającej z poczucia utraty kontroli nad swym losem.

W tym przypadku, psychologiczny konflikt klienta nie został przypisany zaburzeniu psychicznemu, gdyż była to długoterminowa manifestacja psychologicznego wzburzenia związanego z uprzednim NDE. Sprawa znaczenia jasnowidztwa klienta (widzenia przyszłości) wzbudziła w nim wątpliwości co do wartości jakie wyznawał („utrata kontroli nad swym losem”), stąd diagnoza kwalifikująca jako Problem Religijny lub Duchowy.

Leczenie

Doświadczenia duchowe jakie mają miejsce podczas NDE są często głównym tematem terapii. Jednak wcześniej posiadane wierzenia religijne nie mają wpływu prawdopodobieństwo lub głębokość doświadczenia śmierci. Zarówno ateista jak i pobożna i religijna osoba mają taką samą szansę na NDE, które wpłynęły przemieniająco na ich życie.

Na szczęście, wiele opublikowanych artykułów naukowych oraz bezpośrednie świadectwa osób, przyczyniły się do wzrostu wrażliwości na te doświadczenia. NDE rozpoznane jest jako dość powszechne zjawisko na dzisiejszych oddziałach intensywnej terapii, jak również potrzeba rozróżnienia NDE od psychozy mającej miejsce na intensywnej terapii (jako efekt uboczny agresywnego leczenia). Przy tej większej świadomości, oddziały intensywnej terapii rzadziej będą „leczyć” NDE lekami antypsychotycznymi. Dr Bruce Greyson spodziewa się, że ten problem kliniczny zostanie potraktowany w przyszłości z większą uwagą:

Uwzględnienie nowej kategorii w DSM-IV umożliwia rozróżnienie NDE i podobnych doświadczeń od zaburzeń psychicznych i może zachęcić badania nad bardziej efektywnymi strategiami leczenia. (The near-death experience as a focus of clinical attention, str. 327). Terapeuci pracujący z osobami, które przeszły przez NDE, mogą skorzystać z interwencji opisanych w Lekcji 6.

Przykłady przypadków

Strona towarzystwa International Association for Near-Death Studies zawiera wiele przykładów przypadków NDE, włączając w to przypadek zatytułowany My Spiritual Enlightenment (Moje duchowe oświecenie).

Biblioteka stron internetowych religii i duchowości

Biblioteka stron internetowych religii i duchowości zawiera podsumowania naukowych odkryć dotyczących następstw NDE, przekonań religijnych na temat śmierci i życia po śmierci, oraz interpretacji NDE przez różne grupy religijne. Zawiera również sprawozdania osobiste i organizacje NDE.

Źródła:

1 Greyson, B. and Harris, B. (1987). Clinical approaches to the near-death experience, *Journal of Near-Death Studies*, 6(1), 41-52.

ZAGADNIENIE 14 WYMAGANE DO QUIZU

Technologia medyczna

Który z rodzajów problemów duchowych zdarza się częściej z powodu zaawansowanej technologii medycznej.

- a) porwanie przez UFO, b) kundalini, c) NDE, d) doświadczenia parapsychiczne

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie:

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 3.5 Medytacja i praktyki duchowe

**Opis • NDE a psychopatologia • Powiązane problemy kliniczne
• Leczenie • Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych**

Opis

Problemy związane z praktykami duchowymi

W DSM-IV problemy duchowe zdefiniowane są jako niepokojące doświadczenia wynikające z relacji jaką osoba ma z istotą lub siłą transcendentną, ale niekoniecznie mające związek ze zorganizowanym kościołem lub instytucją religijną. Niekiedy doświadczenia takie mogą być rezultatem intensywnego zaangażowania w duchową praktykę, jaką jest joga. Propozycja tej nowej kategorii diagnostycznej wypłynęła od klinicystów transpersonalnych, których uwaga zwrócona była początkowo na kryzys wyzwolony przez medytację i inne praktyki duchowe.

Związek między praktykami duchowymi a problemami psychologicznymi zauważył po raz pierwszy Assagioli [1], który opisał zjawisko stawania się wyższościowym i wielkościowym przez osoby przechodzące przez intensywne duchowe doświadczenia:

Przypadki takiego zamętu nie są takie rzadkie wśród ludzi, którzy doznali olśnienia przez kontakt z prawdami zbyt wielkimi lub energiami zbyt potężnymi, aby ich psychiczne możliwości mogły to ogarnąć, a ich osobowości zasymilować. (str. 36)

Wzrost zainteresowania na początku lat 60tych azjatyckimi praktykami duchowymi, takimi jak medytacja, joga, tai chi, oraz eksperymentowanie z substancjami psychodelicznymi doprowadziło do wzrostu osób doświadczających duchowych problemów i kryzysów z tym powiązanych.

Kiedy nowicjusze nie mający odpowiedniej wiedzy lub przewodnictwa zaczynają naiwnie i beztrąsko angażować się w doświadczenia mistyczne, igrają z ogniem. Niebezpieczeństwo istnieje na fizycznym i psychologicznym poziomie, a także na poziomie rozwoju duchowego. Podczas gdy duchowi mistrzowie od tysięcy lat ostrzegają swych uczniów przed niebezpieczeństwem bawienia się z doświadczeniami mistycznymi, dzisiejsza duchowa scena jest jak sklep z cukierkami, gdzie każdy zwyczajny duchowy "turysta" może popróbować "dobroci", które mają zapewnić różnorodne uniesienia mistyczne. (*Halfway Up the Mountain: The Error of Premature Claims to Enlightenment*, Mariana Caplan).

Dr Stuart Sovatsky, dyrektor Kliniki Kundalini, zauważył, że prawdziwym doświadczeniom duchowym mogą towarzyszyć trudności: "Niektóre problemy powstają jako rezultat najbardziej obiecujących duchowych doświadczeń, co jest dobrze udokumentowane w różnych religiach i musi to być również uwzględnione." (*Word from the Soul: Time, East/West Spirituality, and Psychotherapeutic Narrative*).

Stanislav i Christina Grof wprowadzili zwrot "kryzys duchowy" i w 1980 założyli Spiritual Emergency Network (SEN - Sieć Kryzysu Duchowego), w celu zidentyfikowania osób doświadczających psychologicznych trudności związanych z duchowymi praktykami i spontanicznymi doświadczeniami duchowymi. SEN kieruje również osoby z takimi problemami do odpowiednich terapeutów.

Istnieją spontaniczne ponad-przeciętne stany, które na zachodzie postrzegane i traktowane są jako psychozy i leczone głównie przy pomocy leków tłumiących. Jednak jeśli przyjrzymy się wynikom badań nad stanami ponad-przeciętymi, a także innym tradycjom duchowym, zobaczymy, iż powinno to zostać potraktowane jako kryzys transformacji lub kryzys duchowego otwarcia. Powinno to być wspierane, a nie tłumione. Jeśli doświadczenia te zostaną prawidłowo zrozumiane i wspierane, stają się one drogą do uzdrowienia i transformacji. (Wywiad ze Stanislavem Grofem)

Problemy związane z medytacją

Praktykowanie intensywnej medytacji może spowodować spędzanie wielu godzin dziennie w medytacji, niekiedy przez tygodnie lub miesiące. Tradycje azjatyckie rozpoznają wiele pułapek, jakie mogą się pojawić przy praktykowaniu intensywnej medytacji, jak zmieniona percepcja, która może być przerażająca, a także "fałszywe oświecenia" i towarzyszące im zachwycające lub straszne wizje. Epstein (1990)[2] opisuje "specyficzne zaburzenie psychiczne, które Tybetańczycy nazywają 'sokrlung: zaburzenie 'życiodajnego wiatru, który wspiera umysł', mogące pojawić się w konsekwencji ... zbyt wielkiego i obsesyjnego wysiłku mającego na celu osiągnięcie przepływu świadomości z chwili na chwilę. (str. 27).

Kiedy azjatyckie praktyki medytacyjne zostają przeszczepione na grunt Zachodu, podobny problem może się pojawić. Zaburzenia lękowe, dysocjacja, depersonalizacja, zmienione postrzeganie, pobudzenie, a także napięcie mięśniowe to objawy, jakie zauważono u osób praktykujących medytację na Zachodzie (Walsh R, Roche L. Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. - Występowanie ostrych epizodów psychotycznych w intensywnej medytacji u osób z historią schizofrenii). Jednak Walsh i Roche zauważają, że "takie zmiany niekoniecznie muszą być patologiczne i częściowo mogą odzwierciedlać zwiększoną wrażliwość" (str. 1086). DSM-IV podkreśla potrzebę rozróżnienia między psychopatologią a doświadczeniami wynikającymi z medytacji.

Dobrowolne indukowanie doświadczeń depersonalizacji lub derealizacji są częścią praktyk medytacji i transu, które obecne są w wielu religiach i kulturach i nie powinno być mylone z zaburzeniem depersonalizacji. (str. 488)

ZAGADNIENIE 15 WYMAGANE DO QUIZU

Medytacja

Intensywne praktyki medytacyjne mogą prowadzić do:

- a) uczucia depersonalizacji, b) zaburzeń lękowych, c) dezorientacji, d) wszystkie powyższe

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie:

Yoga i kundalini

W tradycji hinduskiej uważa się, że kundalini jest energią duchową znajdującą się u podstawy kręgosłupa. Kiedy zostaje przebudzona przez praktyki takie jak yoga, zaczyna się wznosić w górę kręgosłupa jak wąż, od kości ogonowej do szczytu głowy i otwiera po drodze psychiczne centra czakr. Kiedy czakra zostaje otwarta, pojawiają się nowe poziomy świadomości. Ponieważ świadomość u większości ludzi jest dość ograniczona, otworzeniu czakr towarzyszy poszerzenie świadomości i oczyszczenie z ograniczeń i nieczystości

korespondujących z każdą czakrą. (Brant Cortright, PhD, Psychotherapy and Spirit, str. 161 - Psychoterapia i duch).

Kiedy kundalini podnosi się, towarzyszą temu różne symptomy:

- wrażenie gorąca;
- drżenie;
- niekontrolowany śmiech lub płacz;
- mówienie językami;
- nudności, biegunka lub zatwardzenie;
- sztywność lub utykanie;
- zwierzęce odgłosy lub ruchy.

Rozbudzenie kundalini zdarza się najczęściej jako niezamierzony efekt uboczny yogi, medytacji, chi kung, czy innych intensywnych praktyk duchowych. Niektórzy teoretycy biorą pod uwagę innego rodzaju aktywacje, jak psychoterapia, poród, nieodwzajemniona miłość, celibat, głęboki żal, wysoka gorączka, a także odurzenie narkotykami. Niektórzy uważają, że przebudzenie kundalini może zdarzyć się spontanicznie bez wyraźnego powodu.

Dr Bonnie Greenwell jest terapeutką transpersonalną, która koncentruje się na problemach przebudzenia kundalini. Zgadzam się z jej poglądem, że termin kundalini jest najbardziej stosowny do problemów szczególnie związanych z praktykami duchowymi. Podczas gdy dr Greenwell badała przypadki, w których występowały symptomy takie, jak drżenia w nocy, co może pojawić się jako przebudzenie kundalini, powiedziała,

Jeśli osoba przedstawiła mi opis doświadczenia przebudzenia, lub jeśli regularnie ćwiczyła medytację, yogę, czy sztuki walki, czy też doznała silnych stanów medytacyjnych, w których wyszła poza koncentrację i przeszła do bezruchu lub poczucia jedności, wtedy jak najbardziej rozważyłabym wystąpienie kundalini. (Kundalini Quest)

Towarzyszące problemy kliniczne

Derealizacja i depersonalizacja mogą pojawić się przy intensywnej medytacji. Najczęściej symptomy te zanikają, jeśli praktyka zostanie przerwana, jak stało się to w przykładzie podanym poniżej, w sekcji Leczenie. Medytacja może wyzwolić epizody psychotyczne u pacjentów ze schizofrenią mających aktywne psychotyczne symptomy.

Walsh R, Roche L. Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1979 Aug;136(8):1085-6

Z drugiej strony, autor tego kursu rozwinął wielomodalny holistyczny program leczenia w stanowym szpitalu psychiatrycznym dla pacjentów ze schizofrenią, w który włączona jest medytacja i nie spowodowało to żadnych niekorzystnych efektów. Stosował również medytację z pacjentami w szpitalu wojskowym w San Francisco.

Lukoff D, Wallace CJ, Liberman RP, Burke K. A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophr Bull*. 1986;12(2):274-82.

Przebudzenie kundalini może przypominać wiele zaburzeń, zarówno medycznych jak i psychiatrycznych. Symptomy mogą wyglądać jak zaburzenia dysocjacyjne, epilepsja, problemy z kręgosłupem lędźwiowym, stwardnienie rozsiane, atak serca lub zapalenie narządów miednicy mniejszej. Emocjonalna reakcja na przebudzenie kundalini może być mylna z zaburzeniami związanymi z lękami, depresją, agresją oraz syndromami

organicznymi. Dr Bonnie Greenwell przeprowadziła badania do pracy doktorskiej na osobach, które doświadczyły przebudzenia kundalini. W swej książce *Energies of Transformation: A Guide to the Kundalini Process* (Energie transformacji: podręcznik procesu kundalini) podsumowała zjawiska kliniczne, jakie zaobserwowała. Opisała kilka cech przebudzenia kundalini, których doświadczyły osoby uczestniczące w jej badaniach:

Ruch prany lub krija

Prana jest hinduskim słowem określającym energię życiową. Kiedy intensywna energia wędruje przez ciało i oczyszcza fizjologiczne blokady, niektóre osoby doświadczają wtedy intensywnych, szarpających ruchów ciała, włączając w to drżenia, wibracje, spazmy i skurcze.

Zjawiska yogiczne

Niektóre osoby są w stanie wykonać pozy yogi czy układy rąk w mudrach, których wcześniej się nie uczyli lub nie byli w stanie wykonać w normalnym stanie świadomości. Może się pojawić niezwykle oddychanie, szybkie, powolne lub płytkie oddechy.

Objawy fizjologiczne

Przebudzenie kundalini często powoduje niezwykle fizjologiczne objawy, które wyglądają jak problemy z sercem, kręgosłupem, przewodem pokarmowym lub neurologiczne. Wewnętrzne wrażenie palenia, przewrażliwienie na bodźce, nadaktywność lub letarg, duża różnorodność w zakresie seksualnego pożądania, a nawet spontaniczny orgazm.

Wstrząs psychologiczny

Huśtawka emocjonalna może przejawiać się od uczuć lęku, winy i depresji (z napadami płaczu), do współczucia, miłości i radości.

Doświadczenia pozazmysłowe

Niektóre osoby doświadczają wizji światła, symboli, duchowych bytów. Doznania słuchowe dotyczą słyszenia głosów, muzyki, wewnętrznych dźwięków lub mantr. Może dojść do zakłóceń w odczuwaniu ciała wewnętrznego, włączając w to utratę poczucia Ja jako ciała, lub doświadczenia poza ciałem.

Zjawiska parapsychiczne

Osoba może doświadczyć prekognicji, telepatii, psychokinezy, widzenia aury czy zdolności uzdrawiania.

Mistyczne stany świadomości

Osoba może wejść w odmienne stany świadomości, w których bezpośrednio odczuwa jedność będącą u podstawy podzielonego świata, a także doświadcza głębokiego spokoju i pogody ducha. (dodatkowe szczegóły: dr Karin Hannigan).

Nagłe pojawienie się takich doświadczeń doprowadziło wiele osób, w badaniach Greenwell, do zakłopotania i dezorientacji. Przebudzenie kundalini jest prawdopodobnie najbardziej powszechnym typem kryzysu duchowego. Newsletter Sieci Kryzysu Duchowego donosi, że 24% telefonów interwencji kryzysowej dotyczy doświadczeń przebudzenia kundalini. [3] DSM-IV, dodatek I: Syndromy Związane z Kulturą, zalicza się tu "psychotyczne reakcje chi-kung", które podobne są do przebudzenia kundalini (qi-gong lub chi-kung to starożytna chińska praktyka medytacji w ruchu)

W przeciwieństwie do osób cierpiących na psychozę, osoby doświadczające kundalini, zwykle są bardziej obiektywne w stosunku do swojego stanu, komunikują się i współpracują sprawnie, oraz wykazują zainteresowanie dzielenia się swymi przeżyciami z ludźmi o otwartych umysłach, jak również rzadko uzewnętrzniają swe konflikty, odgrywając je w zachowaniu. (Stanislav and Christina Grof, *Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis* - Kryzys duchowy: Kiedy transformacja osobista staje się kryzysem).

Dr Lee Sanella, Kundalini: Psychosis or Transcendence (Copyright © 1976) - książka do bezpłatnego pobrania z internetu (Kundalini: psychoza czy transcendencja)

Leczenie

Leczenie obejmuje zaniechanie praktyki duchowej, przynajmniej na jakiś czas, i zajęcie się alternatywnymi technikami mającymi na celu ugruntowanie się. Kornfield (1993), psycholog i doświadczony nauczyciel medytacji w następujący sposób opisuje przypadek duchowego kryzysu, który miał miejsce w trakcie prowadzonej przez niego medytacji:

Adept karate, który wykazywał się nadmiernym zaangażowaniem w ćwiczenia postanowił medytować przez dzień i noc bez przerwy. Kiedy wstał z medytacji, napełniony był ogromną ilością energii. Wszedł do sali jadalnej, w której siedziało 100 uczestników warsztatu i z potrojną szybkością zaczął wykonywać ćwiczenia karate.

Po czym zaczął krzyczeć : „Kiedy patrzę na was, za każdym z was widzę grupę ciał symbolizujących wasze przeszłe wcielenia.” Jako doświadczony nauczyciel medytacji, Kornfield rozpoznał, że zachowanie adepta było związane z praktyką medytacyjną niż było atakiem maniackim (kryteria, że mógł to być atak maniacki były jak najbardziej spełnione poza czasem trwania samego ataku). Grupa medytacyjna poradziła sobie z zaistniałą sytuacją zakazując mu praktyki medytacyjnej przez jakiś czas. Miał on również biegać 10 mil rano i wieczorem. Zastosowano dietę, która zawierała czerwone mięso, które ma efekt ugruntowujący. Zalecono mu również częste branie kąpieli i prysznicu oraz prace w ogrodzie. Po trzech dniach, mógł znowu spać i zezwolono mu na medytowanie, ale w spokojnym tempie i z ostrożnością.

(przytoczone z *A Path With Heart: A guide Through the Perils and Promises of Spirituals Life* by Jack Kornfield pp. 131-132, (*Ścieżka serca: Przewodnik po niebezpieczeństwach i obietnicach życia duchowego*, Jack Kornfield strony 131-132)

Pomimo tego, że w niektórych przypadkach kryzys psychologiczny przypomina dokładnie epizod psychotyczny, podanie leków może skomplikować cały proces leczenia, (patrz leczenie farmakologiczne). Dr Greenwell sugeruje, że studiowanie kultury Wschodu i opisów energii kundalini przyniosłoby efekt terapeutyczny. Jej inne zalecenia są podobne do wskazówek dotyczących występowania innych duchowych procesów, (patrz Lekcja 6.1, Kryzysy duchowe).

Poszukaj sposobów na rozładowanie twojej energii przez bieganie, fizyczne ćwiczenia, prace w ogrodzie lub zajęcie się pracami w drewnie lub glinie. Doradzałabym wykonywanie jakiejś medytacyjnej praktyki i pozwolenie na to, by proces ten sam się rozwijał i uczył cię... Najlepszym wsparciem jest prowadzenie zbalansowanego trybu życia oraz zobowiązanie się, by żyć w zgodzie z wizją, które ono przynosi czyli jeśli pojawi się otwarcie serca lub doświadczenie wizji, zamiast kurczowo się jej trzymać, należałoby zapytać się samego siebie jak to może się objawić w twoim życiu. Pomyśl o tym, jak o wzmacniaczu, który jest podłączony do twojego systemu. Dlatego też, dbanie o siebie, bycie w kontakcie z naturą i regularne ćwiczenia mogą okazać się bardzo pomocne. Być może niezbędne będą zmiana

wzorców reagowania na ten nowy przepływ energii i zaangażowanie się w życie duchowe. (Nighttime Shakes).

Sugerowane jest również zaangażowanie się w czynności związane ze sztuką, muzyką, lub pisanie w celu uwolnienia tej energii. Ponieważ ten rodzaj kryzysu zależy od sposobu medytacji, dobrze byłoby praktykować z nauczycielem, który ma przeszkolenie w zakresie zdrowia psychicznego. Dr Greenwell podkreśla, że uczenie się podstawowych jogicznych sposobów oddychania pod okiem dobrego nauczyciela jogi może pomóc w radzeniu sobie z tą energią.

ZAGADNIENIE 16 WYMAGANE DO QUIZU

Leczenie

Osobie doświadczającej symptomów spowodowanych praktyką duchową zaleca się kontynuowanie praktyki aż do ustąpienia symptomów.

Prawda

Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

Przykłady przypadków

- Przebudzenie kundalini - Osobiste sprawozdanie, Ruth Timbie
- Nadgorliwy medytujący, Jack Kornfield

Internetowa biblioteka w tematyce religii i duchowości

Biblioteka zawiera artykuły na temat medytacji i kundalini oraz podaje adresy innych źródeł internetowych.

Medytacja w praktyce klinicznej - Kurs e-learningowy, który pełniej opisuje efekty medytacji i jej zastosowanie w praktyce klinicznej

Przypisy

- R. Assagioli (1989), Self-Realisation and Psychological Disturbances (Samo-realizacja i problemy psychologiczne), In S.Grof & C. Grof (eds.), Spiritual Emergency: When personal transformation becomes a crisis, Los Angeles: Tarcher (Kryzys Duchowy: Kiedy osobista przemiana staje się kryzysem)
- Epstein, S. (1979) Natural Healing Processes of the Mind: I. ACUTE SCHIZOPHRENIC DISORGANISATION. Schizophrenia Bulletin, 5(2), 313-321. (Naturalne procesy uzdrowienia umysłu)
- Lukoff, D. The SEN Hotline: Results from a telephone survey. SEN Newsletter, March 1988 (Wyniki badania rozmów telefonicznych)

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 3.6 Doświadczenia Parapsychiczne

- Opis • Parapsychiczne Doświadczenia a Psychopatologia
- Powiązane problemy kliniczne • Leczenie • Przykłady przypadków
- Biblioteka stron internetowych

Opis

Parapsychiczne doświadczenia są ekstrasensorycznymi zjawiskami, takimi jak:

- jasnowidzenie (widzenie przeszłości, przyszłości, lub oddalonych wydarzeń);
- telepatia (komunikacja bez widocznych fizycznych oznak);
- zjawisko złośliwego ducha (fizyczne zakłócenia w domu bez widocznej fizycznej przyczyny);
- przepowiadanie (wizje i sny które dostarczają przednio nieznaną informację);
- synchroniczne wydarzenia (znaczące koincydencje dwóch wydających się nie mieć związku (w sensie przyczynowo-skutkowym) wydarzeń).

