

POMIĘDZY PSYCHO(PATO)LOGIĄ I DUCHOWOŚCIĄ.
POJĘCIA *SPIRITUAL EMERGENCE* I *SPIRITUAL EMERGENCY*
ORAZ PROBLEM Z DIAGNOSTYKĄ

WPROWADZENIE

Badanie członków Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego wykazało, że aż 60% psychologów miało w pracy do czynienia z pacjentami wyrażającymi swoje problemy w języku religijnym, a co najmniej 1/6 tych pacjentów mówiła o sprawach bezpośrednio odnoszących się do religii i duchowości¹. W innych badaniach² odsetek ten sięga aż 72%. Podobny procent podaje psycholog humanistyczny, a jednocześnie peruwiański szaman, Oscar Miro-Quesada, którego wypowiedź pozwolę sobie w tym miejscu przytoczyć:

Jako klinicysta zaobserwowałem, że około 70% wszystkich psychotycznych stanów stanowią *spiritual emergencies*. Kolejne 30% to psychopatologia. Jednakże w tej reszcie przypadków, jeśli pomożesz klientowi czy też pacjentowi zinterpretować jego doświadczenie w kategoriach duchowego przebudzenia, a nie choroby, człowiek ów odnajdzie cel i znaczenie w swoim doświadczeniu zamiast potępienia ze strony norm społecznych³.

¹ E. Shafranske, H. Maloney, *Clinical Psychologists' Religious and Spiritual Orientations and Their Practice of Psychotherapy*, „Psychotherapy” 1990, nr 27, s. 73.

² J. Lannert, *Resistance and Countertransference Issues with Spiritual and Religious Clients*, „Journal of Humanistic Psychology” 1991, nr 31 (4), s. 69.

³ H.S. Webb, *Traveling Between the Worlds: Conversations with Contemporary Shamans*, Charlottesville 2004, s. 13.

Tymczasem obszar duchowości i religijności w psychologii, psychiatrii i psychoterapii wydaje się wybitnie zaniedbany. Taki stan rzeczy nie dziwi, jeśli wziąć pod uwagę panujący od dłuższego czasu w nauce, a więc i w psychologii oraz naukach medycznych, paradygmat oparty na kartezjańsko-newtonowskim modelu rzeczywistości, który implikuje materialistyczny redukcjonizm i jedną, intersubiektywnie postrzeganą wizję rzeczywistości.

Odpowiedź na taki stan rzeczy przyszła już w sprzyjających wszelkim alternatywnym ruchom latach sześćdziesiątych, kiedy to najpierw wyłoniła się tzw. trzecia siła w psychologii (po psychoanalizie i behawioryzmie), psychologia humanistyczna, a później – zdecydowanie mniej popularna, odwołująca się już bezpośrednio do duchowości – psychologia transpersonalna⁴. Postacią łączącą obie te szkoły był Abraham Maslow, jednak najbardziej wpływową osobowością nurtu transpersonalnego jest i pozostaje amerykański psychiatra czeskiego pochodzenia, Stanislav Grof. Ten wybitny naukowiec zasłynął szeroko zakrojonymi badaniami nad wykorzystaniem dwuetylamidu kwasu lizergowego (LSD) w psychoterapii, stworzył swoistą kartografię ludzkiej *psyche*⁵, krytykował rzeczowo i dogłębnie wspomniany na początku paradygmat. Poszerzył ponadto naszą wiedzę o ludzkiej (nie)świadomości, a także wprowadził wiele praktycznych pojęć, podziałów i ustrukturuowań, z których dwa stanowią punkt odniesienia tej pracy.