Parapsychiczne doświadczenia pojawiają się w innych formach duchowych kryzysów, jak kryzys szamański, kundalini, mistyczne doświadczenia, ale w kategorii parapsychicznych doświadczeń duchowego kryzysu, wydarzenia parapsychiczne są centralnym zjawiskiem doświadczenia osoby.

Parapsychiczne doświadczenia są również związane z wieloma duchowymi ścieżkami i odmiennymi stanami świadomości. W jodze i Buddyzmie mówi się o nich jako o siddhis. Sutry Patanjali i Buddyjskiego Abhidhammy zawierają konkretne praktyki, które mają prowadzić do rozwoju zdolności parapsychicznych, ale praktycy są uczeni, że są one czymś, co odciąga od prawdziwej ścieżki duchowego rozwoju.

Podczas gdy naukowy status doświadczeń parapsychicznych jest przedmiotem dużej debaty, nie ma wątpliwości, że większość ludzi ma takie doświadczenia. Gallup pokazuje, że większość populacji ma ekstrasensoryczne doświadczenia i procent ten wzrasta (od 58% w 1973 do 67% 1986). Niestety zarówno poszukiwanie sensacji (w tabloidach) i komercjalizm (podlegające opłacie parapsychiczne/wróżbiarskie linie telefoniczne) są kojarzone z tym tematem, ale również percepcja ekstrasensoryczna była przedmiotem naukowych badań od 100 lat i kontynuuje się je do dzisiaj (patrz Rhine Center, aby znaleźć dane o badaniach naukowych).

Parapsychiczne Doświadczenia a Psychopatologia

Niektóre typy parapsychicznych doświadczeń są uważane za umiejętności, jak Medycyna Intuicyjna: umiejętność postrzegania subtelnej energii wokół ludzi. Ta zdolność parapsychiczna jest nauczana na warsztatach przez terapeutów takich jak Caroline Myss, PhD, która jest lekarzem intuicyjnym.

Jerome Frank, PhD, twórca Profesury Psychiatrii w John Hopkins, uważany za jednego z najbardziej wpływowych teoretyków psychoterapii, wierzy również, że parapsychiczne

zdolności odgrywają rolę w psychoterapii:

Mój własny wgląd jest taki, że najbardziej utalentowani terapeuci mogą mieć telepatyczne, jasnowidzące lub inne parapsychiczne zdolności. Mogą w dodatku posiadać coś..., co może być nazwane tylko jako „uzdrawiająca moc”.

Każdy badacz, który próbowałby studiować takie zjawiska, ryzykuje swoją reputację jako wiarygodny naukowiec. Nagroda jednakże, może być wielka (*Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy - Perswazja a Uzdrawianie: Porównawcze Studium Psychoterapii*).

Jednakże, o parapsychicznych doświadczeniach donoszą również ludzie z doświadczeniami psychotycznymi i dysocjacyjnymi. Tak więc kluczową kwestią jest diagnoza rozróżniająca. Terapeuta potrzebuje wiedzieć o różnych sposobach, w jakie parapsychiczne zjawiska mogą się zmanifestować i jak ludzie mogą sobie z nimi poradzić.

Aby zapoznać się z całą paletą parapsychicznych doświadczeń, odwiedź historie archiwalne na About.com, gdzie znajdziesz mnóstwo historii z pierwszej ręki o 'normalnych' ludziach doświadczeniami parapsychicznymi takimi jak telepatia i jasnowidzenie.

Powiązane Problemy Kliniczne

Pomieszanie i lęk, że „wariuję” są zwykłą reakcją na spontaniczne parapsychiczne doświadczenia. W *Psychics' Fear of Psychic Powers*, Charles T. Tart, PhD opisał jak ludzie mogą stać się pełni lęku w rezultacie rozbudzenia ich intuicyjnych zdolności. Ludzie mówią również o uczuciu izolacji, ponieważ boją się mówić o swoich doświadczeniach przyjaciołom i rodzinie.

Leczenie

Wielu ludzi, którzy mieli parapsychiczne doświadczenia są w stanie zintegrować je bez profesjonalnej pomocy. Niektórzy szukają terapeuty, który by im pomógł w zrozumieniu tych wydarzeń i poradzeniu sobie z ich reakcjami na nie. Arthur Hastings, PhD sugeruje:

Punktem skupienia tego rodzaju doradztwa, z uwagi na cele terapeutyczne, powinno być raczej asystowanie osobie w doświadczeniu równowagi, integracji i oceny związanej pojawiającym się lub trwającym parapsychicznym doświadczeniem, niż szukanie tylko jego przyczyny (str.143).

Opisuje 7 kroków w pracy z taką osobą:

1. Poproś o opis doświadczenia lub zdarzenia.
2. Słuchaj w pełni, ostrożnie, bez osądu.
3. Zapewnij osobę, że doświadczenie nie jest 'szaleństwem' czy 'wariactwem' (jeśli to właściwe).
4. Zidentyfikuj lub sklasyfikuj rodzaj wydarzenia.
5. Daj informacje o tym, co wiadomo o tego typu wydarzeniach.
6. Gdzie to możliwe, przeprowadź test, aby odkryć, czy wydarzenie jest prawdziwe, czy istnieją inne nie parapsychiczne wyjaśnienia.
7. Zaadresuj psychologiczne reakcje powstałe w wyniku doświadczenia.

To podejście jest bardzo spójne z leczeniem wyznaczonym w lekcji 6.2 Psychoterapia, szczególną rolą terapeuty jest czynienie doświadczenia kryzysu duchowego normalnym.

Opis Przypadku

Przerażający Złośliwy Duch

Archiwa About.com zawierają wiele opisów paranormalnych doświadczeń

Biblioteka internetowa Religii i Duchowości

Zawiera artykuły dotyczące parapsychologii, wywiady z Franciszkiem Vaughan, PhD na temat przebudzenia intuicji i z Arturem Hastingsem, PhD na temat chanelingu, jak również link do Profesjonalnego Stowarzyszenia Parapsychologicznego.

Przypisy:

1. Gallup, G. (1987) The Gallup poll: Public Opinion 1986, Wilmington, DE:Scholarly Resources
2. Hastings, a. (1983) „A counseling approach to parapsychological experience" (Podejścieounselingu do parapsychicznych doświadczeń) Journal of Transpersonal Psychology 15(2): 143-167.p.143

ZAGADNIENIE 17 WYMAGANE DO QUIZU

Doświadczenia Parapsychiczne

Doświadczenia Parapsychiczne są wskazaniem, że osoba jest w środku epizodu psychotycznego.

Prawda

Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

ZAGADNIENIE 18 WYMAGANE DO QUIZU

Terapia z doświadczeniami parapsychicznymi

W terapii, doświadczenia parapsychiczne osoby:

- a) powinno się pozostawić aż same wygasną;
- b) powinno się je uznać jako doświadczenia duchowe;
- c) powinno się objąć terapią w celu znalezienia ich znaczenia dla klienta.

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie:

DSM-IV Problemy religijne i duchowe LEKCJA 3.7 Doświadczenie Wizji

Opis • Powiązane problemy kliniczne • Leczenie • Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis zjawiska, Problemy kliniczne tego zjawiska, Leczenie.
Opis przypadków, Biblioteka internetowa.

Opis

Doświadczenia wizjonerskie wymagają aktywności nieświadomej archetypowej części psychiki, która następnie przejmuję kontrolę nad świadomością. Jest to ta sama część mózgu, która odpowiada za sny i wyobrażenia. Doktor antropologii, Anthony Wallace, udokumentował kilka przypadków jednostek, które przeszły coś, co wydawało się tylko epizodem psychotycznym. W konsekwencji jednak, osoby te zmieniły całkowicie swoje wierzenia i sposób życia grupy społecznej, której przewodniczyli. Np., pod koniec roku 1700, Handsome Lake, stworzył całkiem nową społeczność wśród członków indiańskiego plemienia Irokezów na podstawie wizji, jakie miał podczas 6-miesięcznego okresu niesprawności.

Doświadczenia wizjonerskie odgrywają zasadniczą rolę w procesie ewolucji kultur, szczególnie, jeśli nagła zmiana kulturowa pojawia się na skutek obcej interwencji, albo zmian zachodzących w danym kraju. Chaos w obrębie kulturowym, uruchamia psychikę wielu jednostek i czasem, w wyniku tego procesu, następują zmiany kulturowe (John Perry - Far Side of Madness / Daleka strona obłądu).

Mitolog, Joseph Campbell, w swojej książce Mityczne Wyobrażenia, bada sposób, w jaki nowe wizje (często wyrażane w nowych wierzeniach) powodują ludzka ewolucję kulturową. Na początku, homo sapiens zainteresował się ogniem, potem światem zwierząt, a następnie światem roślin. Zaraz potem, człowiek bardzo mocno zainteresował się kosmosem, planetami i gwiazdami. Campbell, przekonuje, że zainteresowanie człowieka tymi dziedzinami, spowodowało, że tak go pochłonęły, że nie jest w stanie nadążać nad własnym rozwojem.

Jednak, ani żaden konkretny powód, ani okoliczności, nie determinują naszego wspólnego, ani indywidualnego przeznaczenia, ale jak to ujął poeta Robinson Jeffers, 'wizje, które człowieka ogłupiły, wytrącają go spoza jego granic'. (Campbell Mity, którymi należy kierować się w życiu, str.249).

Psychika kontynuuje kreowanie mitów, które są odpowiedzią na konkretne sytuacje i wydarzenia, często uruchamiające się poprzez sny. Ale potencjalnym źródłem tworzenia kulturowych i osobistych mitów również jest umysł psychotyczny.

Według Perrego, doświadczenia wizjonerskie, mogą być odświeżającym procesem, w którym poszczególne składowe elementy odpowiedzialne za przekonania i wierzenia jednostki, przechodzą transformację. Psychoza może służyć:

Jako własna droga umysłu do zerwania z jego przestarzałymi stanami/stereotypami, a jednocześnie narodzeniem jego nowego początku - nowej własnej drogi umysłu do tworzenia wizji danej jednostki i kreowania jej nowej drogi życiowej z zachowaniem własnego wewnętrznego świata /własnego 'ja' danego człowieka. (John Perry- Far, *Side of Madness /Daleka strona obłądu / Daleko od obłądu*).

Powiązane problemy kliniczne

Kiedy psychika aktywowana jest bardzo intensywnie podczas doświadczania wizji, jednostka może wydawać się psychotyczna. Człowiek odpowiada wówczas kryterium obłądu, DSM-IV, zarówno jak zjawisku halucynacji. W Diabysis, kiedy ludzie w trakcie przeżywania wizji mogli przejść cały cykl wizji, większość ozdrowiała w ciągu 6-8 tygodni bez zażywania leków. Dla wielu, to doświadczenie, stało się punktem zwrotnym w ich rozwoju życiowym. Podczas najbardziej przenikliwej fazy, kiedy psychotyczne symptomy się uaktywniają, jednostka może wykazywać dużą niezdolność do funkcjonowania i odnosić korzyści z leczenia w ośrodku.

Leczenie

Uaktywniające się symptomy psychotyczne powodują potrzebę szczególnej opieki. Procesy oceny mogą być zaburzone, osoby podczas doświadczania wizji mogą zachowywać się nieostrożnie i niebezpiecznie w stosunku do samych siebie i otoczenia. W odróżnieniu od innych stanów duchowego kryzysu, kiedy to ludzie, mimo wszystko, są w stanie funkcjonować we wspólnym otoczeniu z innymi, podczas wizji, jednostka może wymagać stałego nadzoru. Jedną z głównych potrzeb może być umieszczenie osoby przechodzącej przez takie doświadczenie w odpowiednim środowisku, które będzie ją kontenerować.

Powstało szereg programów rezydencjalnych min. Kings Hall, Diabysis, Soteria – niestety żadne z tych miejsc dziś już nie jest otwarte.

W swojej książce, *Far Side of Madness(Daleka strona obłądu)*, John Perry, MD opisuje leczenie 19-letniego chłopca, przeprowadzone w Diabysis, który doświadczał wielu głębokich iluzji, min., że jest 'asem przestworzy' oraz drugim Jerzy Waszyngtonem i stoi na czele obrony kraju przeciwko rosyjskim komunistom, którzy próbują opanować świat. Podczas innej wizji, ten sam człowiek, był przywódcą Niemców, Dzielnym Księciem i Jezusem. Perry, widział te procesy jako pozytywne procesy transformujące, w których psychika jest zaangażowana w procesy mityczne.

Pomimo tego, psychiatra, Perry, nie zaleca żadnego lekarstwa w celu zlikwidowania symptomów psychozy. Przeciwnie, zamiast starać się je likwidować, czy nie zwracać na nie uwagi, Perry do nich zachęca, twierdząc, że terapia powinna podążać za spontanicznymi ruchami psychiki... pracujesz z tym, co się pojawia (str. 136)

Podczas kiedy pacjent był poddany terapii w Diabysis, spotykał się z Perrym trzy razy w tygodniu. Początkowo, Perry pozwolił pacjentowi rysować i powstało wiele obrazów śmierci, włącznie z procesem kremacji, paleniem ciała, ale także znajdowaniem przez pacjenta własnej drogi wyjścia z grobu. Cały proces odnowy trwał około 6 tygodni, lecz pacjent przebywał w centrum terapii nieco dłużej, w celu zintegrowania wszelkich przebytych doświadczeń.

Opis przypadków

Rozszerzona wersja przypadku 'asa przestworzy' opisanego powyżej.

Przypadek Mity w Chorobie Psychiczej jest przykładem doświadczania wizji z jednoczesnym doświadczeniem mistycznym.

Jashua Beil

Z oceny Rushell Shorto z magazynu GQ dotyczącego doświadczania wizji przez Josha Beila, obecnie 23 - letniego absolwenta uczelni, który obecnie pracuje w bardzo rozwiniętej technicznie, firmie w Kalifornii. Przeszedł on duchowy kryzys, który skończył się hospitalizacją, gdzie spędził na rekonwalescencji kilka miesięcy, zanim wrócił na uczelnię. Opracowanie zawiera także jego osobiste refleksje na temat tego doświadczenia, a także wiele porównań do przeżyć adeptów szkół duchowych i mistycznych na przestrzeni wieków,

Biblioteka internetowa religii i duchowości

Biblioteka internetowa na temat religii i duchowości zawiera wywiady z John Perry, MD oraz artykuły na temat doświadczania wizji.

Informacje

1 Wallace, A., Nagłe i gwałtowne zmiany osobowości. Międzynarodowe opracowanie medyczne, 1956. 169(12): str. 761-774.

ZAGADNIENIE 19 WYMAGANE DO QUIZU

Doświadczania Wizji

Doświadczanie wizji może obejmować również symptomy psychotyczne

Prawda

Fałsz

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie.

ZAGADNIENIE 20 WYMAGANE DO QUIZU

Terapia lecznicza z zastosowaniem doświadczania wizji

Jon Perry, MD rozwinął program leczenia, który zaleca:

- a) stosowania dużych dawek leków w celu możliwie najszybszego stłumienia objawów psychozy;
- b) zachęca do przeżywania całego spektrum, mogących pojawić się psychotycznych doświadczeń;
- c) skupia się na duchowym wymiarze przeżyć pacjenta;
- d) b + c.

Zapisz odpowiedź, aby później umieścić ją w quizie:

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 3.8 Kryzys szamański

Opis • Powiązane problemy kliniczne • Leczenie • Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis

Szamanizm jest najstarszą religią ludzkości oraz sztuką uzdrawiania, której korzenie sięgają jeszcze do ery Paleolitu. Początkowo, słowo „szaman” odnosiło się w szczególności do syberyjskiego ludu Tunguz. Ostatnio, tą nazwą obdarzeni zostali uzdrowiciele w wielu tradycyjnych kulturach na całym świecie używający w swej pracy technik zmieniających świadomość.

Historycznie, szamanizm był postrzegany przez antropologów jako forma schizofrenii, gdyż szamani często traktowali swoje doświadczenia zmian świadomości w świecie ducha jako całkowicie realne. Jeśli zarówno szaman jak i osoba mająca psychotyczny epizod mają niezwykle dostęp do duchowych i zmiennych stanów świadomości, to szamani są uczeni jak funkcjonować w świecie duchowym podczas, gdy osoba psychotyczna jest po prostu w nim zagubiona.

Jednakże, w wielu tradycyjnych kulturach, epizody psychotyczne służyły jako choroba inicjująca powołanie osoby w szamanizm. Mircea Eliade pisze:

Przyszły szaman czasami podejmuje ryzyko bycia postrzeganym jako „szaleniec” ale w tym przypadku jego szaleństwo spełnia funkcję mistyczną ponieważ ujawnia mu pewne aspekty rzeczywistości, które nie są dostępne zwykłym śmiertelnikom. I tylko po doświadczeniu i wejściu w inne ukryte wymiary „szaleniec” jest w stanie zostać szamanem.

Mircea Eliade, *Myths, Dreams and Mysteries*. New York: Harper and Row, pp.*0-81 (Mircea Eliade "Mity sny i tajemnice").

Kiedy osoba zaakceptuje powołanie i staje się szamanem, jej choroba zazwyczaj zanika. To samo-uzdrowienie psychozy jest tak typowe dla szamanów, że antropologowie spierali się, że każdy bez takich doświadczeń mógł by być zaklasyfikowany jako uzdrowiciel. Koncept „chorego uzdrowiciela” obrazuje, jak bardzo niezbędne jest, by przyszły szaman przeżył ekstremalny osobisty kryzys w celu przygotowania się do swojej przyszłej roli w społeczności. Halifax, Joan. *Shamanic voices*. New York: Dutton, 1979 (Halifax Joan, *Głosy szamańskie*).

Kultury tradycyjne jasno rozróżniają poważne choroby psychiczne od początkowego kryzysu przeżywanego przez przyszłych szamanów. Badania antropologiczne pokazują, że mamrotanie niezrozumiałych słów, dziwne nawyki jedzeniowe, ciągły śpiew, dzikie tańce, i bycie nawiedzonym przez duchy są typowe dla inicjującego kryzysu szamana. W kulturach szamańskich takie objawy są interpretowane jako symptomy objawiającego się właśnie przeznaczenia szamańskiego niż jako przejawy choroby psychicznej. Jeśli choroba pojawi się we właściwym kontekście kulturowym, szaman powraca z choroby nie tylko jako

uzdrowiony, ale posiadający zdolności uzdrawiania.

Na przykład, syberyjski szaman Kyzalov przeżywał stan szaleństwa przez 7 lat, który *de facto* był jego procesem inicjacyjnym w szamaństwo. Twierdził, że w trakcie tego okresu został pobity kilkanaście razy, przeniesiony w dziwne miejsca między innymi na szczyt świętej góry, pokrojony na kawałki i ugotowany w garze, spotykał ducha chorych osób i otrzymał bęben i ubiór zmarłego szamana. W naszej obecnej kulturze takie przypadki byłyby wystarczającym dowodem na zakłócenie psychotyczne i pociągnęłyby za sobą hospitalizację. Jednakże, kiedy Kyzalov wyzdrowiał, doniósł, że „szamani ogłosili, że: Jesteś takim typem człowieka, który ma potencjał zostania szamanem. Powinieneś zostać szamanem. Musisz zacząć zajmować się szamaństwem.” Halifax, Joan. *Shamanic voices*. New York: Dutton, 1979 (Halifax Joan, *Głosy szamańskie*).

W odniesieniu do konceptu „chorego uzdrowiciela”, Kalweit dowodzi, że kryzys szamana jest:

Chorobą, która jest rozumiana jako proces oczyszczenia i zwiastuje nadejście etapu wzmoczonej wrażliwości psychicznej, która umożliwia dostęp do ukrytego i najwyższego potencjału ludzkiej egzystencji i tym samym jest całkowicie różna od tej zaklasyfikowanej jako patologiczna przez współczesną medycynę i psychologię, to znaczy taką, która ma wyłącznie negatywne konsekwencje. Zgodnie z współczesnym poglądem, choroba zakłóca życie i mu zagraża. A szaman doświadcza swojej choroby jako wołanie do przebudowania swojego życia wewnętrznego po to, by słyszeć, widzieć i żyć pełniej i w wyższym stanie świadomości. Dreamtime and Inner Space: The Word of the Shaman by Holger Kalweit, p.91 (Marzenia senne i przestrzeń wewnętrzną: Świat szamana) Pokrewne przypadki kliniczne

Powiązane problemy kliniczne

Jednostki w świecie zachodnim sporadycznie doświadczają podobnych problemów:

Zdarzają się przypadki, gdy współcześni Amerykanie, Europejczycy, Australijczycy i Azjaci przeżywali doświadczenia, które przypominają w znacznym stopniu kryzysy szamanów. Wtedy również mają tendencje do spontanicznego tworzenia rytuałów, które są identyczne z tymi tworzonymi przez szamanów w różnych kulturach.

(Stanislav i Christina Grof, *Spiritual Emergency: When personal transformation becomes a crisis*, Los Angeles: Tarcher p.14-15 (Kryzys Duchowy: Kiedy osobista przemiana staje się kryzysem).

Tematy typowe dla kryzysu szamana zawierają:

Wkroczenie do Królestwa Śmierci, konfrontacja z demonicznymi siłami, rozczłonkowanie, próba ognia, komunია ze światem duchów i istot, asymilacja z siłami żywiołów, zejście przez Drzewo Świata i/lub Kosmicznego Ptaka, uświadomienie sobie tożsamości słońca, powrót do świata środkowego, świat ludzkich spraw.

Halifax, Joan. *Shamanic voices*. New York: Dutton, 1979 (Halifax

Podobnie do szamanów w tradycyjnych kulturach, kiedy osoby z takimi doświadczeniami duchowymi otrzymają właściwe prowadzenie, również potrafią powrócić do siebie wzbogaceni o pozytywną przemianę. W tradycyjnych społeczeństwach, szamani uzdrawiają ludzi z chorób, prowadzą dusze niedawno zmarłych osób, a także odbudowują równowagę psychiczną w społeczności. Dla wielu ludzi we współczesnych społeczeństwach Zachodu, kryzys szamański wpływa na wybór kariery w dziedzinie zdrowia, jak psychologia i pielęgniarstwo.

Leczenie

Leczenie ludzi, którzy przechodzą szamański kryzys jest zgodne z podstawowym podejściem zawartym w Lekcji 6.1 Duchowy Kryzys. Na etapie integracji (lekcja 6.2 Psychoterapia) kontakt z tradycyjnymi szamanami oraz czytanie literatury na temat szamanizmu może bardzo pomocnie uzupełniać terapię. W moim własnym duchowym kryzysie szamani przyczynili się bardzo do mojego uzdrowienia. Duchowy potencjał obecny w moim doświadczeniu pozostawał uśpiony do czasu kontaktu z szamańskimi nauczycielami, którzy umożliwili mi kontakt z tym wymiarem. Lata później w zmienionym stanie świadomości wywołanym szamańskimi praktykami ponownie doświadczyłem po raz pierwszy od czasu mego psychotycznego epizodu poczucie jedności z wszechświatem. Ponownie, komunikowałem się z boskimi duchami/istotami i byłem w stanie pojąć znaczenie życia samego w sobie. Zamiast tłumienia tych ekstatycznych stanów, które pociągały za sobą bolesne wspomnienia, uczyłem się zaufać im ponownie. Takie doświadczenia są nieodzowną częścią szamańskiego życia: „Szamani nie różnią się niczym od swej społeczności w swoich poszukiwaniach sacrum. Jest to normalne i powszechne ludzkie zachowanie. Jedyne co ich różni, to ich potencjał doznawania ekstatycznych przeżyć. (Eliade Shamanism, p.107) Ci nauczyciele i ich szamańskie praktyki pokazały mi, jak mieć świadomą kontrolę nad wchodzeniem i wychodzeniem z ekstatycznych stanów. Nauczyłem się również żyć z nimi w społeczności. (Pełne sprawozdanie jak szamani pomagają na etapie integracji).

Przykłady przypadków

Tradycyjny inicjacyjny kryzys.

Internetowa biblioteka religii i duchowości

Biblioteka zawiera wykłady z antropologiem dr Michaeliem Harnerem, artykuły oraz podaje adresy innych źródeł internetowych.

ZAGADNIENIE 21 WYMAGANE DO QUIZU

Kryzys szamański

Kryzys szamański pojawia się u:

- a. jednostek w kulturach tradycyjnych;
- b. jednostek w społeczeństwach współczesnych;
- c. zarówno a. i b.

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście:

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 3.9 Spotkania z kosmitami

- **Opis • Doświadczenie spotkania z obcymi istotami i psychopatologia**
- **Powiązane problemy kliniczne • Leczenie**
- **Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych**

Opis

Niedawno opublikowana przez Wydawnictwo Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (2000) *Varieties of Anomalous Experience* (Rodzaje anomalnych doświadczeń) podaje następującą definicję:

Doświadczenia porwania przez kosmitów charakteryzują się subiektywnie realnymi wspomnieniami bycia potajemnie i/lub wbrew woli porwanym przez domniemane nieludzkie istoty, zwykle w miejsce interpretowane jako statek kosmiczny (inaczej mówiąc UFO). (str.254)

Oprócz doniesień z USA, relacje z Anglii, Meksyku, Brazylii, Chile i Australii opisują taką samą zawartość tematyczną:

- porwanie, badanie;
- porozumiewanie się z istotami;
- podróż do innego świata;
- teofania (otrzymanie duchowych przekazów);
- powrót na ziemię.

Takie niezwykle doświadczenia, które dla wielu wydają się czystą fantazją, są powszechne i nie mogą być ignorowane w praktyce klinicznej. W swoim zawodzie osobiście pracowałem ze schizofrenikami i pacjentami z PTSD, którzy zgłosili doświadczenia spotkania z kosmitami. Widziałem również ludzi bez jakichkolwiek zaburzeń psychicznych, którzy również mieli takie doświadczenia.

Dr John Mack, profesor psychiatrii ze szkoły medycznej Harvardu, mówi o potrzebie potraktowania tych wyjątkowych doświadczeń jako osobną sprawę kliniczną:

W 1990 r zacząłem przyjmować osoby, które sprawiały wrażenie zdrowych mentalnie, ale opisywały doświadczenia nie pasujące do żadnej z kategorii psychiatrycznych, jakie znałem. Przemoc z dzieciństwa, psychozy, neurozy, organiczne choroby mózgu, osobowości skłonne do fantazji... Żadna kategoria diagnostyczna nawet trochę nie wyjaśniła tego, z czym miałem do czynienia.

Studying Intrusions from the Subtle Realm (Badanie intruzji z subtelnego świata) audio lub transkrypcja wykładu Johna dr Macka.

Spotkania z obcymi istotami włączone są do niniejszego kursu na temat problemów religijnych i duchowych, gdyż takie wyjątkowe wydarzenia służą niektórym osobom, jako doświadczenia transcendentne.

Powszechność występowania

Instytut Gallupa podaje jak bardzo rozpowszechnione są przekonania dotyczące zjawisk

związanych z UFO. 50% grupy reprezentatywnej populacji USA zgłosiło, że wierzy, iż istnieje życie na innych planetach. Oznacza to 34% wzrost od roku 1966. Powszechne są również widzenia UFO.

Instytut Gallupa zadał pytanie narodowej grupie reprezentatywnej:

Czy kiedykolwiek widziałeś na własne oczy coś, o czym pomyślałeś, że to było UFO?

12% odpowiedziało "Tak".

The Next American Spirituality: Finding God in the Twenty-first Century, Timothy Jones, George, Jr Gallup

W 1997 ankieta Time/CNN ujawniła, że 22% Amerykanów wierzy, iż ziemia została odwiedzona przez istoty z kosmosu. Istnieją już tysiące opublikowanych przypadków spotkania obcych istot, a naukowcy przebadali ponad 1700 przypadków. Whitley Strieber (który napisał *Communion*, książkę o swoim własnym doświadczeniu porwania) twierdzi, że otrzymał ponad ćwierć miliona listów o podobnych doświadczeniach. Opierając się na wnioskach z grup studentów, inny badacz sugeruje, że 15 milionów Amerykanów mogło mieć takie doświadczenia (Statystyki z *Varieties of Anomalous Experience*, str. 256)

Efekty następne

Zanotowano zarówno pozytywne jak i negatywne efekty doświadczeń porwania przez obcych. Bullard przeanalizował 270 przypadków porwania i odkrył całą gamę fizycznych i psychologicznych efektów.

11 przypadków: uszkodzenia takie jak przecięcia, siniaki oraz rany klute

22 przypadków: problemy z oczami

23 przypadków: podrażnienia i oparzenia skóry

13 przypadków: zaburzenia pokarmowe

14 przypadków: problemy z równowagą i stabilnością

12 przypadków: pragnienie i odwodnienie

13 przypadków: uzdrowienie istniejących niedomagań

Strach, wyczekiwanie, niepokój i powracające koszmary nocne również często się pojawiły w raporcie, razem z doświadczeniami paranormalnymi oraz zmianami osobowości.

Związek z duchowością

Wiele osób zgłosiło, że po spotkaniu z obcymi, ich życie radykalnie zmieniło się na głębokim duchowym poziomie. Uzyskali zwiększony szacunek dla natury i ludzkiego życia, a ich życie zostało przemienione w sposób podobny do ludzi, którzy przeżyli śmierć kliniczną.

Dr Kenneth Ring, profesor emeritus psychologii z Uniwersytetu Connecticut, a także światowy autorytet z zakresu doświadczeń śmierci, przeprowadził badania wskazujące na to, że zarówno porwania przez obcych jak i śmierć kliniczna mogą być w rezultacie różnymi ścieżkami (podkreśla Ring) do tych samych psychoduchowych przemian..., które wyrażają się w świadomości połączenia i świętości wszelkiego życia i pielęgnują wyższą ekologiczną troskę o dobro planety (*The Omega Project* - Projekt Omega).

Realia spotkań z obcymi istotami

Biorąc pod uwagę problematyczną kwestię realności tych doświadczeń, Jung przyjął następującą pozycję (którą ja podzielam), odnosząc się do fizycznej realności latających spodków, jak było to nazwane we wczesnych latach 50tych:

Jako psycholog nie jestem odpowiednio wykwalifikowany, aby przyczynić się w jakikolwiek użyteczny sposób do kwestii fizycznej rzeczywistości UFO. Zająć się mogą tylko ich niewątpliwymi psychicznymi aspektami, tak więc wszystko, co następuje dotyczy prawie wyłącznie współistniejących zjawisk psychicznych.

(*Flying Saucers: A Modern Myth of Things Seen in Skies*, str. 7 - Latające spodki: współczesny mit o rzeczach widzianych na niebie).

Tak naprawdę, doniesienia na temat istot na księżycu sięgają czasów Plutarcha. Wraz z wynalezieniem potężnych teleskopów w XIX wieku, wiele osób stwierdziło, że "namierzyli" skrzydlate demony na powierzchni księżyca. Współczesna fascynacja życiem na innych planetach osiągnęła większą niż kiedykolwiek ważność, na co wskazują sprawozdania o spotkaniach z obcymi w wiadomościach w mediach, autentyczne bezpośrednie relacje, jak np. *Communion*, literatura i filmy fantastyczne, jak np. ET, Bliskie spotkanie trzeciego stopnia, czy Znaki. Sprawa życia na innych planetach stała się ważnym tematem napinającym naukową wyobraźnię do granic możliwości.

Pod względem struktury istnieją zbieżności pomiędzy wzorcami spotkań z obcymi, a starożytnymi mitami, które można prześledzić wstecz 30 tysięcy lat przed naszą erą. Wędrowni szamani posiadają wiele wspólnych elementów z porwaniami przez obcych. Porwany zostaje wzięty na pokład statku kosmicznego ("inne światy" lub "kosmiczna kolumna" w wędrowce szamana), jest przebadany na siłę (co pokrywa się z bolesnym rozczłonkowaniem szamana). Następnie porwany wraca z jakimś przekazem (tak samo jak szaman powraca z pieśnią lub innym narzędziem uzdrawiania). Dr Ralph Metzner bierze pod uwagę, że tematy obcych/UFO mogą być wariacją szamańskiej "wyprawy do wyższego świata", w której uzyskuje się podgląd lub wizję życia lub jakiegoś aspektu świata. Najczęściej towarzyszą temu wglądy, intuicje oraz nowe obrazy, a także wzniecona zostaje atmosfera wesolej i euforycznej kreatywności. (*The Unfolding Self: Varieties of Transformative Experience*, str 118 - Rozwijające się Ja: rodzaje doświadczeń przemiany).

Koncepcja "uwierzenia w wyobrażenia" (subiektywnie istotne zniekształcenia w percepcji rzeczywistości) jest również znacząca w tej kwestii. Dr Theodore R. Sarbin wskazuje, że popularne przekonanie o istnieniu aniołów jest uważane za normalne u osób "zdrowych" psychicznie, podczas gdy przekonanie o istnieniu istot obcych jest uznane za nienormalne i za oznakę choroby psychicznej. O ile anioły i istoty obce są halucynacjami (czyli relacjami własnymi na temat wyobrażeń), nie ma różnicy między wiarą w anioły, a wiarą w obcych. Co więcej, osoby wierzące w anioły są tak samo nieugięte opowiadając się za realiami aniołów, jak ci, którzy nalegają na istnienie kosmitów. Różnica między tymi halucynacjami wynika z tego, jaki wpływ na innych mają te własne wyobrażenia.

(Zobacz: Sarbin, T. Towards the Obsolescence of the Schizophrenia Hypothesis in *Challenging the Therapeutic State: Critical Perspectives on Psychiatry and the Mental Health System*, David Cohen, Redaktor - W stronę zanikania hipotez schizofrenii).

Doświadczenia spotkania z obcymi istotami i psychopatologia

O ile niektórzy pacjenci mają urojenia dotyczące porwania przez kosmitów (osobiście pracowałem z dwoma takimi pacjentami [1]), o tyle psychopatologia nie umie wyjaśnić wszystkich zjawisk z tym związanych. Niedawne badanie na temat doświadczeń porwania przez obce istoty wykazało:

Podczas gdy niektóre odosobnione przypadki porwania przez obcych są psychopatologią, oszacowanie na podstawie zarówno klinicznych badań jak i wystandaryzowanych testów pokazuje, że jako grupa, osoby doświadczające porwania nie różnią się od populacji ogólnej w zakresie występowania psychopatologii.

(*Varieties of Anomalous Experience*, str. 268 - Rodzaje doświadczeń anomalnych).

Dr John Mack, który przestudiował ponad 200 przypadków porwanych przez kosmitów i napisał dwie książki na ten temat w ciągu ostatnich 10 lat, odkrył:

Sprawozdania brzmią jak urojenia lub halucynacje. Zaprzeczają nawet prawom fizycznym, co sugeruje jakiegoś rodzaju psychozę. Porwani najczęściej czują niepokój lub cierpią z powodu bólów fizycznych, wskazujących na neurozę. Wspomnienia wydarzeń są często niespójne, istnieje więc może organiczne niedomaganie mózgu, np. epilepsja płatów skroniowych. Doświadczenia są traumatyczne i często zawierają wtargnięcia o charakterze seksualnym lub reprodukcyjnym, co wydaje się wskazywać na historię gwałtu lub możliwego wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie.

[Jednakże] Szacunki psychiatryczne oraz badania psychologiczne porwanych, włączając w to kilka moich własnych przypadków, poniosły porażkę starając się odnaleźć psychopatologię jako temat przewodni. Porwani oczywiście mogą cierpieć z powodu psychicznego i emocjonalnego dystresu jako rezultat tego często traumatycznego doświadczenia, a niektórzy mieli towarzyszące zaburzenia psychiatryczne. Wielu pochodzi z trudnych rodzin. Ale w żadnym przypadku zaburzenie emocjonalne nie dostarczyło wyjaśnienia dla doświadczenia porwania (Zobacz *Blowing the Western Mind*, Dr John E. Mack)

W kwestionariuszu PEER dotyczącym doświadczeń porwania, procent osób szukających pomocy psychologicznej był w większości porównywalny do proporcji w populacji ogólnej USA:

symptomy depresyjne (17%)

schizofrenia (1%)

zaburzenie dwubiegunowe afektywne (1 %)

Jednakże w owych 17%, badani dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej poszukiwali pomocy z powodu lęków. Wyniki te są podobne do innych badań nad doświadczeniami spotkań z obcymi, w których wykazano niską częstotliwość wystąpienia poważnej psychopatologii wśród osób zgłaszających takowe doświadczenia (Dr John Mack *Passport to the Cosmos: Human Transformation and Alien Encounters* - Paszport do kosmosu: przemiana człowieka i spotkania z obcymi istotami). Wynika stąd, że relacja klienta na temat spotkania z obcymi nie może być z góry przesądzona jako zaburzenie psychopatologiczne.

Powiązane problemy kliniczne

Osoby, które miały doświadczenie spotkania z obcymi istotami często potem cierpią z powodu symptomów zespołu stresu pourazowego, jak: koszmary nocne, problem z koncentracją, fobiczne unikanie sytuacji i obiektów symbolicznie przypominających treść spotkania. Inne symptomy i potencjalne problemy mogące pojawić się po spotkaniu to:

- lęk i rozdrażnienie;
- obsesyjne myśli o obcych i porwaniu;
- zmienne nastroje;
- dezorientacja, derealizacja i depersonalizacja;
- paranormalne doświadczenia zinterpretowane jako pochodzące ze źródła kosmicznego (np. przekazy telepatyczne);
- przekonanie, że myśli osoby dzielone są z istotą kosmiczną;
- zmiana duchowych i religijnych wartości, wierzeń i praktyk.

(The Differential Diagnosis of Close Extraterrestrial Encounter Syndrom, Dr Richard Boylan - Diagnostyka różnicowa syndromu bliskiego pozaziemskiego spotkania).

Załoga PEER zaczęła się zastanawiać nad istniejącymi wcześniej lub współistniejącymi zaburzeniami psychopatologicznymi, na podstawie 7% osób badanych opisujących swe wspomnienia doświadczeń porwania, ponieważ sprawozdania wykazały znaczny brak spójności, manię wielkości lub paranoję. Jednak dla reszty, doświadczenie wydało się główną przyczyną dystresu i związanych z tym symptomów.

Leczenie

Niektóre osoby po przeżyciu spotkania szukają terapii, aby móc zintegrować swe anomalne doświadczenia. Sprawa hipnotyzowania takich osób w celu odzyskania pełniejszego opisu budzi kontrowersje i podchodzi pod obszerniejszą debatę na temat "fałszywych wspomnień". Agresywne zastosowanie procedur odzyskiwania wspomnień może wzmocnić uczucia dystresu i bezradności.

Kiedy koncentracja leczenia skierowana jest na poinformowaniu klienta, że istnieją różne wyjaśnienia doświadczenia porwania przez obcych, zachęceniu go do zrozumienia znaczenia tego w życiu oraz wypracowaniu strategii radzenia sobie, które wychodzą poza niejasność tych doświadczeń w świetle obiektywnej rzeczywistości, wtedy ryzyko zastosowania terapii może zostać zminimalizowane. (*Varieties of Anomalous Experience*, str. 271).

Program for Extraordinary Experience Research (PEER, Program do badań nad niezwykłymi doświadczeniami) został utworzony w 1993 przez dra Johna Macka w celu wprowadzenia podejścia do doświadczeń spotkania z obcymi istotami, które zawiera kliniczne aspekty oraz wiedzę do naukowego zrozumienia tego zjawiska. Wysiłki PEER mające na celu pogłębienie zrozumienia sprawozdań z porwania wykazały, że w naszej kulturze trudno uznać i zaufać nadzwyczajnym doświadczeniom. Słuchacz próbujący zrozumieć co jest mu przekazywane, może dla ułatwienia uznać doświadczenie i osobę jako irracjonalne.

Istnieją pewne specyficzne wyzwania w pracy nad doświadczeniami z istotami obcymi. Dla niektórych terapeutów może być to wyzwaniem dla ich własnych wartości, kiedy napotykają na twierdzenia osób porwanych, a to z kolei może zakłócić zaufanie i empatię dla klienta.

To co słyszymy, może wydać się dziwne i niemożliwe z punktu widzenia świata, w którym jesteśmy wychowani i nasze umysły buntują się chcąc zareagować na te konfrontujące rzeczywistość treści, tak dobrze znane psychiatrom. Jednak zrobienie tego przerwałoby komunikację i zniszczyło zaufanie. Oczywiście, w tym ciekawskim "niedowiarstwie", ostoją jest fakt, że interesuje nas tylko autentyczność i szczerść relacji klienta, a także obecność lub nieobecność psychopatologii czy innego biograficznego doświadczenia mogącego mieć z tym związek. Nie ma żadnego obowiązku ustalania dosłowności czy realizmu opisanego doświadczenia. Nie uważam, aby relacje z porwania koniecznie musiały odzwierciedlać

dosłowne fizyczne zabranie ludzkiego ciała (Dr John Mack, *Passport to the Cosmos: Human Transformation and Alien Encounters*, str. 29, 31).

Kliniczne podejście rozwinięte przez PEER zakłada umiejętność tolerowania braku wiedzy na temat realiów doświadczenia, przy jednoczesnym poświęceniu uwagi uczuciom i zmaganiom się osoby. PEER w leczeniu stosuje również połączenie hipnozy z technikami oddechowymi, co ma na celu pomóc porwanemu skonfrontować się i przejść przez przerażające momenty swego doświadczenia.

Terapeuta musi również być wyczulony na możliwość rozwoju i uznać to w tego rodzaju niezwykle doświadczeniach. Oznacza to potrzebę unikania oceny relacjonowanych zjawisk poprzez standardową czy przeciętną świadomość; terapeuta powinien raczej wziąć pod uwagę, że niezwykle doświadczenie wskazuje na nowe możliwości, które są alternatywą lub nawet czymś lepszym od poprzedniego funkcjonowania. Podobnie jak przy innych formach kryzysu duchowego, terapia osób porwanych zakłada integrację spraw duchowych spowodowanych przez doświadczenie. Rolą terapeuty jest pomóc takim osobom zrozumieć znaczenie, jakie doświadczenie ma dla nich. Dziś już wiemy na pewno, że nie możemy do końca powiedzieć, czym tak naprawdę te doświadczenia są. Jest to tajemnica. Ale osoby potrzebują zintegrować i zrozumieć, jak takie doświadczenia włączyć do ich świata.

PEER prowadzi klinikę w okolicach Bostonu i zajmuje się zarówno leczeniem jak i badaniami. Klienci mogą przychodzić tak często jak to potrzebne, aby zintegrować swe doświadczenia i uzyskać wsparcie żyjąc w społeczeństwie, które nie rozpoznaje szerokich rejonów psychiki, które przed nimi się otworzyły. Dotychczasowe publikacje to *Integrating Extraordinary Experiences*, autorki Roberty Colasanti, LCSW - licencjonowany kliniczny pracownik społeczny (*Integracja Nadzwyczajnych Doświadczeń*).

Przykłady przypadków

From the Edge of Experience (Z pogranicza doświadczenia) - dostępne w formie tekstu oraz pliku mp3

UFO Encounters - Four Classic Cases (Spotkania z UFO - cztery klasyczne przypadki)

Internetowa biblioteka religii i duchowości

Biblioteka zawiera wywiady z dr Johnem Mackiem, a także artykuły na temat symbolicznych i archetypalnych wymiarów doświadczeń z obcymi istotami.

Źródła:

1 Lukoff, D. (1988). Transpersonal therapy with a manic-depressive artist. *Journal of Transpersonal Psychology*, 20(1), 10-20.

ZAGADNIENIE 22 WYMAGANE DO QUIZU

Spotkania z obcymi istotami

Doświadczenia UFO i spotkania z obcymi istotami

- a) występują tylko u osób będących w konkretnych kultach;
- b) są relacjonowane przez miliony osób;
- c) zawsze związane są z psychopatologią.