⁴ „Psychologia transpersonalna akcentuje znaczenie dla osobistego rozwoju tzw. doświadczeń transpersonalnych, których istotą jest wykraczanie poza granice ego oraz poza ograniczenia czasu i przestrzeni. Najważniejszym aspektem tego niemającego końca procesu jest rozwój świadomości [...]. Wiele innych podejść terapeutycznych koncentruje się wprawdzie na świadomości, ale na jej treściach, a nie na niej samej, jak chcieliby zwolennicy psychologii transpersonalnej. Uważają oni, że zdrowy, optymalny poziom funkcjonowania świadomości charakteryzuje się znacznie większym zakresem (spektrum) niż się to zwykle w psychologii przyjmuje”. P.O. Żylicz, *Psychoterapia transpersonalna*, [w:] *Psychoterapia. Teoria*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2005, s. 234.

⁵ W jego modelu nieświadomość dzieli się na: biograficzną, czyli osobową, zgodną z rozumieniem psychodynamicznym; okolopородową, związaną z przebywaniem płodu w macicy i traumą narodzin oraz transpersonalną, analogiczną do jungiańskiej nieświadomości zbiorowej, źródła archetypów i ponadjednostkowych doświadczeń. Trzy te wymiary wzajemnie się przenikają, co może skutkować osobliwymi doświadczeniami. Por. Ś. Grof, *Obszary nieświadomości*, przeł. A. Szyjewski, Kraków 2012.

OMÓWIENIE PODSTAWOWYCH POJĘĆ

Mowa o *spiritual emergence* i *spiritual emergency* oraz odróżnieniu ich obu od epizodu psychotycznego czy wręcz schizofrenii (pojęcia te jednak mogą się zazębiać i łączyć w niektórych przypadkach, o czym później). Innymi słowy, chodzi o zaniedbane przez konwencjonalną psychologię rozróżnienie na duchowy przełom i psychologiczne załamanie (a *spiritual breakthrough*, a *psychological breakdown*)⁶. Ma to niesłychanie doniosłe znaczenie praktyczne, bowiem – w zamierzeniu – w pierwszym wypadku „klient” może uzyskać pomoc psychologiczno-duchową, w drugim zaś uzyskuje etykietkę nozologiczną i jest poddawany klasycznym interwencjom medycznym. Brak wrażliwości na duchową sferę człowieka może jednak skutkować błędnym rozpoznaniem i nieadekwatnym, a często niepotrzebnym czy wręcz szkodliwym długotrwałym leczeniem psychiatrycznym, pociągającym za sobą chroniczność „choroby”, zubożenie osobowości, zależność od neuroleptyków i narażenie na ich skutki uboczne oraz, wtórnie, stygmatyzację społeczną.

Jak można zauważyć, wprowadzone przez Grofów (problemem tym Stanislav zajmował się wraz z żoną Christina) terminy opierają się na grze słów, która akcentuje powiązanie sytuacji kryzysowej (*emergency*) i „duchowego” wyłonienia się (*emergence*)⁷. *Spiritual emergence* zachodzi, gdy rozwój duchowy przebiega łagodnie i stopniowo, a zmiany światopoglądu, będące jego wynikiem, spotykają się ze wsparciem ze strony otoczenia. Jak pisali Stanislav i Christina Grof, jest to „ruch ku bardziej rozwiniętemu sposobowi bycia, który obejmuje poprawę emocjonalnego i psychosomatycznego zdrowia, większą wolność osobistych wyborów oraz poczucie głębszej więzi z innymi ludźmi, naturą i kosmosem”⁸. Kiedy *spiritual emergence* przebiega nagle lub niespodziewanie, szybko i dramatycznie, a wyższy poziom świadomości jest

⁶ H.S. Webb, *Spiritual emergence*, [w:] *Encyclopedia of Psychology and Religion*, red. D.A. Leeming, K. Madden, S. Marlan, New York 2009, s. 871.

⁷ Z tego też względu, jak i z powodu braku przyjętych w polskiej literaturze odpowiedników, pozostawiam oba te połączenia wyrazowe w zapisie oryginalnym.