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście:

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 3.10 Opętanie

- Opis • Opętanie i psychopatologia
- Powiązane problemy kliniczne • Leczenie
- Przykłady przypadków • Biblioteka stron internetowych

Opis

W opętaniu, osoba wchodzi w odmienny stan świadomości i czuje, że o władnęła nią siła, duch, bóstwo lub inna osoba przejmująca kontrolę nad umysłem i ciałem. Generalnie, osoba nie ma pamięci takiego doświadczenia w stanie normalnego czuwania. Doświadczenia te mają długą historię w ludzkości i wiele religii oferuje rytuały i uzdrawiania ochraniające osoby od takich niechcianych opętań. Najstarsze teorie na temat pochodzenia zaburzeń psychicznych identyfikują opętanie przez duchy jako czynnik powodujący. Jednym z dowodów na boskość Chrystusa była jego zdolność do wypędzania demonów z opętanych ludzi. Jednakże, celowe prowokowanie stanów opętania jest częścią cenionych rytuałów religijnych w wielu kulturach i prawdopodobnie najbardziej popularna forma jedności z boskością w historii ludzkości. Rytuały ukierunkowane na opętanie zostały udokumentowane w raportach ze starożytnego Egiptu, a także w najwcześniejszych formach praktyki kabalistycznej. Opętanie było uznanym zjawiskiem w starożytnej Grecji, gdzie wyrocznia w Delfach przemówiła przez kobietę opętaną przez duchy. Opętanie jest centralną cechą w ceremoniach haitańskiego voodoo, gdzie konkretne bóstwa zaproszone są do "jazdy" w ciałach wyznawców podczas ceremonii. Można je również odnaleźć w rytualnym dramacie na Bali, gdzie tancerze stają się istotami, które przedstawiają.

Opętanie występuje również we wczesnym Chrześcijaństwie jako pozytywna cecha, szczególnie w formie "mówienia w wielu językach". Wiele współczesnych form Chrześcijaństwa ewangelickiego uważa opętanie przez Ducha Świętego godne pożądaniam, czego fizycznym przejawem jest m.in. drżenie i mówienie w językach. Św. Paweł niepokoił się tym zjawiskiem i uznał za stosowne, aby pouczyć Chrześcijan w Koryncie na temat potrzeby uważnego gospodarowania mówieniem językami:

Kiedy się przeto zgromadzi cały Kościół i wszyscy poczną korzystać z daru języków, a wejdą podczas tego ludzie prości oraz poganie, czyż nie powiedzą, że szalejecie? (1 Kor 14:23).

Kulty opętania przez duchy mnożyły się, nawet na świeckim zachodzie i wiele duchów oraz ich mediów są częścią zarówno lokalnych jak i globalnych kultur (Behrend and Luig, 2000). Stany opętania nadal zdarzają się zarówno w kontekście praktyk religii Judeo-Chrześcijańskiej, jak też w przypadku niektórych ceremonii inicjacji związanych z rytuałami.

Antropolog James Randall Noblitt odkrył, że trauma wykorzystywana jest w różnych ceremoniach inicjacji przeprowadzanych w dawnych kulturach, co może wpływać na rozwinięcie stanów opętania. Nasza teoria głosi, że trauma rytualna jest główną przyczyną dysocjacji tożsamości, co można odnaleźć w dawnych kulturach szamańskich i praktykujących czary, a także w "podziemiu okultystycznym" w nowoczesnej Euro-Ameryce.

Opętanie i psychopatologia

Podczas gdy opętanie jest powszechnym doświadczeniem w wielu kulturach, w zachodnich zindustrializowanych kulturach doświadczenia takie nie są normatywne i mogą prowadzić do nieprawidłowej diagnozy zaburzeń dysocjacyjnych lub psychotycznych. Antropolog dr Ruth Inge-Heinz [1], która badała doświadczenia opętania w wielu kulturach, powiedziała odnośnie szkodliwych efektów nieprawidłowego określania osób w stanie dysocjacji jako posiadających zaburzenie psychiczne:

Pojęcie tego, czym jest tzw. "zdrowy umysł" różni się znacząco od kultury do kultury. Jak niszczące może być przyklejenie etykiety "choroby psychicznej" do niezwykłych stanów świadomości! Stan umysłu w dysocjacji niekoniecznie kwalifikuje osobę do założenia jej kamizelki bezpieczeństwa. Np. wiele stanów dysocjacyjnych ma miejsce w południowo-wschodniej Azji, gdzie jest to kulturowo uwarunkowane i kontrolowane. (str. 28-29).

DSM-IV wymienia Zaburzenie Transu Dysocjacyjnego jako diagnozę wymagającą dalszych badań. Opętanie i trans opętaniowy są umieszczone w kategorii diagnostycznej Niespecyficzne Zaburzenia Dysocjacyjne. Definicja wymienia:

Trans opętaniowy jest to pojedyncza lub epizodyczna zmiana stanu świadomości, charakteryzująca się zastąpieniem zwykłego poczucia osobistej tożsamości nową tożsamością. Spowodowane jest to wpływem ducha, siły, bóstwa lub innej osoby. (str. 729)

DSM-IV Casebook podaje tego przykład, w którym kobieta opisuje: "Czasami Bóg wchodzi do mojego ciała i robi się gorąco, gdy mam wizje (str. 420)

Kiedy jest w tym stanie, wtedy uważa siebie i jest uważana przez innych jako opętana przez przodków i może przewidywać przyszłość.

Casebook podaje, że:

Symptomy tej kobiety uznano by za psychotyczne, gdyby zostały doświadczone przez kogoś ze społeczeństwa nie podzielającego wierzeń jej [gwinejskiej] kultury. Wierzy ona, że posiada specjalne moce, a posiada... halucynacje. W jej lokalnej społeczności jednakże, fenomen ten jest dość popularny. Jej kultura przypisuje jej rolę uzdrowicielki i akceptuje jej niezwykle doświadczenia jako normalne dla kogoś posiadającego taką rolę. Rzeczywiście, jest ona skuteczną uzdrowicielką... Lokalna kultura wyznaczyłaby jej rolę uzdrowicielki, a jej zachowanie nie byłoby postrzegane jako coś wymagającego leczenia. (str. 421)

Pomimo tego że doświadczenie to uznano jako niepatologiczne w swym kulturalnym kontekście, Casebook, napisany przez te same osoby, które opracowały DSM-IV przypisuje temu przypadkowi diagnozę zaburzenia psychicznego: Niespecyficzne Zaburzenie Dysocjacyjne.

Z drugiej strony, opętanie jest również związane z zaburzeniami dysocjacyjnymi, które nie są społecznie akceptowalne i zdarzają się poza normalnymi ramami powszechnych praktyk kulturowych czy religijnych. Zakres doświadczeń dysocjacyjnych waha się od

niepatologicznych do patologicznych. (Zobacz: Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited - Doświadczenie dezintegracji: przegląd zaburzeń dysocjacyjnych).

Opętania są dysfunkcyjne, gdy mają niekorzystny wpływ na funkcjonowanie społeczne i zawodowe lub powodują znaczny dystres. Kryteria opisane w lekcji 5 na temat diagnozy różnicowej mogą być pomocne w postawieniu diagnozy.

Powiązane problemy kliniczne

Opętane osoby zwykle czują, że ich zachowanie jest zupełnie poza kontrolą. Dziwne objawy jak krztuszenie się, silne wymioty, szalone zachowania ruchowe, dzikie spazmy, skręcania ciała, a także groteskowe dźwięki mogą się okazać przerażające zarówno dla osoby opętanej, jak i świadków.

Leczenie

Kluczową sprawą, jak w większości kryzysów duchowych, jest zdeterminowanie, czy osoba jest w środku epizodu zaburzenia mentalnego, czy ma kryzys duchowy:

Opętanie przez demona, a choroba psychiczna, nie są alternatywną diagnozą. Co więcej, opętanie przez demona jest zasadniczo problemem duchowym, natomiast choroba psychiczna posiada wiele czynników i zarówno kwestie duchowe, społeczne, psychologiczne i fizyczne mogą mieć etiologiczną rolę. Tak więc relacja między tymi koncepcjami jest złożona. Umiejętności diagnozy różnicowej może mieć znaczenie przy oferowaniu pomocy osobom z problemami czy to demonicznymi, czy medyczno-psychiatrycznymi. Jednakże rozróżnienie duchowe jest sprawą równie ważną, o ile nie ważniejszą w tych sytuacjach.

Chros Cook, Demon Possession and Mental Illness: Should we be making a differential diagnosis? - Opętanie przez demona a choroba psychiczna: czy powinniśmy stosować diagnozę różnicową?

Kryteria diagnozy różnicowej opisane w lekcji 5, Diagnoza Różnicowa, powinny być używane ze szczególnym wzięciem pod uwagę społeczność religijną pacjenta i jej praktyki. Wsparcie dla pacjenta musi obejmować integrację doświadczenia wewnątrz jego społeczności. Wskazówki leczenia zawarte w lekcji 6.1, szczególnie te dotyczące ugruntowania, są bardzo ważne w radzeniu sobie z fizycznymi aspektami opętania. Jeśli osoba jest częścią grupy, która praktykuje m.in. opętanie, wtedy współpraca z liderami tych społeczności religijnych powinna być częścią planu leczenia.

Przykłady przypadków

A case Study of Possession in the Dojo, dr David Lukoff - Studium przypadku opętania w Dojo

Internetowa biblioteka religii i duchowości

Biblioteka zawiera katalog Yahoo stron na temat opętania i egzorcyzmów, sprawozdania o opętaniach, oraz naukowe perspektywy dotyczące dysocjacji.

Źródła:

1 Heinze, R. I. (1982) Shamans or mediums: Toward a definition of different states of consciousness. Journal of Transpersonal Anthropology, 6(1&2), 25-44.

ZAGADNIENIE 23 WYMAGANE DO QUIZU

Opętanie

Opętanie występuje

- a) tylko u ludzi w kulturach plemiennych;
- b) tylko w dawnych kulturach jak wczesne Chrześcijaństwo i Egipt;
- c) w całej historii i dookoła świata;
- d) rzadko we współczesnych społeczeństwach.

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście:

ZAGADNIENIE 24 WYMAGANE DO QUIZU

Leczenie opętania

Osoby w stanach opętania

- a) powinny dostać leków antypsychotycznych, aby natychmiast zatrzymać doświadczenie;
- b) powinny zostać zapytane o ich praktyki religijne;
- c) powinny zostać potraktowane jako prorocy w swoich religiach.

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście:

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 4 Współwystępowanie z chorobami psychicznymi

Problemy duchowe osób z chorobami psychicznymi • Diagnostyka równoległa wg zaburzeń Osi I

Problemy duchowe osób z chorobami psychicznymi

Jak wspomniano w Lekcji 1, Historia Kategorii DSM-IV, literatura kliniczna skłaniała się w kierunku patologizowania religijności ludzi, jako zaburzenia psychiczne. Przykładem może być twierdzenie Alberta Ellisa [1] mówiące, że "Im mniej religijni są [pacjenci], tym większe szanse na zdrowie emocjonalne" (str. 637).

W pewnych badaniach, w których uczestniczyło 44 pacjentów, cierpiących na depresję, zaburzenia lękowe, oraz zaburzenia osobowości, próbowano znaleźć związek między zaangażowaniem religijnym, a zachowaniem neurotycznym. Grupa kontrolna składała się z 45 psychologicznie zdrowych osób. Badania wykazały, że osoby, które były lekko lub w ogóle niezaangażowane w religię, w takim samym stopniu cierpiały na depresję, lęki lub inne zaburzenia osobowości, w porównaniu z pacjentami zaangażowanymi mocniej. Większa religijność nie stwarzała ryzyka dla rozwinięcia psychopatologii, jak to często uczono podczas treningów z zakresu zdrowia psychicznego.

Feifer S, Waeltly U, Psychopathology and religious commitment - controlled study. *Psychopathology* 1995;28(2):70-7).

W ostatnio wydanym podręczniku (2001) *Handbook of Religion and Health* (Podręcznik religii i zdrowia) dokonano przeglądu 1600 badań i stwierdzono, że na polu zaburzeń psychicznych i fizycznych, religia jest znacząco związana z pozytywnymi wynikami. Istnieją dowody na to, że praktyki religijne przyspieszają proces zdrowienia w zaburzeniach psychicznych. Przykładem może być niedawno przeprowadzone badanie, w którym odkryto, że pacjenci psychiatryczni, którzy regularnie uczęszczają do kościoła i modlą się, wracają do zdrowia szybciej, niż pacjenci niereligijni.

Zobacz *Religious practices speed recovery in mental illness* (Praktyki religijne przyspieszają proces zdrowienia w zaburzeniach psychicznych).

Dlatego w terapii powinno się uwzględnić duchowe zaplecze i potrzeby osób powracających do zdrowia.

Badania wykazały również, że hospitalizowani pacjenci psychiatryczni są w takim samym stopniu religijni, jak populacja ogólna, a w okresie kryzysu skłaniają się w stronę religii bardziej. Fithett et al w 1997 w swej pracy *The religious needs and resources of psychiatric inpatients* (Religijne potrzeby i zaplecze pacjentów psychiatrycznych hospitalizowanych) odkrył, że 88% pacjentów psychiatrycznych zgłosiło trzy lub więcej bieżących potrzeb religijnych. Pacjenci psychiatryczni mieli niższe wyniki na skali dobrostanu duchowego i rzadziej rozmawiali z duchownymi. Badania podsumowały, że religia jest ważna dla pacjentów psychiatrycznych i dlatego mogą potrzebować pomocy w znalezieniu źródeł odpowiadających ich potrzebom religijnym.

Jednym z przykładów na to, jak wierzenia religijne mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie, jest przekonanie, że grzech wiedzie do choroby. Spośród 52 pacjentów psychiatrycznych, 23% wierzyło, że czynniki związane z grzechem, jak grzeszne myśli czy uczynki, powodują chorobę. Przekonania takie związane są z niekorzystnym wpływem na zdrowie.

Sheehan W, Kroll J, Psychiatric patients' belief in general health factors and sin as causes of

illness. Am J Psychiatry 1990 Jan;147(1):112-3 (Przekonania pacjentów psychiatrycznych na temat czynników ogólnych oraz grzechu jako przyczyny choroby).

W szpitalu Św. Elżbiety w Washington D.C., Program Kapelanów przeprowadza u każdego pacjenta z osobną "ocenę duchowych potrzeb", co pozwala na ustalenie planu leczenia uwzględniającego potrzeby i problemy religijne/duchowe. Program określa rolę interwencji duszpasterskich oraz zalecanych aktywności religijnych/duchowych. (Zobacz lekcję na temat instrumentów i podejść do szacowania duchowości znajdującą się w kursie Spirituality and Recovery - Duchowość i Rekonwalescencja).

Współdiagnoza z zaburzeniami na Osi I

W DSM-IV diagnoza Problemów Religijnych lub Duchowych jest sprawą Osi I i może być przypisana według współwystępujących zaburzeń na Osi I. Grupa Robocza APA zajmująca się Religią i Psychiatrią [2] zanotowała: "Przekonania religijne pacjentów mogą być efektywnie wykorzystane w terapii. Religia może być użytecznym systemem wsparcia dla pacjenta, nawet jeśli terapeuta jest przekonany, że system religijny pacjenta nie ma obiektywnej wartości".

Jasno sprecyzowana i nie oceniająca uwaga poświęcona sprawom religijnym może w znaczny sposób wzbogacić jakość i efektywność pracy klinicznej. Faktem jest, że zmagania wiary są osadzone w życiu wielu pacjentów będących w poważnym leczeniu. Problemy religijne i duchowe mogą być związane z całą gamą zaburzeń psychicznych wg DSM-IV, gdyż spójność osoby jest narażona na próbę we wszystkich chorobach.

Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu i środków psychoaktywnych

Program Dwunastu Kroków, jak np. Anonimowi Alkoholicy, dominuje w leczeniu uzależnień w środowisku zdrowia psychicznego, a religia/duchowość pełnią główną rolę. Pierwszy z 12 kroków wymienia "Moc większą od nas samych". Ostatni krok mówi o "duchowym przebudzeniu". Pięć z 12 kroków konkretnie nawiązuje do Boga, a fraza "tak jak Go rozumiemy" pojawia się dwa razy. Założyciele AA nie zastanawiali się nad tym, czy czynniki religijne i duchowe są ważne przy powrocie do zdrowia, ale raczej nad tym, czy jest możliwe dla alkoholików odzyskać zdrowie bez pomocy siły wyższej. Jung powiedział Billowi W., współzałożycielowi AA, że "głód alkoholowy jest na niższym poziomie równoważny z duchowym głodem poczucia bycia całością". Jung utrzymywał, że wyjście z uzależnienia wymaga doświadczenia religijnego: "Ponieważ zdążasz do doświadczenia numinotycznego, zostajesz uwolniony od przekleństwa patologii". (Zobacz History of Early AA's Spiritual Roots - Historia wczesnych duchowych korzeni AA). Podobnie, niektórzy teoretycy i klinicyści podeszli do uzależnień jako przede wszystkim kryzysu duchowego, a nie zaburzenia psychicznego [3].

Dobrze znany jest silny związek pomiędzy zaangażowaniem religijnym/duchowym (np. uczęszczanie do kościoła), a unikaniem alkoholu lub nielegalnych środków psychoaktywnych. Nie wiadomo jednakże wiele na temat wymiaru religijnego/duchowego leczenia uzależnień. Zmienne religijne/duchowe były zaniedbywane w badaniach. Do takich zmiennych zalicza się poczucie celu lub sensu w życiu, zmiany wartości i przekonań, zmiany w religijnych/duchowych praktykach, system wartości religijnych/duchowych klienta, akceptacja poszczególnych celów i strategii leczenia, oraz wpływ zorientowanych religijnie/duchowo interwencji na wyniki leczenia. Miller zaproponował, że owe zmienne powinny być zastosowane w badaniach, aby "ulepszyć nasze zrozumienie zachowań uzależnieniowych, a także wzmocnić zdolności w zakresie leczenia tych trwających problemów" [4]. Znany jest fakt, że pacjenci będący w leczeniu alkoholizmu, którzy

zaangażowali się w społeczność religijną po leczeniu, wykazują mniejszą skłonność do nawrotu, niż te osoby, które się nie zaangażowali. (Zobacz ICIHS Research Summaries).

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

W zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych niektóre osoby zachowują się w sposób, który opisują jako skrupulatną pobożność, ale w przebiegu dalszej ewaluacji okazuje się, że używanie religii jest metaforą dla opisanego kompulsywnych potrzeb. Na zewnątrz, rytuały religijne i zachowania obsesyjno-kompulsywne posiadają podobne cechy: wyraźna rola czystości; potrzeba rytuałów może być zaspokajana w specyficzny sposób i wielokrotnie; strach przed wykonaniem rytuału w nieprawidłowy sposób.

Greenberg i Witzum [5] opisują osobę, którą obawa przed nieprawidłowym odmówieniem modlitw doprowadziła do spędzania 9 godzin dziennie na modlitwach, zamiast normalnego czasu 40-90 minut, jak to robią inni Żydzi ultra-ortodoksyjni. Osoby w tej społeczności religijnej mające zaburzenie obsesyjno-kompulsywne stały się tak zajęte niektórymi detalami lub obszarami praktyk religijnych, że zaniedbały lub naruszyły inne zasady wiary. U tych osób, skrupulatna pobożność obejmowała użycie religii jako wyrażenie kompulsywnych potrzeb. (Jednakże autorzy podsumowali również, że ultra-ortodoksyjni Żydzi nie prezentowali wyższego ryzyka zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego). W tych przypadkach, Greenberg and Witzum zalecają wspólne spotkanie przy obecności lidera religijnego danego pacjenta, a także "użycie terminów i symboli danej religii mocno wierzących pacjentów, aby pacjent mógł się czuć tak komfortowo jak to możliwe" (str. 557) . Jeśli takie czynniki religijne dają podstawy do poświęcenia niezależnej uwagi klinicznej i są wyraźnie uwzględnione w leczeniu, wtedy Problem Religijny lub Duchowy powinien być odniesiony do Zaburzeń Obsesyjno-Kompulsywnych.

Greenberg i Witzum zaproponowali następujące kryteria rozróżnienia zachowań obsesyjno-kompulsywnych od praktyk religijnych:

1. Zachowanie kompulsywne przekracza zasady praw religijnych.
2. Zachowanie kompulsywne skupia się na jednym konkretnym obszarze i nie ma odzwierciedlenia w ogólnej praktyce religijnej.
3. Wybór i koncentracja zachowania obsesyjno-kompulsywnego są typowe dla tego zaburzenia (np. czystość i sprawdzanie, obsesyjne myślenie na temat bluźnierstwa przeciwko Bogu, czy strachu przed chorobą).
4. Wiele ważnych wymiarów życia religijnego są zaniedbane.

Zaburzenia psychotyczne

Współwystępowanie Problemów Religijnych i Duchowych z zaburzeniami psychotycznymi zdarza się często, szczególnie w psychozach maniakalnych. W pewnym badaniu hospitalizowanych pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym odkryto, że urojenia religijne występowały u 25% pacjentów, a ich halucynacje były krótkie, zwykle wielkościowe i religijne. Goodwin and Jamison (Choroba maniakalno-depresyjna) również zauważyli, że sprawy religijne i duchowe zajmują ważne miejsce u osób z zaburzeniem maniakalno-depresyjnym. Zasugerowali oni, że "wielu mistyków mogło cierpieć na chorobę maniakalno-depresyjną, np. Św. Teresa, Św. Franciszek, Św. Jan" (str. 362). Charakterystyki mistyczne mogą występować razem z zaburzeniem psychotycznym. U takich pacjentów Problemy Religijne lub Duchowe mogą być oznaczone razem z zaburzeniami znajdującymi się na Osi I.

Istnieją międzykulturowe wytyczne określające pokrywanie się psychozy i doświadczeń religijnych. Antropologowie zauważyli, że bardzo podobne stany psychiczne i zachowania

mogą być oznaczone w niektórych kulturach jako zaburzenia psychiatryczne, a w innych jako doświadczenia religijne. W kulturach, w których uznaje się te nietypowe stany jako mające znaczenie i proponuje się osobom doświadczającym tych stanów formalnego wsparcia, przynajmniej część z nich ma szansę na opanowanie tego i skierowanie w społecznie wartościową rolę. (Prince) [6]

W modelu spektrum świadomości Kena Wilbera [7] psychoza nie jest ani przedosobowa (infantylna i regresywna), ani transpersonalna (transcendentna i absolutna); jest ona depersonalna - i jest mieszkanką wyższych i niższych elementów:

[Psychoza] niesie ze sobą kaskadę fragmentów wyższych struktur, które uległy niszczącej dezintegracji" (str. 64). Stąd osoby psychotyczne "często przekazują głębokie duchowe wglądy" (str. 108)

Jednakże osoby psychotyczne nie są w stanie rozróżnić tego co transpersonalne od tego co regresywne i przedosobowe, w momencie doświadczania. Później, w czasie wracania do normy, zwykle są w stanie przegłądać swe doświadczenia i oddzielić ziarno od plew. Psychoterapia może uchronić autentyczne religijne/duchowe wymiary takich doświadczeń. James Hillman stwierdził, że powrót do zdrowia oznacza odzyskiwanie duchowości z zaburzenia i zobaczenie, że treść tego jest prawdziwie religijna.