⁸ S. Grof, C. Grof, *The Stormy Search for the Self: A Guide to Personal Growth Through Transformational Crisis*, New York 1990.

uzyskiwany na sposób nieregularny lub przerywany, możemy mieć do czynienia ze swego rodzaju doświadczeniem traumatycznym, *spiritual emergency*:

[...] kryzysem [występującym wtedy – wtrącenie – K.D.] kiedy proces wzrostu i zmiany staje się chaotyczny i przytłaczający. Jednostki doświadczające takich epizodów mogą odczuwać załamanie się ich poczucia tożsamości, mieć wrażenie, że ich dotychczasowe wartości nie mogą już być dłużej uważane za prawdziwe i że twarda podstawa ich osobowej rzeczywistości radykalnie się zmienia. W wielu wypadkach nowe obszary mistycznych i duchowych doświadczeń wkraczają w ich życie nagle i dramatycznie, rodząc strach i zmieszanie. Osoby takie mogą czuć olbrzymi lęk, mieć problem z radzeniem sobie z codziennym życiem, pracą i związkami, a nawet obawiać się o swoje zdrowie psychiczne⁹.

U niektórych mogą wystąpić napięcie, klaustrofobia, przygnębienie, uciski, niepokój, a nawet poczucie utraty wszelkich punktów odniesienia względem samego siebie. Nie zmienia to faktu, że tego typu kryzys, jak każdy inny zresztą, kryje w sobie potencjał rozwojowy i może ostatecznie zaowocować transformacją osobowości, ewolucją świadomości, większym dobrostanem i lepszym radzeniem sobie¹⁰. Co do etiologii, to jest ona bardzo niespecyficzna, bowiem kryzysy transpersonalne mogą wystąpić spontanicznie, bez jakichkolwiek czynników poprzedzających, a z drugiej strony ich katalizatorem mogą być różnego rodzaju obciążenia emocjonalne, wysiłek fizyczny, choroba, wypadek, intensywne doświadczenie seksualne, urodzenie dziecka, zażyte psychodeliki lub różnego rodzaju praktyki medytacyjne¹¹.

Spektrum kryzysu mieści w sobie różne poziomy *spiritual emergency*, od łagodnych form dezorientacji i fragmentacji do stanu, w którym jednostka zupełnie traci łączność z rzeczywistością¹². Grofowie odnoto-

⁹ S. Grof, C. Grof, *Spiritual Emergency. When Personal Transformation Becomes a Crisis*, Los Angeles 1989, tylna strona okładki.

¹⁰ S. Grof, C. Grof, *Spiritual Emergency: The Understanding and Treatment of Transpersonal Crises*, [w:] *Paths Beyond Ego. The Transpersonal Vision*, red. R. Walsh, F. Vaughan, New York 1993, s. 138.

¹¹ *Ibidem*.

¹² H.S. Webb, *Spiritual...*, *op. cit.*, s. 872.

wali, że tego typu epizody zostały opisane w świętych księgach różnych religii jako rezultaty pewnych praktyk i swoiste drogowskazy na drodze mistycznej¹³, stworzyli także swoistą typologię syndromów, będących różnymi formami *spiritual emergence/y*. Zastrzegali równocześnie, że w wypadku tych „dynamicznych eksterioryzacji głęboko nieświadomych i nadświadomych obszarów ludzkiej psyche” trudno o ścisłe podziały i granice, a te różne formy transpersonalnych kryzysów mogą na siebie nachodzić. Niemniej jednak autorzy wymienili początkowo 8, a później 12 rodzajów tego typu doświadczeń. Oto i one¹⁴:

- **doświadczenie śmierci klinicznej** (*near-death experience*) może wywołać kryzys, jeśli wystąpi u osób, które nie uznają znaczenia tego doświadczenia; czasami rodzi także obawy o bycie obłąkanym;
- **otwarcie na mit życia** (*opening to life myth*) polega na postrzeganiu niemal wszystkiego, co się wydarza, jako symboli porywającego archetypowego dramatu;
- **psychologiczne odnowienie poprzez uaktywnienie archetypu centralnego** (*psychological renewal through activation of the central archetype*) sprowadza się do serii doświadczeń zawierających motywy śmierci i odrodzenia, powrotu do początków życia i apokaliptycznych zmaganiań; osoby doświadczają siebie jako będących centrum wszystkich rzeczy;
- **epizody jednoczącej (niedualnej) świadomości** (*episodes of unitive (nondual) consciousness*) są związane ze znanymi z psychologii humanistycznej „doświadczeniami szczytowymi”¹⁵;
- **obudzenie energii kundalini** (*kundalini awakening*) odnosi się do potężnego wpływu psychofizyczno-duchowej energii, która po-

¹³ Co więcej, żywoty wielu świętych, mistyków i nauczycieli duchowych zawierają informacje o niezwykłych doświadczeniach duchowych i dziwacznych zachowaniach mędrców różnych religii, od Saula alias św. Pawła przez Szymona Słupnika i George’a Foxa po Ramakrisznę. Bardziej współczesne przykłady czytelnik znajdzie w: G. Feuerstein, *Holy Madness: Spirituality, Crazy-Wise Teachers, And Enlightenment*, Chino Valley 2006, a z polskiej literatury w: J. Sieradzan, *Szaleństwo w religiach świata*, Kraków 2005.

¹⁴ A. Mazak, *When Spiritual Emergence Becomes an Emergency*, „Journal of Religion & Psychological Research” 1998, t. 21, nr 3, s. 139.

¹⁵ Zob. A. Maslow, *W stronę psychologii istnienia*, przeł. I. Wyrzykowska, Warszawa 1986.

woduje autonomiczną hiperaktywność i może prowadzić do wizji i słyszenia głosów;

- **pojawienie się karmicznego wzorca i doświadczenia poprzedniego życia** (*emergence of a karmic pattern, past-life experiences*) odnoszą się do sekwencji dramatycznych wydarzeń w umyśle, które wydają się występować w odmiennym kontekście czasoprzestrzennym, a przez jednostkę są postrzegane jako „odzyskiwanie” wydarzeń z pamięci, ponowne przeżywanie różnych epizodów z wcześniejszych inkarnacji, co z kolei rzuca nowe światło na problemy życia obecnego;
- **szamańska podróż** (*shamanic journey*) odznacza się podobieństwem do tego, co antropolodzy nazywają „chorobą szamańską” lub „inicjacyjną” i pociąga za sobą wizje autodestrukcji, zredukowania do szkieletu i budowy nowego, duchowego ciała, posiadającego specjalne moce; występują tu także wizje zwierząt totemicznych;
- **kontakt z duchami-przewodnikami** (*communications with spirit guides*) wiąże się z wrażeniem ciągłego obcowania ze wskazującymi drogę postaciami zmarłych przodków lub innych duchów opiekuńczych;
- **stany opętania i spotkania z pozaziemskim** (*possession states and encounters with extraterrestrials*) są dwoma rodzajami dojmującego doświadczenia zawładnięcia, które może również uaktywnić pewne archetypy;
- **mediumiczne otwarcie** (*psychic opening*) to nagłe wystąpienie doświadczeń paranormalnych w rodzaju OOB (out of body experience) czy ESP (*extra-sensory perception*).

Przypomnijmy, że *spiritual emergence* przebiega stosunkowo łagodnie, a przynajmniej nie interferuje z codziennym życiem jednostki, *spiritual emergency* zaś wiąże się z nagłym i znacznym zakłóceniem funkcjonowania w sferze psychologicznej, społecznej i zawodowej. Podstawowym wyznacznikiem tego drugiego, będącym jednocześnie czynnikiem świadczącym o jego niepatologicznym charakterze, jest pojawiający się mimo dystresu dobroczynny efekt transformatywny. O ile jednak w wypadku nieodłącznie związanego z tym pojęciem kryzysu pomoc ze strony uwrażliwionego na problemy duchowe i kompetentnego terapeuty jest więcej niż wskazana, to już przy *spiritual emergence* jest ona opcjonalna

i sprowadza się najczęściej do integracji nowych doświadczeń duchowych i związanej z nimi nowej wiedzy.