Psychoterapia transpersonalna może być szczególnie przydatna w okresie po psychozie, gdyż promuje integrację zdrowych części doświadczeń religijnych/duchowych w psychozie. (Zobacz Lekcję 6.2 dotyczącą psychoterapii).

Jerome Stack, od 25 lat będący kapłanem katolickim w Metropolitan State Hospital w Norwalk w Kalifornii zaobserwował, że wiele osób z zaburzeniami psychicznymi przeżywają prawdziwe doświadczenia religijne:

Wielu pacjentów na przestrzeni lat opowiadało mi o swych doświadczeniach religijnych i dla mnie opowieści te były całkiem prawdziwe i wiarygodne. Ich doświadczenia boskości, duchowości są zdrowe i ożywiające. Oczywiście rozróżnienie jest ważne, ale równie ważne jest to, aby nie zakładać z góry, że pewne rodzaje doświadczenia czy zachowania religijnego są po prostu "częścią choroby".

Podczas epizodu szczególnie manii, osoby przeżywają podobne doświadczenia, do tych, jakie mają wielcy mistycy.

Sally Clay, obrońca i konsultant w Portland Coalition for the Psychiatrically Labeled (Koalicja na rzecz osób określonych mianem psychiatrycznym w Portland) napisała na temat ważnej roli doświadczeń religijnych w jej własnym powrocie do zdrowia. Przez dwa lata przebywała w szpitalu w Hartford Institute of Living (IOL) przy Yale zdiagnozowana na schizofrenię. Podczas pobytu miała potężne doświadczenia religijne, dzięki którym zaczęła uczęszczać na spotkania religijne.

Moja rekonwalescencja nie miała nic wspólnego z rozmową terapeutyczną, lekarstwami, czy elektrowstrząsami, jakie otrzymałam; co więcej, stało się to na przekór tym rzeczom. Mój powrót do zdrowia był rezultatem zaangażowania się w praktyki religijne. W IOL korzystałam zarówno z Protestantckich jak i Katolickich serwisów, a jeśli

Żydowskie czy Buddyjskie były dostępne, też uczęszczałam. Doznałam wyleczenia natychmiast, lub mówiąc inaczej - uzdrowienia, w wyniku bezpośredniego doświadczenia duchowego.

Wiele lat później, Clay udała się do IOL, aby przeglądnąć swoją kartotekę i odkryła, że określono jej kondycję jako "dekompensacja z urojeniami wielkościami skoncentrowanymi na duchowości". Clay wyrzuca, że "żaden aspekt mojego doświadczenia duchowego w IOL nie został rozpoznany jako prawdziwy; ani duchowe trudności, ani uzdrowienie, jakie nastąpiło na końcu".

Clay nie zaprzecza, że miała zaburzenie psychotyczne w tamtym czasie, ale udowadnia, że razem z dotkliwymi efektami wynikającymi z choroby, istniał również głęboki duchowy składnik, który został zignorowany. Opisuje, jak brak wrażliwości na wymiar duchowy jej doświadczenia ze strony pracowników medycznych i religijnych miał zły wpływ na jej powrót do zdrowia. Niemniej jednak, trwa ona w przekonaniu, że:

Dla mnie, zachorowanie na "chorobę psychiczną" było zawsze duchowym kryzysem, a znalezienie duchowego modelu odzyskiwania zdrowia było kwestią życia lub śmierci. Wreszcie mogłam otwarcie przyznać, że moje doświadczenia były i zawsze będą duchową podróżą, a nie czymś chorym, wstydlivym lub złym.

The Wounded Prophet, Sally Clay (Zraniony prorok).

Programy zajmujące się zdrowiem psychicznym mogą, poprzez swoją strukturę i kulturę, stworzyć środowisko promujące pracę z duchowością. New Recovery Center przy Uniwersytecie Bostońskim jest przykładem programu, który zaadoptował model rekonwalescencji włączający składnik duchowy. Program zajęć proponuje kursy takie jak "Połączenie: zdolności życia duchowego" ("Connectedness: Some Skills for Spiritual Health"), "Hatha Yoga", oraz "Seminarium rekonwalescencji" ("Recovery Seminar"). Zgłębianie osobistej rekonwalescencji jest głównym punktem programu.

Osoby wychodzące z zaburzeń mentalnych mają duże szanse na wzrost duchowy, ale istnieją również związane z tym trudności w wyrażeniu i rozwijaniu tego. Wsparcie jest bardzo potrzebne w klinicznym zgłębianiu duchowego życia tych osób.

Więcej informacji na temat integrowania duchowości i rekonwalescencji znajduje się w kursie Internet Guided Learning - Spirituality & Recovery from Mental Disorders (Duchowość i rekonwalescencja w zaburzeniach psychicznych)

Źródła

- 1 Ellis, A. (1980). "Psychotherapy and atheistic values: A response to A, E. Bergin's "Psychotherapy and Religious Issues"." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: 635-639.
- 2 American Psychiatric Association. (1990). "Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitments and psychiatric practice." *American Journal of Psychiatry* 147: 542.
- 3 Grof C (1993) *Thirst for wholeness: Attachment, addiction and the spiritual path*. San Francisco: HarperCollins.
- K. Doka & J. Morgan (Eds.), *Death and spirituality*. Amityville, NY: Baywood.
- 4 Miller, W R (1990) *Spirituality: The silent dimension in addiction research*. Drug and

Alcohol Review 9:259-266.

5 Greenberg, D. and E. Witztum (1991). "Problems in the treatment of religious patients." American Journal of Psychotherapy 45(4): 554-565.

6 Prince, R. H. 1992 Religious experience and psychopathology: Cross-cultural perspectives. In J. F. Schumacher (Ed.), Religion and mental health, (pp. 281-290). New York: Oxford University Press.

7 Wilber, K. (1993) The pre/trans fallacy. In Walsh, R. Vaughan, F. (Eds.) Paths Beyond Ego. Los Angeles: Tarcher.

ZAGADNIENIE 25 WYMAGANE DO QUIZU

Religijność pacjentów

Pacjenci psychiatryczni są:

- a) bardziej religijni od populacji ogólnej;
- b) mniej religijni od populacji ogólnej;
- c) tak samo religijni jak populacja ogólna.

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

ZAGADNIENIE 26 WYMAGANE DO QUIZU

Diagnoza

Problemy Religijne lub Duchowe nie mogą być oznaczone jako diagnoza z Osi I przy jednoczesnym występowaniu Zaburzenia z Osi I

Prawda

Fałsz

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 5.1 Diagnoza różnicowa

Diagnoza różnicowa intensywnego kryzysu duchowego i zaburzeń psychicznych

- Kryteria diagnostyczne kryzysu duchowego
- Diagnoza różnicowa intensywnych doświadczeń duchowych
- Przykłady przypadków

Diagnoza różnicowa intensywnego kryzysu duchowego i zaburzeń psychicznych

DSM-IV podkreśla potrzebę wrażliwości kulturowej podczas ewaluacji schizofrenii przez klinicystów w sytuacjach socjoekonomicznych i kulturowych różnych od ich własnych:

Rzeczy, które wydają się urojeniem w jednej kulturze (np. czarnoksiężstwo i magia), mogą być powszechnie uznawane w innej. W niektórych kulturach treść halucynacji wizualnych czy słuchowych mogą być normalną częścią doświadczenia religijnego (np. widzenie Dziewicy Marii lub słyszenie głosu Boga). (str. 281).

Kryteria określające diagnozę różnicową między psychopatologią, a autentycznymi doświadczeniami duchowymi zostały zaproponowane przez Agosina [1], Grofa i Grof [2], oraz Lukoffa [3]. Między proponowanymi kryteriami istnieje znaczny obszar wspólny. Ken Wilber przekonuje, że brak jasności w oddzieleniu intensywnych doświadczeń duchowych od psychozy powstaje w wyniku braku rozróżnienia stanów przed-racjonalnych i autentycznych stanów transpersonalnych. Owo "błędne podejście do przed/trans" jest utrwalone:

Jeśli obydwa, przed-osobowe i transpersonalne stany są, w swoisty sposób, nie-personalne, wtedy obydwa wydają się podobne, a nawet identyczne dla niewytrawnego oka. (Wilber, str. 125 [4])

Poniższe kryteria diagnostyczne oryginalnie opublikowane zostały w *Jornal of Transpersonal Psychology* w 1985, w artykule zatytułowanym *Diagnosis of Mystical Experience with Psychotic Features* (Diagnoza doświadczeń mistycznych o cechach psychotycznych). Zastosowanie kryteriów roboczych jest w celu zidentyfikowania przypadków kryzysu duchowego o wysokim stopniu trafności (prawdziwości) i stałości opinii różnych diagnostyków (wiarygodność). Poszczególne kryteria podane poniżej reprezentują hipotezy, które należy zweryfikować w badaniach, aby stwierdzić, czy wykazują akceptowalny poziom zgody osób oceniających i czy trafnie identyfikują pozytywnie transformujące doświadczenia.

Kryteria diagnostyczne kryzysu duchowego

1. Zjawisko pokrywa się z jednym z typów kryzysu duchowego.
2. Prognoza wskazuje na pozytywny rezultat
3. Osoba nie prezentuje znaczącego ryzyka zachowania prowadzącego do zabójstwa lub samobójstwa

1. Zjawisko pokrywa się z jednym z typów kryzysu duchowego

Kryterium 1 opiera się na umiejętności klinicysty w rozróżnianiu charakterystyk fenomenologicznych różnych typów kryzysu duchowego. Zaproponowałem pięć kryteriów, według których można zidentyfikować fenomenologiczne pokrycie się z doświadczeniami

mistycznymi. Oszacowanie pokrywania się innych typów, można oprzeć na fenomenologii opisanej w Lekcji 3 Rodzaje Problemów Duchowych. Poniższe kryteria są przykładem dla problemów doświadczeń mistycznych.

a) nastrój ekstazy

Najbardziej stałą cechą doświadczeń mistycznych jest podwyższenie nastroju. Laski (1968) opisuje to jako stan, w którym występują "uczucia nowego życia, innego świata, radości, wybawienia, perfekcji, satysfakcji, chwały" (cytowane w Perry [5], str. 84). Bucke [6] przebadał doświadczenia znanych mistyków, przywódców i artystów, jak również swoje własne doświadczenie mistyczne i zaobserwował, że wszystkie podzielały wspólnie "uczucie egzaltacji i ogromnej radości" (str. 9). James [7] wskazuje również na "mistyczne poczucie powiększenia, zjednoczenia i wyzwolenia" (str. 334), a także twierdzi, że "stany mistyczne są bardziej stanami odczuwania, niż intelektu" (str. 300).

b) poczucie nowo nabytej wiedzy

Poczucie poszerzenia intelektualnego zrozumienia oraz przekonania, że tajemnice życia zostały objawione, są często obecne w doświadczeniach mistycznych (Leuba [8]). James [7] opisuje fenomen nowo uzyskanej wiedzy ("gnoza") jako stany wglądu w głębię prawdy bez udziału analitycznego intelektu. Są to oświecenia, objawienia, pełne znaczenia i ważności (str. 33). Jacob Boehme, szewc z XVII wieku, którego doświadczenia mistyczne zapoczątkowały nowe powołanie filozofa natury, powiedział: "w ciągu kwadransa zobaczyłem i zrozumiałem więcej, niż gdybym studiował przez wiele lat na uniwersytecie. Gdyż zobaczyłem i zrozumiałem istnienie wszystkiego" (cytowane w Perry [5] str. 92).

c) zmiany percepcji

Doświadczenia mistyczne często wiążą się ze zmianami w percepcji, od wzmożonych doznań po halucynacje słuchowe i wzrokowe. Boehme sam poczuł się otoczony światłem podczas jego doświadczenia mistycznego. Halucynacje wzrokowe i słuchowe również często występują w treściach religijnych, np. św. Teresa widziała anioły, a św. Paweł słyszał głos Jezusa Chrystusa, który mówił "Pawle, Pawle, czemu mnie prześladujesz?" (Dzieje: 3-4).

d) urojenia o specyficznym temacie związanym z mitologią

James [7] i Neuman [9] wyrazili opinię na temat różnorodności treści doświadczeń mistycznych na przestrzeni czasu i kultur. Doświadczenie mistyczne nie zawiera swej własnej konkretnej intelektualnej treści. Tworzy ono związki z materiałem podanym przez najróżniejsze filozofie i teologie. (James [7] str. 333).

Media elektroniczne znacznie wzbogaciły różnorodność materiału kulturowego dostępnego do włączenia zarówno w doświadczenia mistyczne, jak i psychotyczne. Osoby, które w przeszłości uważały, że są św. Łukaszem, mogą teraz uważać się za Luka Skywalkera.

Jednakże dr John Perry zauważa, że pod powierzchnią konkretnych tożsamości i przekonań występują podobieństwa tematyczne w sprawozdaniach pacjentów, których epizody psychotyczne mają pozytywne rozwiązanie:

Wygląda na to, że istnieje jeden rodzaj epizodu, który można scharakteryzować według jego treści i obrazów, co wystarcza, aby rozpoznać jako syndrom. Występuje tu grupowanie treści symbolicznych w główne tematy, w zadziwiający sposób podobne we wszystkich przypadkach (str. 9)

Opierając się na badaniu Perry'ego oraz na innych sprawozdaniach pacjentów, u których nastąpiło pozytywne rozwiązanie, wyróżniono osiem tematów jakie powszechnie występują w kryzysach duchowych:

1. Śmierć: bycie nieżywym, spotkanie zmarłych lub spotkanie ze Śmiercią.
2. Odrodzenie: nowa tożsamość, nowe imię, zmartwychwstanie, wyniesienie do stanu, Boga, króla lub mesjasza.
3. Podróż: poczucie bycia w podróży lub posiadania misji.
4. Spotkania z istotami duchowymi: siły demoniczne i/lub duchy wspierające.
5. Kosmiczny konflikt: dobro/zło, komuniści/Amerykane, światło/ciemność, pierwiastek męski/żeński
6. Moce magiczne: telepatia, jasnowidztwo, zdolność czytania w umysłach, przesuwania obiektów.
7. Nowa społeczność: radykalna zmiana w życiu społecznym, religii, New Age, utopia, światowy pokój.
8. Boskie zjednoczenie: Bóg jako ojciec, matka, dziecko; Poślubienie Boga, Chrystusa, Marii Dziewicy, Radha czy Krishny.

Porównując, nie wszystkie urojenia posiadają treść nawiązującą do powyższych ośmiu tematów mitycznych. Poniższe relacje pacjentów schizofrenicznych, z którymi pracowałem, przedstawiają inne tematy:

- mój mózg został usunięty;
- wszczepiono mi do mózgu nadajnik, który przekazuje wszystkie moje myśli innym;
- moi rodzice upuszczają mi krew co noc;
- mafia zatruwa moje jedzenie i próbuje mnie zabić;
- moje myśli są kradzione i to zaburza moją zdolność jasnego myślenia;
- osoba, która mówi, że jest moją żoną, udaje, że nią jest; to nie jest moja żona.

Znajomość szerokiego zakresu i rodzaju treści mitów, religii i psychozy jest konieczna do rozróżnienia, które urojenia mają mityczną zawartość.

e) brak dezorganizacji pojęciowej

Niektórzy pacjenci psychotyczni mają deficyty pojęciowe, które powodują trudność w podstawowych procesach myślowych. Np. osoba schizofreniczna uskarżała się, "gubię się w przestrzeniach między słowami w zdaniach. Nie mogę się skoncentrować, albo przeskakuję do myślenia o czymś innym" (w Estroff [10] str. 223). Systematyczne porównania sprawozdań z pierwszej ręki na temat mistycznych doświadczeń i schizofrenii pokazały, że "blokowanie myśli oraz inne zaburzenia w języku i mowie nie pojawiają się w doświadczeniach mistycznych" (Buckley, str. 521). Dlatego obecność dezorganizacji pojęciowej występującej jako zaburzenie myślenia, braku spójności i blokowania, wskazywałaby na doświadczenie inne od kryzysu duchowego.

2. Prognoza wskazuje na pozytywny rezultat

Kryterium 2 oparte jest na popartych badaniami dobrych wskazówkach prognostycznych, które pomagają przewidzieć pozytywny długoterminowy rezultat. Poniżej wymienione cechy oparte są na przeglądzie literatury dotyczącej rezultatów (Lukoff, 1986). Dobre wskazówki prognostyczne to m.in.:

- 1) dobre funkcjonowanie przed epizodem;

- 2) ostry początek symptomów w okresie 3 miesięcy lub krócej;
- 3) epizod psychotyczny wywołany stresem;
- 4) pozytywna postawa otwarta na doświadczenie.

3. Osoba nie prezentuje znaczącego ryzyka zachowania prowadzącego do zabójstwa lub samobójstwa

Kryterium 3 obejmuje problemy, które mogą wymagać leczenia w środowisku zamkniętym. Zaburzenia psychotyczne mogą dawać początek zachowaniom samobójczym lub zabójczym. Zarówno John Lennon jak i prezydent Reagan zostali postrzeleni przez osoby z uprzednio zdiagnozowanymi zaburzeniami psychotycznymi. Arieti & Schreiber [11] opisali przypadek wielokrotnego mordercy, u którego halucynacje słuchowe od Boga oraz urojenia na temat misji religijnej podsyły krwawe morderstwa.

Oszacowanie niebezpieczeństwa oraz skłonności samobójczych są prawnym obowiązkiem licencjonowanych pracowników dziedziny zdrowia psychicznego. Kryterium to powinno być uwzględnione tylko wtedy, jeśli jest podejrzenie bezpośredniego zagrożenia. Zachowania, które wydają się dziwne, ale nie prezentują zagrożenia dla siebie lub innych, nie wymagają użycia tego kryterium.

Nawet przy zastosowaniu kryteriów, często trudno jest rozróżnić kryzys duchowy od epizodów zaburzenia psychicznego. Agosin (1991) wskazał na to, że "obydwa przypadki są próbami odnowy, transformacji i uzdrowienia" (str. 52).

Mistrz Zen, Jakusho Kwong Roshi, zaobserwował, że potężne duchowe przebudzenia mogą mieć różne rezultaty,

Ktokolwiek posiadający ciało i umysł może doświadczyć przebudzenia.
Ludzie najczęściej albo o tym nie mówią, albo wariują lub poszukują,
co prowadzi ich do nauczyciela, który potrafi wyjaśnić ich sytuację.

Diagnoza różnicowa intensywnych doświadczeń duchowych

Greenberg i Witzum [12] opierając się na doświadczeniu w pracy z ultra-ortodoksyjną sektą Żydowską w Izraelu, zaproponowali następujące kryteria rozróżniające między normatywnymi ostrymi przekonaniem i doświadczeniami religijnymi a symptomami psychotycznymi:

1. Doświadczenia psychotyczne są bardzo osobiste, np. mogą zawierać specjalne przekazy od postaci religijnych.
2. Szczegóły doświadczeń psychotycznych przekraczają akceptowalne wierzenia, czyli są bardziej intensywne od normatywnych doświadczeń religijnych w społeczności religijnej.
3. Osoba w epizodzie psychotycznym może być przerażona tym doświadczeniem, zamiast odczuwać ekscytację.
4. Osoba w epizodzie psychotycznym zaabsorbowana tym doświadczeniem i nie może myśleć o niczym innym
5. Początek doświadczenia związany jest z pogorszeniem umiejętności społecznych i higieny osobistej.

Kryteria te powinny być uznane jako wskazówki i zastosowane w sposób wrażliwy na kontekst i kulturę. Niektóre prawdziwe intensywne doświadczenia religijne mogą budzić strach i przerażenie, mogą absorbować osobę przez pewien okres czasu i mogą prowadzić do

odprawiania własnych prywatnych rytuałów. W dodatku, Greenberg i Witzum (1991) zwracają uwagę na to, że:

Odróżnienie przekonań i rytuałów religijnych od urojeń i kompulsji jest trudne dla terapeutów, którzy nie znają podstawowych zasad danej religii.

Przykłady przypadków

Zastosowanie wymienionych kryteriów diagnostycznych przedstawione jest w Przykładzie Diagnostycznym.

ZAGADNIENIE 27 WYMAGANE DO QUIZU

Słyszenie głosów

Słyszenie głosów, gdy nikogo wokoło nie ma jest:

- a) oznaką kryzysu duchowego;
- b) oznaką zaburzenia psychicznego;
- c) a lub b

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

Źródła:

- 1 Agosin, T. (1992). Psychosis, dreams and mysticism in the clinical domain. In F. Halligan & J. Shea (Eds.), *The fires of desire*. New York: Crossroad.
- 2 Grof, S., & Grof, C. (Eds.). (1989). *Spiritual emergency: When personal transformation becomes a crisis*. Los Angeles: Tarcher.
- 3 Lukoff, D. (1985). The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *Journal of Transpersonal Psychology*, 17(2), 155-181.
- 4 Wilber, K. (1980). The pre/trans fallacy. *Re-Vision*, 3, 51-72.
- 5 Perry, J. (1974). *The far side of madness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- 6 Bucke, R. (1969). *Cosmic Consciousness*. New York: Dutton.
- 7 James W (1961). *The varieties of religious experience*. New York: MacMillan.
- 8 Leuba J H (1929). *Psychology of religious mysticism*. New York: Harcourt and Brace.
- 9 Neumann E (1964) *Mystical man*. In J Campbell (Ed), *The mystic vision*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- 10 Estroff, S. (1981). *Making it crazy*. Berkeley: Univ. California Press.
- 11 Arieti, S. and Schreiber, F. (1981). Multiple murders of a schizophrenic patient. *J American Academy of Psychoanalysis*, 9(2), 501-529.
- 12 Greenberg, D. and E. Witztum (1991). "Problems in the treatment of religious patients." *American Journal of Psychotherapy* 45(4): 554-565.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe
Lekcja 6.1 Interwencje terapeutyczne: Kryzys duchowy

Przegląd leczenia • Interwencje terapeutyczne w kryzysach ostrych
• Przykłady przypadków

Przegląd leczenia

Mistyczość, Doświadczenie Bliskie Śmierci, Medytacja i Praktyka Duchowa, Wizjonerstwo i Szamańskie typy problemów duchowych powiązane z kryzysem ("kryzysem duchowym"), gdzie osoba ma problemy w funkcjonowaniu. Każdy z tych problemów ma swoją sekcję w terapii.