STUDIA PRZYPADKÓW

W celu zilustrowania różnic między tymi pojęciami przytoczę dwa przykłady. Pierwszy podaję za transpersonalnym psychologiem, Davidem Lukoffem:

Trzydziestoletnia kobieta szukała dla siebie terapii w celu poradzenia sobie z nierozwiązanymi problemami z rodzicami i pozbycia się poczucia winy z powodu psychozy młodszego brata. W drugim roku terapii przeszła typowe doświadczenie mistyczne, włączając w to stan ekstazy, poczucie jedności ze wszechświatem, wzmoczoną świadomość przekraczania granic czasu i przestrzeni oraz większe poczucie sensu i celu życia. Przez 10 dni pozostawała w tym ekstatycznym stanie. Czuła, że wszystko w jej życiu prowadziło do tego doniosłego doświadczenia i że cała jej wiedza została zreorganizowana w czasie jego trwania. W związku z gwałtownymi zmianami nastroju oraz niezwykłą ideacją, terapeuta rozważał diagnozy manii, schizofrenii i hysterii. Odrzucił je jednak, ponieważ wiele aspektów funkcjonowania pacjentki pozostało niezmienionymi lub nawet uległo polepszeniu, a całość jej doświadczenia wydawała się bardziej integrująca niż dezintegrująca¹⁶.

Bardziej niebezpieczną sytuację opisuje lekarz specjalizujący się w doświadczeniach kundalini i podobnych:

44-letnia artystka straciła nagle przytomność w czasie malowania. Kiedy ją odzyskała, zauważyła, że leży na podłodze. Jej ciało, wypełnione potężną i szybko wzrastającą energią, zaczęło się gwałtownie trząść. Po 1,5 godzinie miała wrażenie, że fala jaskrawego światła napływa jej do głowy. Wybuch energii, połączony z odczuciem intensywnego wewnętrznego ciepła, powrócił następnego dnia w czasie medytacji. Nie była świadoma, kim jest i gdzie się znajduje, zaczęła mieć halucy-

¹⁶ Nawiasem mówiąc, autor ten sam przeszedł doświadczenie, w którego trakcie uwierzył, że jest inkarnacją Chrystusa i Buddy, później zaś poczuł wezwanie do zostania uzdrowicielem, co interpretuje obecnie jako „kryzys szamański”, czyli jedną z form *spiritual emergency*. Zob. D. Lukoff, *The Importance of Spirituality in Mental Health*, „Alternative Therapies in Health and Medicine” 2000, nr 6 (6), s. 81–87.

nacje wzrokowe. Po wielu pełnych chaosu tygodniach doświadczyła straszliwego pieczenia w nogach, które następnie rozprzestrzeniło się w okolice klatki piersiowej i ramion. Dziwaczne wizje nadpływały i odpływały. Namalowała kilka z nich, po czym kompletnie się załamała. Owładnęła nią depresja i kobieta miała poczucie, że umiera. W końcu, po namalowaniu wielu wizjonerskich obrazów, pojawiło się przeżycie odrodzenia¹⁷.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Rozróżnienie pomiędzy psychozą a doświadczeniem duchowym nie pociąga za sobą konstatacji, że ta pierwsza nie istnieje; tym bardziej *spiritual emergency* nie powinno być wymówką dla ludzi wyraźnie zaburzonych, którzy wciągnęli duchowe obrazy i symbole w swój system urojeń, a posługując się tym terminem chcieliby uniknąć leczenia. Dlatego małżeństwo Grofów podaje negatywne i pozytywne kryteria różnicujące, tak medycznej (punkty 1–4), jak i psychologicznej (pozostałe) natury¹⁸. Mamy do czynienia z zaburzeniem psychicznym, kiedy:

1. Badanie psychiatryczne i testy laboratoryjne wykryły uszkodzenie mózgu lub chorobę somatyczną, która jest powodem zmian psychologicznych.
2. Testy psychologiczne wykazały istnienie zmian organicznych.
3. Występują upośledzenia funkcji poznawczych, zaburzenia świadomości i koordynacji psychoruchowej.
4. Zmieszanie, dezorganizacja i pogorszone funkcjonowanie intelektualne uniemożliwiają sprawną komunikację.
5. Historia pacjenta ukazuje poważne, sięgające dzieciństwa problemy w relacjach międzyludzkich, nieumiejętność znalezienia sobie przyjaciół i wejścia w intymne relacje seksualne, słabe przystosowanie społeczne i wcześniejsze problemy psychiatryczne.
6. Przechodzony proces jest słabo zorganizowany i pozbawiony kierunku; zachodzą drastyczne zmiany w zachowaniu i w przeżywaniu,

¹⁷ L. Sannella, *The Kundalini Experience*, Lower Lake 1987, s. 25.

¹⁸ Wymienię tylko kryteria negatywne, ponieważ pozytywne są z reguły prostym przeciwieństwem tych pierwszych.

następuje niespecyficzna dezorganizacja funkcji psychologicznych, niekoherencja i rozluźnianie skojarzeń.

7. Zachodzi autystyczne wycofanie, pojawia się agresywność, a kontrolujące i manipulacyjne zachowanie wyklucza dobre funkcjonowanie w relacjach i czyni jakąkolwiek kooperację niemożliwą.
8. Jednostka nie potrafi odróżnić wewnętrznego od zewnętrznego i postrzegać przechodzonego przez nią procesu jako wydarzenia intrapsychicznego; posługuje się projekcjami i obwinianiem, dochodzi do zachowania typu „acting out”.
9. Występuje podstawowa nieufność, świat i inni ludzie postrzegani są jako wrogo nastawieni; pojawiają się urojenia prześladowcze oraz halucynacje słuchowe w postaci głosów o bardzo nieprzyjemnej treści.
10. Podczas terapii dochodzi do pogwałcenia jej podstawowych zasad, np. niekrzywdzenia siebie i innych.
11. Zachowanie staje się niebezpieczne dla zdrowia (np. odmowa przyjmowania posiłków przez dłuższy czas, zaniedbanie higieny osobistej)¹⁹.

Lukoff²⁰, kontynuując tradycje Grofa, sugeruje dodatkowe obszary, na które warto zwrócić uwagę. Utworzył on dwie listy kryteriów. Pierwsza miałyby świadczyć o doświadczeniu duchowym; wskazywałyby na nie: 1) poczucie nowo zdobytej wiedzy, 2) przemiana percepcyjna, 3) urojenia, jeśli występują, to odnoszą się do szeroko rozumianej mitologii, 4) brak dezorganizacji pojęciowej (urojeniowa, metaforyczna mowa może być trudna do zrozumienia, ale jeśli ostatecznie jest zrozumiała, nie powinna być nazwana zdeorganizowaną), 4) powiązanie tematyczne poznania i mowy z tradycjami duchowymi lub mitologią, 5) gotowość do eksplorowania nowego doświadczenia²¹. Dobrymi prognostykami dla epizodu psychotycznego byłyby zaś: 1) prawidłowe funkcjonowanie przed wystąpieniem epizodu, 2) ostry początek objawów (nie więcej niż

¹⁹ S. Grof, C. Grof, *The Stormy Search...*, op. cit., s. 99.

²⁰ D. Lukoff, *Transpersonal Perspectives on Manic Psychosis: Creative, Visionary, and Mystical States*, „Journal of Transpersonal Psychology” 1988, nr 20 (2), s. 116.