Doświadczenia Mistyczne
Doświadczenia bliskie śmierci
Medytacja i Praktyki duchowe
Doświadczenia Wizjonerskie
Doświadczenia Szamańskie

Są również pewne terapeutyczne strategie, które mają zastosowanie do wszystkich kryzysów duchowych.

Stanislav Grof, MD, and Christina Grof, założyciele "Spiritual Emergence Network" opisują podejście duchowo-wrażliwe:

Najważniejszym zadaniem dla ludzi będących w kryzysie duchowym jest dać im pozytywny kontekst ich doświadczeń oraz wystarczające informacje o procesie, przez który przechodzą. Niezbędnym jest by odeszli od koncepcji choroby i rozpoznali przewodnią naturę ich kryzysu.

W zależności od tego czy postawa i interakcje w wąskim kole bliskich krewnych i przyjaciół jest odżywcza i wspierająca, czy raczej straszna, osadzająca i manipulacyjna, czyni to znaczną różnicę w warunkach kierunku i wynikach epizodu:

“[Terapia] nie powinna być ograniczona do rozmowy i powinna pozwalać na pełne doświadczenie i bezpośrednie uwolnienie emocji. To absolutnie niezbędne, by szanować uzdrawiającą mądrość transformującego procesu, by wspierać jego naturalny kierunek, i uhonorować i akceptować pełne spectrum ludzkiego doświadczenia”.

(Kryzys Duchowy: Kiedy osobista transformacja staje się kryzysem, str.195)

Interwencje mogą sięgać od wsparcia w ograniczono-czasowym kryzysie, z możliwym wpływem krewnych, przyjaciół, grup wsparcia, osób z opieki medycznej, do intensywnej, długotrwałej psychoterapii. Wybór specyficznej interwencji zależy od intensywności, długości trwania, rodzaju problem duchowego, jak również od osoby i jej sieci wsparcia.

Interwencje terapeutyczne w kryzysach ostrych

Terapia u pacjentów z kryzysem duchowym może przebiegać wg 9 następujących interwencji:

1. Normalizacja.
2. Stworzenie terapeutycznej struktury.
3. Pomoc pacjentowi w zredukowaniu bodźców środowiskowych i interpersonalnych.
4. Zalecenie pacjentowi, aby czasowo zaprzestał praktyk duchowych.

5. Wykorzystanie sesji terapeutycznych do ugruntowania pacjenta
6. Zasugerowanie, aby pacjent zmienił dietę na bardziej "ciężkie" jedzenie i unikał postów.
7. Zachęcenie pacjenta do zaangażowania się w proste ugruntowujące i uspokajające aktywności.
8. Zachęcenie pacjenta do rysowania, rzeźbienia, tworzenia muzyki, pisania pamiętnika, poezji, do tańca.
9. Oszacować potrzebę brania lekarstw.

Normalizacja

Osoby w trakcie intensywnego doświadczenia duchowego potrzebują pewnych ram do zrozumienia, dzięki którym doświadczenie owo nabierze sensu. Teorie z dziedziny zdrowia psychicznego nie dostarczają zbyt wielu wskazówek w tej kwestii i często patologizują doświadczenia religijne i duchowe. Najczęściej przyczyną tego, że doświadczenia te wymykają się spod kontroli, jest brak zrozumienia, przewodnictwa i wsparcia. Jung opisał w poniższym przykładzie sytuację, w której zapewnienie normalizującej struktury pomogło pacjentowi:

Żywo pamiętam przypadek profesora, który doświadczył nagłej wizji i myślał, że zwariował. Przyszedł do mnie w stanie całkowitej paniki. Ja zwyczajnie wziąłem 400-letnią książkę z półki i pokazałem mu stary drzeworyt obrazujący dokładnie to, co widział. Powiedziałem, "Nie ma potrzeby wierzyć, że oszalałeś. Znali twoją wizję już 400 lat temu". Usiadł po tym czując się niepewnie, ale bardziej normalnie (Man and His Symbols, str. 58 - Człowiek i jego symbole).

W podobny sposób, Ram Dass, nauczyciel duchowy początkowy wyuczony na psychologa klinicznego, pomógł osobie w trudnej sytuacji poprzez zdefiniowanie jego doświadczenia jako reakcję kundalini. Osoba zadzwoniła do niego i powiedziała, że wariuje. Człowiek ten opisał objaw niekontrolowanych łez i dużej ilości energii, z powodu której nie mógł spać. Ram Dass powiedział,

Przeczytam listę symptomów, mam tutaj ksero. To jest po prostu matka Kundalini w działaniu.

(Spiritual Emergency: When a Personal Transformation Becomes a Crisis, str. 181)

Dr Brant Cortright opisuje kliniczną wartość edukowania pacjenta i jego bliskich:

Edukacja na temat kryzysu duchowego ma dwie podstawowe funkcje. Po pierwsze, daje osobie zrozumienie swej sytuacji, jakby mapę terytorium, po którym się porusza. Posiadanie wyczucia terenu oraz wiedzy, że inni podróżowali już przez te rejony, dostarcza znacznej ulgi. Po drugie, zmienia to nastawienie człowieka do tego doświadczenia. Kiedy osoba (oraz bliscy) zmienia postrzeganie doświadczenia jako pozytywne i pomocne, raczej niż złe i chore, zmienia to stosunek osoby do doświadczenia. Zrozumienie, że jest to proces zdrowienia i wzrostu, pozwala osobie zwrócić się na wewnętrzny przepływ doświadczenia, aby go zaakceptować, zamiast odwrócenia się tyłem lub tłumienia go (Psychotherapy and Spirit, str. 173 - Psychoterapia i duch).

Pojęcie kryzysu duchowego samo w sobie opisuje i normalizuje takowe kryzysy. Dostarcza niepatologicznego zrozumienia i jest otwarciem dla pacjentów, ich rodzin i przyjaciół na coraz bogatszą literaturę z zakresu tego rodzaju problemów.

Dr Ed Podvoll, psychiatra, który w pracy z pacjentami stosuje podejście buddyjskie, włączając w to trening współczucia i pełni świadomości, mówi, że nie jest to łatwy proces:

Trudnym zadaniem jest zmiana postrzegania osoby z odbioru doświadczenia jako zupełnie destrukcyjnego kataklizmu na zdolność zobaczenia i docenienia konstruktywnej próby transcendencji siebie, oraz że świadomym celem tego jest nie porzucenie życia, ale próba jego odnowy (The Seduction of Madness, str. 587 - Pokusa szaleństwa).

Najczęściej rodzina i przyjaciele pacjenta odgrywają ważną rolę przy wprowadzaniu i podtrzymywaniu duchowych i ugruntowujących interwencji opisanych poniżej. Dlatego ich również należy wyedukować na temat potencjału pozytywnej transformacji oraz sposobu wspierania osoby w kryzysie duchowym.

Stworzenie terapeutycznej struktury

Dr John Perry, który założył Diabysis, czyli centrum leczenia zamkniętego, w którym pracuje się z osobami w stanach psychotycznych z wizjami, podkreśla, że kiedy psychika osoby jest naenergetyzowana i zaktywowana, potrzebuje ona wtedy kontaktu z ludźmi, którzy są empatyczni, aktywnie zachęcają, dostarczają akceptującego uznania cech pojawiających się w procesie i zachęcają do procesu, zamiast próbować go zatrzymać lub przeszkodzić. Dr Brant Cortright podkreśla cechy, jakich wymaga się od terapeuty:

„W kryzysie duchowym, postawa osobista terapeuty jest kluczem. Niektórzy pacjenci są w stanie samotnie żeglować po tych wodach, ale dla innych obecność jednego lub kilku mądrych współczujących przewodników w tej podróży może okazać się wielką pomocą... Ciepło i współczucie wraz z dozą miękkości i łagodności są niezbędne, gdyż twardość, zimno lub brak wrażliwości mogą być silnie rażące dla delikatnej i wyostrzonej percepcji osoby przechodzącej przez owe zmiany świadomości. Dodatkowo, swego rodzaju spokój i dyskretna pewność siebie pomagają energetycznie dodawać otuchy i złagodzić obawy i pobudzenie, które są często obecne (Psychotherapy and Spirit, str. 174 - Psychoterapia i duch)”.

Pomoc pacjentowi w zredukowaniu bodźców środowiskowych i interpersonalnych

Osoba przechodząca przez kryzys duchowy powinna być ochroniona przed psychicznymi bodźcami świata codziennego, które często doświadczane są jako bolesne i zakłócające wewnętrzny proces. Terapeuta powinien ustalić z pacjentem, które konkretne osoby i sytuacje zaostrzają dysfunkcyjne aspekty kryzysu duchowego.

Zalecenie pacjentowi, aby czasowo zaprzestał praktyk duchowych

Medytacja jest aktywatorem wielu zgłoszonych kryzysów duchowych. Nauczyciele medytacji, którzy prowadzą intensywne obozy medytacyjne, zaznajomieni są z tym faktem i wypracowali strategie radzenia sobie z takimi wydarzeniami (zobacz przykłady przypadków). Yoga, Qi gong oraz inne duchowe praktyki również mogą być wyzwaniem. Nauczyciele zwykle doradzają, aby czasowo zaprzestać praktyki. Można do niej powrócić, gdy osoba się ustabilizuje.

Wykorzystanie sesji terapeutycznych do ugruntowania pacjenta

Sesje terapeutyczne można wykorzystać na wiele sposobów, w zależności od fazy kryzysu duchowego, oraz jego konkretnych cech. W poniższym przykładzie, dr Stuart Sovatsky, dyrektor kliniczny Kundalini Clinic, opisuje przypadek ze swej praktyki klinicznej, w którym ugruntował w terażniejszości pacjenta z kryzysem duchowym podczas sesji terapeutycznej:

Klient: Jestem przytłoczona (płacze, szlocha) tym kundalini, nie mogę tego więcej wytrzymać, nie wiem co zrobić.

Terapeuta: (Mówi równocześnie z klientem). Masz wspaniały muzyczny głos, słyszę to podczas szlochania.

Klient: Lubię śpiewać, chcę być piosenkarką.

Terapeuta: W takim razie będzie to dużą porcją naszego celu. Cel ten skieruje dużo energii w stronę kreatywności, czakra vishuddha, gardło chce śpiewać, ty chcesz śpiewać.

Klientka słuchała do połowy, tego co powiedziałem, po czym spuściła oczy i zaczęła znowu szlochać.

Terapeuta: Proszę, spójrz na mnie znowu, wymknęłaś się z kontaktu ze mną i wróciłaś do cyklu desperackich myśli. Popatrz. Widzisz, tak naprawdę cię podziwiam i to prawda. Podziwiam twoją odwagę, aby przyjść do obcej osoby z nadzieją na pomoc. Podziwiam twoją zdolność do zaufania, tak, tak, TERAZ twoje zaufanie do mnie wzrasta, widzę to w twoich oczach, kiedy patrzysz (Klientka uśmiecha się).

To jest nasza relacja współpracy... Owo "patrzenie" jest początkiem medytacji z otwartymi oczami, która ugruntowuje klientkę w czasie i przestrzeni, aby nie odpłynęła z powrotem do desperackiego myślenia.

Zasugerowanie, aby pacjent zmienił dietę na bardziej "ciężkie" jedzenie i unikał postów
Ziarna (szczególnie całe), fasola, produkty mleczne oraz mięso uważane są za ugruntowujące ("ciężkie") jedzenie, w przeciwieństwie do owoców i soków owocowych i sałat. Cukier oraz stymulanty, jak kofeina, nie są zalecane.

Zachęcenie pacjenta do zaangażowania się w proste ugruntowujące i uspokajające aktywności

Ogrodnictwo jest przykładem tego, a także jakiegokolwiek proste zadania, jak robienie na drutach, sprzątanie domu, praca łopatą, porządkowanie. Zachęć pacjenta do uczestniczenia w regularnych ćwiczeniach. Spacerowanie są prawdopodobnie najlepszym sposobem przywrócenia świadomości z powrotem do ciała. Spacerowanie w naturze mają dodatkową zaletę wzmacniania ciszy i spokoju umysłu. Jeśli pacjent regularnie uczestniczy w innych aktywnościach, jak pływanie czy jazda rowerem, może zaangażować się również w to. Jednakże sporty rywalizacyjne mogą być zbyt pobudzające.

Zachęcenie pacjenta do rysowania, rzeźbienia, tworzenia muzyki, pisania pamiętnika, poezji, do tańca

Zachęć go do tego, zarówno podczas sesji, jak i w domu. Kreatywne artystyczne zajęcia mogą pomóc osobie wyrazić swe doświadczenie, jak i go przepracować. Język symboli i metafor może pomóc zintegrować to, co słownie nie może być wyrażone.

Oszacować potrzebę brania lekarstw

Niektórzy praktycy, jak dr John Perry, przekonują, że lekarstwa tylko hamują zdolność człowieka do koncentracji na pracy wewnętrznej i tłumią energię psychiczną potrzebną do wytrwania w wysiłku, aby iść naprzód. Kiedy lekarstwo jest użyte, aby stłumić proces wewnętrzny, staje się on wtedy zamrożonym nieskończonym stanem. Stłumienie może zablokować potencjał całkowitego przepracowania zakończonym rozwiązaniem.

Niekiedy proces jest tak intensywny, że osoba staje się bardzo przytłoczona i pełna lęku. Osobie takiej przydałoby się spowolnienie procesu. Dr Bruce Victor, psychiatra i psychofarmakolog, stosuje małe dawki lekarstw wyciszających i antypsychotycznych, aby znieść niektóre z najbardziej zakłócających uczuć, co pozwala osobie na lepszą asymilację doświadczenia.

Rozwiązanie tego pozornego konfliktu leży w oszacowaniu, czy obecność zniewalającego

stanu służy wzrostowi psychologicznemu. O ile doświadczenie bólu, fizjologicznego czy psychicznego, może być potężnym motywatorem do przemiany osobistej, o tyle jego nieustępliwość może przekroczyć pewien punkt, po którym wzrost zostaje zahamowany... Pewnym wyzwaniem jest zdeterminowanie, czy osoba jest w stanie aktywnie pracować z bólem w terapeutyczny sposób w stronę wzrostu psychologicznego... Jedną ważną rolę farmakoterapii jest nieustannie szacować poziom symptomów, czy to jest ból, depresja, lęk, czy stany psychotyczne, aby osoba mogła je zintegrować w celu wzrostu. (Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology, str. 332 - Podręcznik psychiatrii i psychologii transpersonalnej).

Niektórzy psychiatrzy wrażliwi na proces kryzysu duchowego przedstawiają na konferencjach swe metody postępowania. Ich podejście polega na przepisaniu dawek leków, które są w stanie ostudzić proces wewnętrzny, aby pacjent mógł kontynuować pracę nad sobą jako osoba dochodząca, a nie zamknięta na oddziale (np. dr Robert Turner). Praktyki medyczne są coraz bardziej zaznajomione z nowym rozumieniem kryzysów duchowych. Np. dr Bruce Greyson mówi, że ludzie na oddziałach intensywnej terapii, którzy zgłaszają doświadczenia bycia poza ciałem i spotkania aniołów, nie są więcej postrzegani jako mający "psychozę intensywnej terapii" wymagającą leczenia lekami antypsychotycznymi.

Głównym kryterium, którego ja używam decydując, czy skierować osobę na ewaluację pod kątem potrzeby leków, jest fakt czy sytuacja osoby jest wystarczająco dobra, aby podtrzymać jej zaangażowanie w intensywny proces wewnętrzny. Osoba żyjąca we wspólnocie, jak centrum rozwoju duchowego, może wejść znacznie głębiej w proces, gdy ma odpowiednią fizyczną opiekę i wsparcie podczas przechodzenia przez kryzys. Obserwowałem to w Fundacji Ojai, centrum rozwoju, gdzie osoba doznała kryzysu duchowego, który wymagał nieustannej uwagi. Wspólnota zapewniła całkowite wsparcie przez 2 tygodnie, aż osoba zaczęła funkcjonować samodzielnie.

Jednakże osoby żyjące w mniej wspierających środowiskach często muszą zachować wyższy stopień funkcjonowania. W przeciwnym razie ryzykują możliwość pójścia do szpitala, utraty środków do życia, sytuacji mieszkalnej i innych ważnych rzeczy. Referuję takie osoby jako kandydatów do wzięcia leków, jeśli oszacuję, że ich stan stwarza właśnie tego typu ryzyko. W przypadku, kiedy byłbym przekonany, że pacjent stwarza ryzyko dla innych, wtedy na pewno skierowałbym na ewaluację pod kątem przepisania leków, choć w kryzysie duchowym zdarza się to rzadko. Jednakże, pacjenci w kryzysie duchowym mogą ryzykownie się zachowywać, np. prowadzić samochód w sposób niebezpieczny, co stwarza zagrożenie dla innych. Dlatego ewaluacja ryzyka jest częścią ewaluacji pod kątem leków i należy wziąć pod uwagę system wsparcia pacjenta w kryzysie duchowym. Oczywiście, jakiegokolwiek użycie leków powinno odbyć się przy pełnym zrozumieniu i zgodzie pacjenta i zaleca się, aby aktywnie uczestniczył w podejmowaniu o tym decyzji.

Przykłady przypadków

Emma Bragdon opisuje swój osobisty kryzys, który dotyczył kwestionowania wartości duchowych.

Oddzielenie od duchowego nauczyciela może prowadzić do utraty duchowego kontaktu na poziomie indywidualnych pytań, a potem odcina wsparcie społeczne danego systemu wiary i jego praktyk.

ZAGADNIENIE 28 WYMAGANE DO QUIZU

Medytacja

Medytacja jest zawsze dobrą interwencją w kryzysie duchowym.

Prawda

Fałsz

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

ZAGADNIENIE 29 WYMAGANE DO QUIZU

Lekarstwa

Lekarstwa są zawsze przeciwwskazaniem w kryzysie duchowym

Prawda

Fałsz

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 6.2 Psychoterapia

Interwencje duchowe w psychoterapii • Rola psychoterapii

- Faza 1: Opowiedzenie historii doświadczenia
- Faza 2: Odszukanie symbolicznego/duchowego dziedzictwa
- Faza 3: Stworzenie nowej osobistej mitologii

Interwencje duchowe w psychoterapii

Interwencje duchowe mogą być konieczne w procesie rekonwalescencji i przemiany. Można do nich zaliczyć:

- edukacja pacjenta na temat procesu kryzysu duchowego, który jest częścią podróży duchowej i posiada potencjalnie pozytywne rozwiązanie;
- zachęcenie pacjenta do zaangażowania w ścieżkę duchową lub społeczność religijną, które są w zgodzie z jego doświadczeniami i wartościami;
- zachęcenie pacjenta do poszukania wsparcia i przewodnictwa wiarygodnych i odpowiednich liderów religijnych lub duchowych;
- zachęcenie pacjenta do zaangażowania się w praktyki religijne lub duchowe, które są w zgodzie z jego przekonaniami (np. modlitwa, medytacja, czytanie ksiązek o tematyce duchowej, praktyki wyznaniowe, rytuały, wybaczenie oraz posługa);
- modelowanie duchowości własnej pacjenta (kiedy jest to odpowiednie), włączając w to poczucie duchowego celu i znaczenia, nadzieję i wiarę w coś transcendentnego.

Rola psychoterapii

Psychoterapia może pomóc pacjentowi ukształtować problemy religijne i duchowe w spójną narrację, aby zobaczyć "przekaz" zawarty w doświadczeniu i stworzyć afirmującą życie osobistą mitologię, która integruje jego duchowy problem. Poniżej opisano trzy fazy psychoterapii, które prowadzone są w celu tej integracji. W dodatku, duchowość gra specjalną rolę w psychoterapii z takimi osobami.

Faza 1: Opowiedzenie historii doświadczenia

Psychoterapia może być postrzegana jako proces pomagania klientowi w skonstruowaniu nowej narracji, nowej historii życia. Psychoterapia nie jest uzdrawianiem poprzez katharsis i uwolnienie stłumionych traumatycznych zdarzeń i emocji, ale działa przez zrekonstruowanie autentycznej historii osoby (Zobacz: Czym jest terapia narratywna?). Poprzez stworzenie interpretacji, terapeuta opowiada historię pacjenta jeszcze raz i dzięki tym powtórkom sukcesywnie wpływa na "co i jak" historii opowiedzianej przez pacjenta. Końcowym wynikiem tego przeplatania tekstu jest radykalnie nowa, wspólnie stworzona historia. Albo jak Hillman [1] to opisuje, klient przychodzi na terapię aby "przepisać swą historię":

Pacjent poszukuje nowej historii, albo ponownego połączenia się z dawną historią... Historia potrzebuje być zreperowana, nie pacjent.
(str. 17-18).

Konkretny kierunek terapii zależy od natury problemu. Utrata wiary religijnej lub konflikt z wartościami duchowymi wymaga od osoby, aby zaczęła poszukiwać nowych duchowych kierunków, które są z nią zgodne w danej chwili rozwoju. Niejednokrotnie wydarzenie kryzysu duchowego samo w sobie posiada dość chaotyczną jakość, która doprowadziła terapeutów, pacjentów i społeczeństwo do zdewaluowania takich doświadczeń. Dalsze

zglobianie takich anomalnych doświadczeń jest uważane przez wielu profesjonalistów dziedziny zdrowia psychicznego, za zbędne, a nawet stwarzające ryzyko zaostrzenia symptomów.

Osoby, które przeszły przez kryzys duchowy często nie otrzymują uznania tych doświadczeń, ani nawet możliwości porozmawiania o tym. W trzech badanych przypadkach, które przestudiowałem i opublikowałem (Case Library), akta szpitalne nie wspomniały żadnych treści duchowych, jakie były obecne u tych pacjentów podczas epizodów. W kartach pacjentów opisano ich jako posiadających urojenia, halucynacje religijne, obsesję na punkcie kosmitów, oraz uważających, że mają specjalne moce. Sama ta informacja wystarczyła, aby postawić diagnozę zaburzenia psychotycznego. W modelu medycznym, dalsze badanie doświadczeń osoby byłyby zbędne i mogłyby nawet zaostrzyć symptomy poprzez wzmocnienie jej "systemu urojeń". A jednak wszystkie trzy osoby powiedziały, że pracując ze mną nad przeniesieniem ich historii na papier, było bardzo pomocne.