²¹ *Idem*, *The Diagnosis of Mystical Experiences with Psychotic Features*, „Journal of Transpersonal Psychology” 1985, nr 17 (2), s. 164.

trzy miesiące ich występowania), 3) stresujące wydarzenia poprzedzające mające charakter dużej zmiany życiowej, 4) pozytywne, badawcze nastawienie wobec przeżytego doświadczenia.

Jackson i Fulford²² przedstawiają trzy przykłady na to, że fenomeny psychotyczne mogą wystąpić w kontekście doświadczeń duchowych, a niekoniecznie choroby psychicznej. W takich przypadkach, jak uważają, nie sposób rozróżnić między duchowym a patologicznym, posługując się kryterium formalnym i treściowym; można to uczynić jedynie biorąc pod uwagę wartości i przekonania konkretnej jednostki. Warto w tym miejscu przytoczyć badania wykorzystujące metody ilościowe, w których porównywano częstość „urojeniowej ideacji” (kryteria PSE) u ludzi należących do Nowych Ruchów Religijnych, niereligijnych, chrześcijan i psychotyków umieszczonych na oddziałach zamkniętych²³. Ci pierwsi nie mogli zostać odróżnieni od ostatnich za pomocą pomiarów dotyczących urojeń, jednakże rozbieżność między nimi wiązała się z poziomem dystresu.

Randal i Argyle²⁴ wyliczają warunki, w jakich duchowy aspekt życia człowieka może wiązać się z psychozą. Jest tak, gdy jawi się on jako 1) ważna część kontekstu życia, dotykająca wielu wartości, idei oraz zachowań, 2) obszar życia dotknięty psychozą, 3) potencjalny punkt oparcia związany z opieką i powrotem do zdrowia, 4) domena dostarczająca modelu wyjaśniającego.

Wprowadzenie pojęcia *spiritual emergency* pomogło zorientowanym transpersonalnie praktykom radzić sobie ze złożonymi psycho-duchowymi problemami, jednakże nie wpłynęło specjalnie na zasadnicze postawy środowisk psychiatrycznych. By położyć kres ignorancji pracowników służby zdrowia w dziedzinie ludzkiej duchowości, podjęto próby

²² Zob. M. Jackson, K. Fulford, *Spiritual Experience and Psychopathology*, „Philosophy, Psychiatry, & Psychology” 1997, nr 4 (1), s. 41–65.

²³ Zob. E. Peters, S. Day, J. McKenna, G. Orbach, *Delusional Ideation in Religious and Psychotic Populations*, „British Journal of Clinical Psychology” 1999, nr 38 (1), s. 83–96.

²⁴ P. Randal, N. Argyle, „*Spiritual Emergency*’ – a useful explanatory model’?. A Literature Review and Discussion paper, <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Patte%20Randal%20and%20Nick%20Argyle%20Spiritual%20Emergency%201.1.06.pdf>, s. 5 [dostęp: 27.12.12].

wprowadzenia odpowiednich kategorii do systemów diagnostycznych²⁵. Wspomniany już Lukoff²⁶ zaproponował początkowo „doświadczenie mistyczne o cechach psychotycznych”, które zostało zestawione z „nieskomplikowaną żalobą” na zasadzie podobieństwa normalnej reakcji na nienormalną (nietypową, traumatyczną; w tym przypadku „burzliwe doświadczenie duchowe”) sytuację i jako takiej nie świadczącej o zaburzeniu umysłowym. Późniejsza propozycja²⁷ obejmowała dwie podgrupy: problemy psychoreligijne, związane z wiarą i praktykami w ramach zorganizowanego kościoła czy instytucji religijnych (np. utrata wiary, wątpliwości, konwersja, intensyfikacja religijnej ortodoksji) oraz problemy psychoduchowe, związane z doświadczeniami opartymi na relacji jednostki z transcendentną istotą czy siłą, które są odczuwane jako trudne lub niepokojące. Starania o umieszczenie takiej kategorii w czwartym wydaniu podręcznika DSM zostały uwieńczone sukcesem, przy czym proponowana nazwa została zmieniona na „religijny lub duchowy problem” (*Spiritual or Religious Problem*).