Konwencjonalny zwyczaj pomijania znaczenia kryzysów duchowych nie jest terapeutycznie produktywny. Kryzys duchowy sam w sobie izoluje osobę od innych. Kolejna dewaluacja i potępienie doświadczenia jako "tylko produkt chorego umysłu" powoduje dalszą izolację w momencie, gdy osoba potrzebuje na nowo włączyć się do świata społecznego. Dlatego, opowiedzenie historii, przełożenie doświadczenia na słowa, zwykle jest pierwszym krokiem na drodze rozwinięcia podtrzymującej życie mitologii osobistej, która integruje duchowy wymiar kryzysu.

Na przełomie wieku, dr Kurt Jaspers, jeden z wynalazców nazewnictwa i metod używanych do zrozumienia zaburzeń psychotycznych, dowodził, że istnieje "otchłań różnicy" między psychozą a "normalną" świadomością:

Najgłębsza różnica w życiu psychicznym człowieka wydaje się być między typem życia psychicznego, które możemy wyczuć i zrozumieć a takim typem, które samo w sobie jest niezrozumiałe i prawdziwie zniekształcone oraz schizofrenicznie... nie da się odczuć empatii, nie da się od razu zrozumieć, aczkolwiek próbujemy jakoś to ogarnąć z zewnątrz (Jaspers [2] str. 219).

Z drugiej strony, zrozumienie jest wynikiem obustronnej interakcji. Laing [3] skrytykował obarczanie pacjentów całkowitą odpowiedzialnością za uczynienie swych realiów zrozumiałymi dla innych.

"Zarówno to, co mówisz jak i to jak ja słucham, przyczynia się do tego, jak blisko lub daleko od siebie jesteśmy" (str. 38)

Praca z pacjentami w kryzysie duchowym wymaga sięgania poprzez ową otchłań, aby połączyć się z ich światem.

Jednym z celów w terapii narracyjnej jest wspólne znalezienie akceptowalnej nazwy dla problemu. Jest to kontynuacja pracy w fazie ostrej w kierunku normalizacji doświadczenia (zobacz Lekcję 5). Fraza 'kryzys duchowy' odpowiednio określa i normalizuje taki kryzys. Dostarcza niepatologicznego wyjaśnienia pacjentowi, rodzinie i przyjaciołom na temat tego typu problemów coraz szerzej opisywanych, a także może stać się podstawą do nowej osobistej mitologii.

Opowiadanie i opisanie przez pacjenta pełnego sprawozdania ze swojego doświadczenia, również często pomaga. Słowo 'mit' pochodzi z greckiego słowa 'mythos', co oznacza mowę. Odkryłem, że skonstruowanie prostej linii czasowej, na której zaznacza się czasy i kluczowe wydarzenia, ma terapeutyczną funkcję porządkującą. Następnie, praca w fazie 2 i 3 może łatwiej posunąć się do przodu w kierunku integracji doświadczenia.

Faza 2: Odszukanie symbolicznego/duchowego dziedzictwa

Osoby w kryzysie chcą, aby wziąć pod uwagę kontekst ich duchowości i wartości. W moim własnym kryzysie duchowym, przez 2 miesiące byłem głęboko przekonany, że jestem reinkarnacją Buddy i Chrystusa, oraz że moją misją było napisanie nowej "Świętej Księgi", która zjednoczyłaby wszystkich ludzi na świecie. A wychowano mnie w tradycji żydowskiej! Kiedy więc stanąłem znowu na nogi, dało mi to świetny powód do zgłębienia tych form duchowości, z którymi miałem minimalny kontakt. Patrząc wstecz, uważam ten okres czasu za moje przebudzenie duchowe. Jednakże mogłem go zintegrować dopiero po kilku latach terapii i pracy z tradycyjnymi uzdrowicielami (Zobacz Self-Case Study Shamanic Crisis - Studium własnego przypadku Kryzys Szamański).

Literatura dotycząca leczenia dokumentuje, że odniesienie się do złudzeń religijnych osoby posiada sporą terapeutyczną wartość [4]. W przypadkach, gdzie osoba rozwinęła urojenia wielkościowe, w których stawiała się Bogiem lub mesjaszem, takie stereotypowe urojenia, wybują ego i możliwe nieodpowiednie lub wymagające zachowanie, może stać się ośmieszające dla osoby. Jednakże prawdziwy religijny/duchowy wymiar doświadczenia może być zachowany dzięki psychoterapii:

Co pozostaje... to idealny model i poczucie kierunku, który osoba może wykorzystać, aby dokonać całkowitej transformacji dzięki swym własnym znaczącym metodom (Tirals for the Visionary Mind: Spiritual Emergency and the Renewal Process, dr John Perry, str. 38 - Rozprawy dla wizjonerskiego umysłu: kryzys duchowy i proces odnowy).

Dzisiaj postrzegam swe własne doświadczenie bycia Buddą i Chrystusem jako idealne modele dla mojego życia duchowego i dało mi to poczucie kierunku. Moja kariera jako psychologa badającego kryzysy duchowe oraz moja ścieżka duchowa wywodzą się z tego wydarzenia.

Dr James Hillman [5] utrzymuje, że

Rekonwalescencja oznacza odzyskiwanie boskości z zaburzenia, dostrzeganie, że jej treść jest prawdziwie religijna (str. 10).

Rekonwalescencja często zakłada pomoc pacjentowi w pogodzeniu jego specyficznych osobistych symboli z porównywalną symboliką i wyobrażeniami religijnymi. Eliade [6] zauważył, że osobista nieświadomość oraz "prywatne mitologie" (które są częścią kryzysów duchowych) nie są w stanie przebudzić osoby. Wymaga to:

ogólnych i uniwersalnych symboli, aby przebudzić indywidualne doświadczenie i przenieść na duchowe działanie, na metafizyczne zrozumienie świata (str. 213)

Znaczna część mojej pracy z analizą Jungowską to nauczenie się, jak badać znaczenie moich osobistych symboli, które pojawiały się w snach i w moim kryzysie duchowym. Odnajdywanie znaczenia dzięki poszukiwaniu podobieństw w tradycyjnych mitach i tekstach religijnych odegrało również rolę w integracji u wielu pacjentów w kryzysie duchowym, z którymi pracowałem. Udokumentowałem ten proces w studium przypadku *Myths in Mental Illness* (Mity w chorobie psychicznej).

Faza 3: Stworzenie nowej osobistej mitologii

Ludzie chcą czegoś więcej od terapii, niż tylko samo wyjaśnienie i chronologia (faza 1), oraz analiza symboliczna (faza 2). Chcą oni poszerzonego i zgłębnionego poczucia znaczenia ich życia. Wplecenie kryzysu duchowego w podtrzymującą życie mitologię osobistą jest niezbędne dla pozytywnej transformacji i integracji doświadczenia.

Osobista mitologia (definicja)

Każdy z nas ma mitologię osobistą - przekonania na temat życia, które składają się na nasze postrzeganie świata. Dr Stanley Krippner, współautor *The Mythic Path: Discovering the Guiding Stories of Your Past - Creating a Vision for Your Future* (Mityczna ścieżka: odkrywanie przewodnich historii twojej przeszłości - tworzenie wizji twojej przyszłości), definiuje osobistą mitologię jako system uzupełniających się i sprzecznych mitów osobistych, jakie ma dana osoba. Mit osobisty jest kognitywno-afektywną strukturą składającą się z mocno zakorzenionych przekonań z silnymi emocjonalnymi składowymi. Mity osobiste kształtują nasze oczekiwania i przewodzą naszym decyzjom. Mają wpływ na to, jak zachowujemy się z innymi ludźmi. Odnoszą się do najważniejszych życiowych spraw i pytań, jak:

Tożsamość - Kim jestem? Dlaczego tutaj jestem?

Kierunek - Gdzie zdążam? Jak tam dojść?

Cel - Co ja tutaj robię? Dlaczego tam idę? Co to wszystko oznacza?

Mitologia osobista w psychoterapii

Kiedy ludzie doświadczają problemów duchowych, najczęściej mają do czynienia ze sprawami egzystencjonalnymi określonymi jako część mitologii osobistej. Dlatego potrzebują oni rozwinąć bardziej wspierającą osobistą mitologię odpowiadającą temu, kim są w danym momencie. Niestety, w kryzysach duchowych wiele z mitów osobistych, jakie osoby rozwijają, są "dysfunkcyjne". Podkreślają patologiczne jakości i nie są dostosowane do rzeczywistych potrzeb, możliwości, czy okoliczności.

Zadaniem terapeuty jest pomóc takim pacjentom stworzyć nową osobistą mitologię. Jest to podejście narratywne do psychoterapii, skupiające się na wspólnym powtarzaniu historii pacjenta i rekonstruowaniu jej z korzyścią dla niego.

Mity osobiste tworzone są przy użyciu:

- źródeł biologicznych - ograniczenia fizyczne, dziedziczenie genetyczne;
- źródeł kulturowych - systemy ekonomiczne i polityczne, książki, filmy, folklor;
- osobista historia - rodzina, relacje romantyczne, przyjaźnie, praca.

Źródła duchowe często odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu osobistych mitologii.

Zalicza się tu doświadczenia spoza zwyczajnej rzeczywistości, jak wizje, doświadczenia przeszłych żyć, parapsychologiczne, a także kryzysy duchowe. Źródła duchowe obejmują transcendencję spraw zwyczajnego życia, a także kontakt z "wyższą" lub "głębszą" rzeczywistością.

Kryzysy duchowe często zawierają tego typu doświadczenia, które mogą stać się podstawą dla nowej osobistej mitologii. Terapeuta może pomóc pacjentom, którzy przeszli kryzys duchowy, zbudować nową osobistą mitologię według źródeł duchowych opartych na ich kryzysie.

Dla wielu osób, wychodzenie z kryzysu duchowego doświadczane jest jako duchowa podróż, jako osobisty mit. Sally Clay, która spędziła dwa lata w szpitalu, a teraz pracuje jako doradca pacjentów, napisała, że

Dla mnie, stanie się "chorą psychicznie" było zawsze kryzysem duchowym, a znalezienie duchowego modelu zdrowienia było kwestią życia lub śmierci (Clay [7]).

Osoby, które mają taki kryzys są nie tylko mobilizowani do skompensowania swoich słabości, ale również są zachęcani do zintegrowania swych unikalnych trosk, zainteresowań, temperamentu i wizji, co może dać zaczątek przyszłym wyborom zawodowym, przynależności społecznej, czy ideologii.

Mój kryzys duchowy zapoczątkował drogę do stania się "uzdrowicielem" i dostarczył mi powołania zawodowego, jako psycholog pracujący z poważną chorobą psychiczną i kryzysem duchowym. Dr John Perry, analityk Jungowski, który założył Diabysis, nowoczesne centrum leczenia dla osób z ostrym kryzysem psychotycznym, zaobserwował, że:

Jest również możliwe, że osoby, które zakończyły swą podróż wzbogacone i obdarowane, mogą okazać się najlepszym materiałem na dobrego terapeuta, umiającego reagować ze szczególnym zrozumieniem osób przechodzących przez psychozę (The Far Side of Madness, str. 158 - Skrajna strona szaleństwa).

Dr Jeanne Achterberg również zauważa przewagę "zranionych uzdrowicieli" pośród zawodowców w dziedzinie zdrowia.

Książki, *The Mythic Path: Discovering the Guiding Stories of Your Past Creating-A Vision for Your Future* napisana przez dra Davida Feinsteina i dra Stanleya Krippnera (Mityczna ścieżka: odkrywanie przewodnich historii twojej przeszłości - tworzenie wizji przyszłości), oraz *Your Mythic Journey: Finding Meaning in Your Life Through Writing and Storytelling* (Mityczna podróż: odnajdywanie znaczenia w życiu przez pisanie i opowiadanie historii), napisana przez Sama Keena, opisują różne metody, które wspierają pogłębianie historii życiowych i naświetlanie osobistej mitologii człowieka. Nie zawsze jest konieczne, aby osoba musiała pracować z terapeutą, żeby odnaleźć mit w centrum swej życiowej historii.

Jednakże symbole napotkane w kryzysach duchowych są często niezrozumiałe i bez spójnego kulturowego kontekstu. Jung zauważył, że fragmenty tematów i symboli mitycznych pojawiają się często w

doświadczeniu osoby psychotycznej, ale skojarzenia są niesystematyczne, nagłe, groteskowe, absurdalne i tym samym trudne, lub niemożliwe do zrozumienia. Następnie zostają jeszcze bardziej zniekształcone przez ich chaotyczną przypadkowość (Psychogenesis of Mental Disease, str. 262-263 - Psychogeneza choroby psychicznej).

Dlatego podczas fazy integracji terapeutyci często są pomocni przy wplataniu obrazów i symboli do spójnej mitologii osobistej.

Źródła:

- 1 Hillman, J. (1983). Healing fiction. New York: Station Hill Press.
- 2 Jaspers, K. (1963). General psychopathology. Manchester: Manchester Univ. Press.
- 3 Laing, R. D. (1982). The voice of experience. New York: Pantheon.
- 4 Eisenbruch M. (1992) Commentary: Toward a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. J Nerv Ment Dis 180(1): 8-10.
- 5 Hillman, J. (1986). On culture and chronic disorder. In R. Sardello and G. Thomas (Eds.), Stirrings of culture. Dallas: The Dallas Institute Publications.
- 6 Eliade, M. (1960). Myths, dreams, and mysteries. New York: Harper & Row.
- 7 Clay, S. (1987). Stigma and spirituality. Journal of Contemplative Psychotherapy, 4, 87-94.
- 8 Achterberg, J. (1988). The Wounded Healer. Shaman's Drum, 11, 18-22.

ZAGADNIENIE 30 WYMAGANE DO QUIZU

Psychoterapia

Osoby, które doświadczają trudnego okresu kryzysu duchowego powinny być zachęcane do powrotu do życia i porzucenia tych dziwnych doświadczeń.

Prawda

Fałsz

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 7.1 Źródła internetowe

- **Święte teksty • Przykład przypadku: psychoterapia z emigrantem Muzułmańskim**
- **Przykład przypadku: Kryzys duchowy**

Święte teksty

Kiedy u pacjentów występują problemy religijne, zdobycie informacji o ich religii jest kluczowe. Informacje o religiach i tradycjach duchowych świata na przestrzeni historii są dostępne w Internecie. Prawie wszystkie święte teksty są dostępne online, często z komentarzami, np. rzadkie teksty buddyjskie, Biblia (w wielu językach z komentarzami). Nawet Rękopisy z Qumran, które nie są całkowicie przetłumaczone, można odnaleźć online do przejrzania.

Internet Sacred Text Archive (Internetowe archiwa świętych tekstów) zawierają linki do innych tekstów.

ZAGADNIENIE 31 WYMAGANE DO QUIZU

Święte teksty

Święty tekstu naśladowców Taoizmu, to:

- a) Talmud;
- b) Bhagavad Gita;
- c) Koran;
- d) Tao-te-Ching.

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

Historycy mediów porównują rozpowszechnienie świętych tekstów online do wynalezienia drukarni. Pierwszymi dokumentami w obiegu były prace religijne, od Biblii poczynając. Miało to głęboki wpływ na religię i doprowadziło do rewolucji protestanckiej i rozwój wielu nowych ruchów religijnych. Wielu teoretyków jest przekonanych, że "Internet, z jego skrzynkami, kablami, przewodami i satelitami jest materializacją duchowego połączenia, które mamy z innymi ludźmi, ale które nie otrzymuje wystarczającego kulturowego przyzwolenia, aby go zauważyć i uczcić" (Hawes, 1995, str. 35). Dzięki możliwości uczenia się o innych wiarach, Internet pomaga ludziom z różnych religii i ścieżek duchowych zrozumieć wspólne cechy, które je wiążą. Internet mógłby odegrać sporą rolę przy wzroście tolerancji religijnej, co miałoby głębokie znaczenie dla pokoju w świecie, szczególnie, że większość konfliktów wydate się rozgrywać z powodu różnic religijnych.

Istnieje również wiele źródeł klinicznych w Internecie.

Psychiatric Case Conference: When Religion and Therapy Interface (video), dr Jennifer Cyr, University of Nebraska Medical Center (Konferencja przypadków psychiatrycznych: Kiedy religia i terapia łączą się).

National Office of Post-Abortion Reconciliation and Healing

Badacze i profesjonaliści psychoterapii udzielają wsparcia po aborcji, zarówno świeckiego jak i religijnego, włączając w to Project Rachel.

Przykład przypadku: Psychoterapia z emigrantem Muzułmańskim

Przygotowanie do udzielania porad klientom o różnym pochodzeniu

Wyjątki z: Counseling: The Spiritual Dimension (Doradztwo: wymiar duchowy)

Korekta: dr Mary Tomas Burde i dr Judith G. Miranti, autor artykułu: Robert T. Georgia

Mohammed jest świeżym emigrantem z Iraku. Wykształcony w szkole wyższej i zatrudniony jako analityk komputerowy, czuje się rozdarty między przywiązaniem do Islamu a chęcią "dopasowania się" do nowego społeczeństwa. Doświadcza on sprzecznych uczuć dotyczących seksu, obowiązków rodzinnych, ambicji zawodowych oraz poczucia tożsamości. Czuje wielkie napięcie między swą religią a nowym środowiskiem społecznym. Długo wahał się, aby udać się po poradę, gdyż bał się niezrozumienia z powodu różnic kulturowych. Nadal nie jest przekonany, czy dokonał dobrego wyboru.

Dr Georgia przedstawia 3 pytania dla terapeuty, który stara się być wrażliwy kulturowo:

- Czy odpowiednio zgłębiłem i oszacowałem moje własne wartości i przekonania religijne, abym mógł zidentyfikować swoje możliwe uprzedzenia, domniemania, ograniczenia, wątpliwości i pytania nie mające jeszcze odpowiedzi? Jakiego rodzaju opory lub manewry mogę wnieść do relacji z takim klientem?
- Jak mogę zapoznać się z Islamem? Jaką literaturę powinienem przejrzeć, aby zdobyć pełne, otwarte, nie oceniające zrozumienie religii, a szczególnie jej wpływ na ludzkie funkcjonowanie?
- Jak mogę doświadczyć Islamu w praktyce, abym rozwinął osobiste poczucie rodzinnych, społecznych i kulturowych wymiarów i wyrazów tej religii?

Internet można wykorzystać, aby odnieść się do tych pytań!

Online Resources on Islamic Religious Beliefs and Values

Islam - 101

Strona poświęcona edukacji na temat Islamu, jego stylu życia, cywilizacji i kultury. Zawiera kurs wprowadzający do Islamu i prezentuje jego poglądy na temat współczesnych spraw.

Kurs online na temat Islamu

Pokrywa przekonania na temat Boga i śmierci, praktyk modlitewnych oraz informacje o proroku Muhammedzie.

Katalog stron na Yahoo poświęcony praktykom i przekonaniom Islamu.

Muslim Youth

Strona na temat dorastania w Ameryce - historie, poezja, osobiste świadectwa oraz forum dla młodzieży muzułmańskiej.

Zbiór pięknej architektury Islamu.

Strona, na której można podziwiać wrażliwość i kreatywności Islamu.

Przykład przypadku: kryzys duchowy

Przewodnik internetowy po stronach, które dostarczają źródeł osobom przechodzącym przez kryzys duchowy, zawierający elementy doświadczeń wizjonerskich, szamańskich i mistycznych. Zaczynaj czytać od historii przypadku, na której przewodnik jest oparty. Opisuje ona moje własne doświadczenie, które zdarzyło się w 1971.

- Źródła na temat kryzysu duchowego.
- Sprawy religijne i duchowe.
- Szamanizm.
- LSD i doświadczenia religijne.
- Źródła internetowe oraz do użytku samodzielnego.

Źródła na temat kryzysu duchowego

Internet zawiera wiele źródeł na temat kryzysu duchowego. Poniżej znajdują się wywiady z ekspertami z zakresu kryzysów duchowych, które przedstawiają perspektywy kliniczne dotyczące potencjalnego wzrostu podczas takich kryzysów.

Doświadczenie wizjonerskie, czy psychoza?

Załamanie psychiczne jako proces zdrowienia.

Dr John Perry dużo pracował z osobami w trakcie ostrych epizodów psychotycznych, w centrum leczenia z pobytami, Diabysis, które założył. Wywiady, w których prezentuje Jungowski model wzrostu w ostrych epizodach psychotycznych, znajdują się pod dwoma linkami.

Kryzys duchowy

Christina Groff, autorka książek na temat kryzysu duchowego oraz współzałożycielka Spiritual Emergency Network, opisuje swój własny transformujący kryzys duchowy.

Sprawy religijne i duchowe

Ponieważ w moim osobistym doświadczeniu zidentyfikowałem się mocno z Buddą i Chrystusem, wybrałem strony, na których można dowiedzieć się więcej na temat tych postaci, kim były, ich historie życiowe, ich nauki. Wychowany w żydowskiej rodzinie, nie wiedziałem o nich zbyt wiele w momencie mojego doświadczenia. Podczas analizy Jungowskiej, nauczyłem się postrzegać Buddę i Chrystusa jako idealne modele mojego wewnętrznego ja.

Tricycle.com: Podstawy buddyźmu!

Wprowadzenie do buddyźmu, włączając historię życia Buddy.

Często zadawane pytania na temat życia i śmierci Jezusa Chrystusa.

Odpowiedzi pochodzą z tradycyjnych perspektyw chrześcijańskich: Kim był Jezus? Co powiedział na swój temat? Jakie istnieją dowody na to, co powiedział? Jak i dlaczego Jezus tak naprawdę umarł? Czy naprawdę powstał z martwych?

C.G. Jung, Analytical Psychology and Culture.

Jung zaobserwował, że pacjenci w stanie psychotycznym doświadczają mitologicznych i religijnych symboli. W mojej analizie Jungowskiej nauczyłem się dostrzegać symboliczną wartość w moich "halucynacjach" i "urojeniach". Ta dobrze rozwinięta strona poświęcona psychologii analitycznej Junga zawiera pełne artykuły analityków Jungowskich, słownik terminów Jungowskich, abstrakty prac naukowych, linki do innych stron o Jungu, listę programów treningu Jungowskiego oraz wydawców Jungowskich.

Szamanizm

Praca z szamanami, czytanie o szamanizmie (szczególnie o początkowym kryzysie szamana) oraz uczestniczenie w neo-szamańskich grupach, odegrało kluczową rolę w integracji mojego kryzysu duchowego. Poniżej znajdują się niektóre źródła dotyczące szamanizmu, które okazały się odpowiednie do mojego doświadczenia.

The Soul of Shamanism: Western Fantasies, Imaginal Realities

W wywiadzie tym, dr Daniel C. Noel, profesor nauk religijnych, zgłębia znaczenie i wartość doświadczeń neo-szamańskich. Praktyki szamańskie umożliwiają w kontrolowany sposób osiągnięcie ekstazy stanów świadomości, których po raz pierwszy doświadczyłem podczas mojego kryzysu duchowego.

The Way of the Shaman

Wywiad z dr Michaeliem Harnerem, autorem kilku książek, m.in. *The Jivaro, Hallucinogens and Shamanism*, oraz *The Way of the Shaman*. Dr Harner jest byłym profesorem antropologii, a obecnie dyrektorem Center for Shamanic Studies, gdzie uczy ludzi Zachodu, jak żyć i praktykować jako uzdrowiciele szamańscy.

Biblioteka internetowa szamanizmu

Ta sekcja biblioteki zawiera wiele źródeł internetowych na temat szamanizmu.

LSD and Religious Experiences

Mój kryzys duchowy był także intensywnym i dezorientującym doświadczeniem mistycznym, które stało się moim duchowym przebudzeniem. Wyzwolone zostało przez zażycie LSD po raz pierwszy.

Dr Huston Smith, profesor emeritus filozofii w MIT oraz autor wielu książek porównujących religie, twierdzi, że doświadczenia religijne powiązane z LSD zdarzają się i są prawdziwe.

Biorąc pod uwagę odpowiednie warunki, środki te mogą wywołać doświadczenia religijne, które nie różnią się od tych występujących spontanicznie. Specjalne warunki i otoczenie nie są potrzebne. Aktualne statystyki podają, że 1/4-1/3 populacji ogólnej będzie mieć doświadczenia religijne jeśli zażyją środki odurzające w warunkach naturalnych, czyli warunkach, w których badacz wspiera badanego, ale nie próbuje wpłynąć na kierunek doświadczenia. Spośród osób, które od początku posiadają mocne religijne zapatrywania, proporcja tych, którzy mają doświadczenia religijne wzrasta do 3/4. Jeśli zażyją środki w warunkach religijnych, proporcja wzrasta do dziewięciu spośród dziesięciu.

Czy środki odurzające mają religijną ważność? - dr Huston Smith, *The Journal of Philosophy*, Vol LXI, No. 18, September 17, 1964

The Psychedelic Library

W Internecie znajduje się wiele stron poświęconych związkowi LSD z doświadczeniem religijnym. Ta strona zawiera kilka artykułów na temat środków psychodelicznych oraz doświadczeń religijnych, napisanych przez Alana Wattsa, Waltera Houstona Clarka i innych. Z drugiej strony, mogą się zdarzyć niepożądane skutki środków psychodelicznych. Z przeglądu literatury wynika, że generalnie mogą wystąpić dwie reakcje: ostre, krótkie reakcje najczęściej są dość łagodne, podczas gdy chroniczne nieprzerwanie trwające dają nienajlepsze prognozy. Opóźnione, sporadyczne zjawisko ("flashback") i zaburzenia funkcjonowania wynikające z działania LSD, które zwykle dobrze reagują na leczenie podobnych objawów nie wynikających z działania LSD, podsumowują tę klasyfikację.

Strassman RJ. Adverse reactions to psychedelic drugs. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis* 1984 Oct; 172(10): 577-95.

A Critical Review of Theories and Research Concerning Lysergic Acid Diethylamide (LSD) and Mental Health, Chapter 2: Psychosis, David Abraham. LSD może również wywołać epizod psychotyczny, który nie zawsze ma pozytywne rozwiązanie, jak pokazano to w tej pracy magisterskiej podsumowującej badania nad tym problemem.

Źródła internetowe oraz do użytku samodzielnego

Większość osób, które doświadczyły kryzysu duchowego, chce dowiedzieć się więcej na temat natury tych przeżyć oraz o kryzysach duchowych innych osób. Poniżej znajdują się strony internetowe, na których każdy może zamieścić opis swych doświadczeń, poczytać o innych, lub zapytać o terapeutę.

Spiritual Emergency Resource Center

Przewodnik dla klinicystów oraz źródło samopomocy dla osób integrujących kryzys duchowy. Znajdują się tu opisy doświadczeń kilku osób i każdy może zamieścić swoje na forum dyskusyjnym.

Sacred Transformations

Osobiste historie kryzysów duchowych, wizji, przebudzeń oraz ich efektów.

Center for Psychological & Spiritual Health (CPSH)

Dawne Spiritual Emergence Network (które zaczęło się jako Spiritual Emergency Network).

Teraz posiada klinikę, a także Information and Referral Service oferujące wsparcie i zasoby dla osób doświadczających trudności w rozwoju duchowym (415) 575-6299.

Spiritual Emergence Service.

Kanadyjskie stowarzyszenie non profit prowadzone przez ochotników, którzy oferują informacje i skierowania na konsultację dla osób w kryzysie psychoduchowym.

ZAGADNIENIA 32-36 WYMAGANE DO QUIZU

Internetowe źródła kliniczne

Marelene jest 21-letnią kobietą, która od 6 miesięcy intensywnie medytowała, po 6-8 godzin dziennie, a także uprawiała jogę. Podjęła się 10-dniowego postu polegającego na picciu wody, z intencją przeczytania Tybetańskiej Księgi Umarłych. Podczas piątego dnia postu nabrała przekonania, że została wybrana, aby zostać matką następnego Dalai Lamy. Prawie przestała spać i miała poczucie wielkościowe. Nie jest zagrożeniem dla siebie lub innych. Jej wujek, lekarz mieszkający w innym stanie, powiedział jej i jej rodzicom, że ma epizod manii i powinna zacząć zażywać lit. Psycholog, z którym się skontaktowali powiedział, że brzmi to jak rodzaj kryzysu duchowego, znanego jako przebudzenie kundalini, co związane jest z intensywnymi praktykami medytacyjnymi i duchowymi. Zasugerował, że powinno się to samo rozwiązać, przy odpowiednim wsparciu i prowadzeniu.

32 Znajdź artykuł online na temat kryzysu duchowego.

33 Znajdź stronę z kryteriami diagnostycznymi kryzysu duchowego.

34 Znajdź stronę, gdzie można uzyskać wsparcie (szukaj: kundalini).

35 Znajdź stronę z informacjami na temat Tybetańskiej Księgi Umarłych.

36 Znajdź stronę, gdzie Marelene mogłaby zamieścić sprawozdanie ze swojego doświadczenia i nawiązać kontakt z innymi, którzy mieli podobne doświadczenia.

Zanotuj nazwę strony lub wklej link URL, aby później umieścić ją w teście.

DSM-IV Problemy religijne i duchowe Lekcja 7.2 Przeszukiwanie Medline

- **Medline • PubMed**
- **Wyszukiwanie pokrewnych artykułów • Terminy wyszukiwania**

Medline

Medline jest potężnym narzędziem pozwalającym uzyskać informacje dotyczące najnowszych odkryć w dziedzinie diagnostyki i leczenia, jest również bezpłatne i łatwe w użytku. Medline (MEDlars onLINE) jest skomputeryzowaną bibliograficzną bazą danych cytatów z opublikowanych w magazynach zdrowotnych artykułów, utrzymywaną przez National Library of Medicine (NLM). Bibliograficzna baza danych obejmuje dziedziny medycyny, pielęgniarstwa, stomatologii, medycyny weterynaryjnej, systemu zdrowotnego oraz nauk przedklinicznych. Zawiera bibliograficzne cytaty (np. autorów, tytuły czy odnośniki do artykułów) oraz abstrakty z ponad 3900 biomedycznych artykułów opublikowanych w Stanach Zjednoczonych i 70 innych krajach. Medline zawiera obecnie ponad 10 milionów dokumentów, począwszy od 1966 roku. Podczas gdy informacje medyczne dostępne są z wielu różnych źródeł, jak artykuły z czasopism, książek i stron internetowych. Medline uważane jest za bardzo autorytatywne źródło, gdyż naukowa ważność większości artykułów w czasopismach Medline jest oceniona przez zespół specjalistów.

PubMed

Podczas gdy Medline dostępne jest bezpłatnie na przynajmniej 20 stronach, PubMed jest interfejsem sieciowym zaprojektowanym przez National Library of Medicine (NLM) utrzymującą Medline. NLM zaprojektowała PubMed w celach przeszukiwania Internetu. PubMed oferuje kilka sposobów przeszukiwania. Można korzystać z prostego szukania przez wprowadzenie terminu w okno wyszukiwarki, lub można stworzyć złożone strategie szukania używając komend Boolean oraz interfejsu wyszukiwarki.

Pomimo że baza danych Medline jest ogromna, wyszukiwanie jest proste. Prawie zawsze można polegać na prostych metodach wyszukiwania, aby odnaleźć czego się szuka. Parę godzin praktyki i zapoznanie się z podręcznikami PubMed online wystarczy, aby stać się wytrawnym użytkownikiem, korzystając z terminów w spisie MeSH, przeszukiwania różnych dziedzin, czy łączników Boolean. Jednak nawet będąc początkującym, można przeprowadzić efektywne wyszukiwanie.

Wyszukiwanie pokrewnych artykułów

Przy cytatach w PubMed zamieszczony jest link [See Related Articles] po prawej stronie od nazwiska autora. Otworzenie tego linka spowoduje wejście do kolejnego przeszukiwania w Medline, gdzie znajdują się artykuły najściślej pokrewne oryginalnemu artykułowi. Za pomocą wszechstronnego algorytmu, PubMed porównuje słowa z Title (tytułu) i Abstract (abstraktu) każdego cytatu, jak również przypisane nagłówki MeSH. Cytaty artykułów pokrewnych wyświetlone są w porządku od najbardziej do najmniej powiązanych. Cytat, od którego rozpoczęto przeszukiwanie jest pierwszy na liście. Jest to potężny i jednocześnie prosty sposób zawężania wyszukiwania.

Terminy wyszukiwania

Religia jest obszernym nagłówkiem w naukach humanistycznych, który posiada wiele podkategorii obejmujących konkretne tradycje, jak Buddyzm, Chrześcijaństwo, czy Islam.

W dziedzinę religii włączone są inne zazębiające się tematycznie obszary, jak:

- religia i medycyna;
- religia i psychologia.

Każda z tych dziedzin ma również swoje podkategorie. Na przykład, w temacie religii i psychologii znajduje się „Opieka duszpasterska i duchowość”.

Zobacz: Medline Religion Mesh Description

Inne wyznaczniki MeSH nawiązujące do problemów religijnych i duchowych, to:

- techniki ciało-umysł oraz relaksacyjne, włączając w to medytację;
- terapie duchowe, włączając w to szamanizm i jogę.

MeSH wskazuje, że termin Uzdrawianie mentalne jest również istotne.

ZAGADNIENIA 37 WYMAGANE DO QUIZU

MeSH

Termin 'uzdrawianie mentalne' pojawia się w MeSH

- a) w Terapiach duchowych;
- b) w Technikach umysł-ciało i relaksacyjnych;
- c) w obydwu tematach;
- d) w żadnym z nich.

Zanotuj odpowiedź, aby później umieścić ją w teście.

Używając Mesh, możesz połączyć terminy jak 'religia i nawrócenie', aby zawęzić wyszukiwanie.

ZAGADNIENIA 38 WYMAGANE DO QUIZU

Medline: proste wyszukiwanie

Przeprowadź wyszukiwanie artykułów na temat nawrócenia w PubMed, wprowadzając słowo 'nawrócenie'. Zauważ, że liczba artykułów wynosi 59,000!

Zanotuj tytuł artykułu na temat nawrócenia niereligijnego, aby później zamieścić go w teście.

ZAGADNIENIA 39 WYMAGANE DO QUIZU

Medline: wyszukiwanie połączone

Przeprowadź wyszukiwanie artykułów w PubMed na temat nawrócenia, najpierw idąc do tematu Religii i używając wyszukiwarki MeSH. Kliknij 'add this term/subheadings to the Search' (dodaj ten termin do wyszukiwania) używając operatora: AND (i), a następnie dodaj 'conversion' (nawrócenie), gdzie jest napisane "Religion"[MESH] - aby okno zawierało "'Religion"[MESH] conversion'. Kliknij 'PubMed Search'.

Zanotuj tytuł artykułu na temat nawrócenia niereligijnego, aby później zamieścić go w teście.

FORMULARZ TESTU

IMIĘ NAZWISKO:

1. W „Badaniu kontrolowanym – psychopatologia a zaangażowanie religijne”, Pfeifer i Waelty odkryli, że satysfakcja z życia jest pozytywnie skorelowana z zaangażowaniem religijnym.

- a) Prawda
- b) Fałsz

2. _____ postrzegał wierzenia religijna jako fantazję, która blokuje ludzi od zaakceptowania rzeczy takimi jakie są.

- a) CG Jung
- b) Sigmund Freud
- c) Albert Ellis
- d) b and c

3. Problem religijny lub duchowy to:

- a) Rodzaj neurozy
- b) Rodzaj psychozy
- c) Proponowana nowa kategoria diagnostyczna do DSM-V
- d) Nowa kategoria diagnostyczna w DSM-IV

4. 83-letnia Beth została zdiagnozowana na raka piersi i wyraziła swoje przekonanie, że choroba jest karą od Boga za jej grzechy. Opierając się na badaniach ‘Zmagania religijne jako prognoza śmiertelności wśród medycznie chorych pacjentów w starszym wieku: 2-letnie badania podłużne’, pacjentka może wykazać zwiększone ryzyko śmierci.

- a) Prawda
- b) Fałsz

5. W sprawozdaniu z przypadku: Zdolność podejmowania decyzji a nawrócenie religijne – przypadek odrzucenia dializy, autorzy opisują ich podejście do pracy nad odrzuceniem dializy poprzez:

- a) zdobycie nakazu prawnego, aby zastosować leczenie
- b) pracę w ramach systemu przekonań pacjenta
- c) użycie racjonalnych technik spornych
- d) żadne z powyższych

6. Problemy religijne mogą mieć związek z:

- a) zmianą członkostwa
- b) wzmocnieniem przekonań
- c) nawróceniem
- d) wszystkie powyższe

7. Według „Niebezpieczeństwo kultu: prawda czy fikcja”, przynależność do nowych ruchów religijnych przebiega głównie w dziwnych centrach rekolekcyjnych lub komunach wiejskich.

- a) Prawda
- b) Fałsz

8. W artykule „Anemia i utykanie u wegetariańskiego nastolatka”, nastolatek na diecie wegańskiej narzuconej przez kult cierpiał na niedostatek

- a) wapnia
- b) witaminy D
- c) witaminy B12
- d) wszystkie powyższe

9. Według autorów „Losing God”, jakie czynniki osłabiają działanie duchowych aspektów opieki nad osobami chorymi na raka?

- a) niejasny język
- b) brak zaufania
- c) dogmat
- d) wszystkie wymienione

10. Kryzys duchowy jest pojęciem rozwiniętym przez C. G. Junga

- a) Prawda
- b) Fałsz

11. Assagioli jako pierwszy stwierdził, że praktyki duchowe są powiązane z psychologicznymi zaburzeniami.

- a) Prawda
- b) Fałsz

12. Uczucie jedności z boskością zdarza się:

- a) częściej w doświadczeniach mistycznych
- b) częściej w psychozie
- c) zarówno w dośw. mistycznych jak i w psychozie

13. Oxman w „The language of altered states” odkrył, że tematy związane z chorobą są bardziej charakterystyczne dla doświadczeń mistycznych niż schizofrenicznych.

- a) Prawda
- b) Fałsz

14. Który z rodzajów problemów duchowych zdarza się częściej z powodu zaawansowanej technologii medycznej.

- a) Porwanie przez UFO
- b) Kundalini
- c) NDE
- d) doświadczenia parapsychiczne

15. Intensywne praktyki medytacyjne mogą prowadzić do:

- a) uczucia depersonalizacji
- b) zaburzeń lękowych
- c) dezorientacji
- d) wszystkie powyższe

16. Osobie doświadczającej symptomów spowodowanych praktyką duchową zaleca się kontynuowanie praktyki aż do ustąpienia symptomów.

- a) Prawda
- b) Fałsz

17. Doświadczenia Parapsychiczne są wskazaniem, że osoba jest w środku epizodu psychotycznego.

- a) Prawda
- b) Fałsz

18. W terapii, doświadczenia parapsychiczne osoby:

- a) powinno się pozostawić aż same wygasną
- b) powinno się je uznać jako doświadczenia duchowe
- c) powinno się objąć terapią w celu znalezienia ich znaczenia dla klienta

19. Doświadczenie wizji może obejmować również symptomy psychotyczne

- a) Prawda
- b) Fałsz

20. Jon Perry, MD, rozwinął program leczenia, który zaleca:

- a) stosowania dużych dawek leków w celu możliwie najszybszego stłumienia objawów psychozy
- b) zachęca do przeżywania całego spektrum, mogących pojawić się psychotycznych doświadczeń
- c) skupia się na duchowym wymiarze przeżyć pacjenta
- d) b + c

21. Kryzys szamański pojawia się u:

- a) jednostek w kulturach tradycyjnych
- b) jednostek w społeczeństwach współczesnych
- c) zarówno a. i b.

22. Doświadczenia UFO i spotkania z obcymi istotami

- a) występują tylko u osób będących w konkretnych kultach
- b) są relacjonowane przez miliony osób
- c) zawsze związane są z psychopatologią

23. Opętanie występuje

- a) tylko u ludzi w kulturach plemiennych
- b) tylko w dawnych kulturach jak wczesne Chrześcijaństwo i Egipt
- c) w całej historii i dookoła świata
- d) rzadko we współczesnych społeczeństwach

24. Osoby w stanach opętania

- a) powinny dostać leków antypsychotycznych, aby natychmiast zatrzymać doświadczenie
- b) powinny zostać zapytane o ich praktyki religijne
- c) powinny zostać potraktowane jako prorocy w swoich religiach

25. Pacjenci psychiatryczni są

- a) bardziej religijni od populacji ogólnej
- b) mniej religijni od populacji ogólnej
- c) tak samo religijni jak populacja ogólna

26. Problemy Religijne lub Duchowe nie mogą być oznaczone jako diagnoza z Osi I przy jednoczesnym występowaniu Zaburzenia z Osi I

- a) Prawda
- b) Fałsz

27. Słyszenie głosów, gdy nikogo wokoło nie ma jest

- a) oznaką kryzysu duchowego
- b) oznaką zaburzenia psychicznego
- c) a lub b

28. Medytacja jest zawsze dobrą interwencją w kryzysie duchowym.

- a) Prawda
- b) Fałsz

29. Lekarstwa są zawsze przeciwwskazaniem w kryzysie duchowym

- a) Prawda
- b) Fałsz

30. Osoby, które doświadczają trudnego okresu kryzysu duchowego powinny być zachęcane do powrotu do życia i porzucenia tych dziwnych doświadczeń.

- a) Prawda
- b) Fałsz

31. Święty tekst naśladowców Taoizmu, to:

- a) Talmud
- b) Bhagavad Gita
- c) Koran
- d) Tao-te-Ching

Internetowe źródła kliniczne

Marelene jest 21-letnią kobietą, która od 6 miesięcy intensywnie medytowała, po 6-8 godzin dziennie, a także uprawiała jogę. Podjęła się 10-dniowego postu polegającego na picu wody, z intencją przeczytania Tybetańskiej księgi umarłych. Podczas piątego dnia postu nabrała przekonania, że została wybrana, aby zostać matką następnego Dalai Lamy. Prawie przestała spać i miała poczucie wielkościowe. Nie jest zagrożeniem dla siebie lub innych. Jej wujek, lekarz mieszkający w innym stanie, powiedział jej i jej rodzicom, że ma epizod manii i powinna zacząć zażywać lit. Psycholog, z którym się skontaktowali powiedział, że brzmi to jak rodzaj kryzysu duchowego, znanego jako przebudzenie kundalini, co związane jest z intensywnymi praktykami medytacyjnymi i duchowymi. Zasugerował, że powinno się to samo rozwiązać, przy odpowiednim wsparciu i prowadzeniu.

32 Znajdź artykuł online na temat kryzysu duchowego

33 Znajdź stronę z kryteriami diagnostycznymi kryzysu duchowego

34 Znajdź stronę, gdzie można uzyskać wsparcie (szukaj: kundalini)

35 Znajdź stronę z informacjami na temat Tybetańskiej księgi umarłych

36 Znajdź stronę, gdzie Marelene mogłaby zamieścić sprawozdanie ze swojego doświadczenia i nawiązać kontakt z innymi, którzy mieli podobne doświadczenia

37. Termin 'uzdrawianie mentalne' pojawia się w MeSH

- a) w Terapiach duchowych
- b) w Technikach umysł-ciało i relaksacyjnych
- c) w obydwu tematach
- d) w żadnym z nich

Używając Mesh, możesz połączyć terminy jak 'religia i nawrócenie', aby zawęzić wyszukiwanie

38. Przeprowadź wyszukiwanie artykułów na temat nawrócenia w PubMed, wprowadzając słowo 'nawrócenie'. Zauważ, że liczba artykułów wynosi 59,000!

39. Przeprowadź wyszukiwanie artykułów w PubMed na temat nawrócenia, najpierw idąc do tematu Religii i używając wyszukiwarki MeSH. Kliknij 'add this term/subheadings to the Search' (dodaj ten termin do wyszukiwania) używając operatora: AND (i), a następnie dodaj 'conversion' (nawrócenie) gdzie jest napisane "Religion"[MESH] - aby okno zawierało "Religion"[MESH] conversion'. Kliknij 'PubMed Search'.

DSM-IV Religious and Spiritual Problems
LESSON 2.5 Terminal and Life-Threatening Illness

DSM-IV Religious and Spiritual Problems
LESSON 3.1 Spiritual Emergence

DSM-IV Religious and Spiritual Problems
LESSON 3.2 Typology of Spiritual Problems

DSM-IV Religious and Spiritual Problems
LESSON 3.3 Mystical Experience

Kundalini Awakening; p. 49-51

IGL 251: DSM-IV Religious and Spiritual Problems
LESSON 3.6 Psychic Experiences

IGL 251: DSM-IV Religious and Spiritual Problems
LESSON 3.6 Psychic Experiences

DSM-IV Religious and Spiritual Problems
LESSON 3.8 Shamanic Crisis

Test : p.107-113