Przeprowadzenie diagnozy różnicowej między zaburzeniami psychicznymi i *spiritual emergencies* nie jest jednak łatwym zadaniem, szczególnie dla profesjonalistów nieposiadających odpowiedniego wykształcenia²⁸. Niezwykle doświadczenia i zachowania, trudności w jasnej artykulacji duchowych przeżyć, wzrokowe, słuchowe, węchowe czy kinestetyczne percepcje, które charakteryzują *spiritual emergencies*, mogą być łatwo uznane za zaburzenia psychiczne i potraktowane psychia-

²⁵ W Stanach Zjednoczonych obowiązuje *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, obecnie jeszcze (do maja 2013) edycja czwarta (DSM-IV). W Polsce posługujemy się dziesiątą edycją *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)*. Oba te systemy diagnozy nozologicznej w wielu miejscach są ze sobą zbieżne, jednak istnieją ważne różnice między nimi. Na interesującym nas polu nie mamy tak szerokiej kategorii, jaka występuje w klasyfikacji amerykańskiej, natomiast ICD-10 zawiera jednostkę „Trans i opętanie” [F44.3], która występuje w obrębie „Zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną”. Por. *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10*, Kraków-Warszawa 2000.

²⁶ D. Lukoff, *The Diagnosis of Mystical...*, op. cit., s. 155-171.

²⁷ *Idem*, F. Lu, R. Turner, *Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 1992, nr 180 (11), s. 673-682.

²⁸ Zob. E. Bragdon, *A Sourcebook for Helping People with Spiritual Problems*, Aptos 1993.

trycznym językiem, stać się po prostu urojeniami, omamami, rozluźnieniem sieci skojarzeń, mutyzmem, formalnymi zaburzeniami myślenia (rozkojarzenia, alogia, natłok myśli), myślami nadwartościowymi, depersonalizacjami, dezorientacjami, dysocjacjami etc. Arlene Mazak²⁹ przyznaje, jak trudno odróżnić ostrą fazę *spiritual emergency* od psychopatologii i podaje konkretne przykłady takich nieporozumień: rażąco zdezorganizowane zachowanie może być zinterpretowane jako psychoza, wizje jako halucynacje, relacje o rozszerzonej tożsamości jako urojenia, ciemna noc duszy jako depresja, a autonomiczna hiperaktywność jako mania lub jakaś postać zaburzeń lękowych³⁰. Wilber³¹ łączyłby takie pomyłki z błędem pre/trans (*pre/trans fallacy*), ponieważ porządku prepersonalny i transpersonalny można ze sobą pomylić z tej prostej przyczyny, że oba są niepersonalne. O ile jednak pierwszy ma charakter prymitywny, łączy się z regresją i z zaburzeniami psychicznymi właśnie, to drugi wykracza poza ego i implikuje otwarcie na sferę duchową, a przez to rozwój.

W niektórych przypadkach najlepszym wyjściem jest postawienie podwójnej diagnozy. Mazak podaje przykład swojego pacjenta, który przez dłuższy czas żył w aszramie i poprosił ją o pomoc, ponieważ wierzył, że doświadczył obudzenia energii kundalini, który to proces był przedmiotem wieloletnich badań tej terapeutki. Okazało się, że człowiek ten miał niezdiagnozowaną wcześniej schizofrenię paranoidalną. Z drugiej strony jego relacje i symboliczne rysunki wskazywały na prawdziwe doświadczenie kundalini. Jak więc widać, istnieją zarówno przypadki świadczące o tym, że ludzie ze schizofrenią mogą mieć autentyczne doświadczenia duchowe, jak i takie, które ilustrują tezę o występowaniu

²⁹ A. Mazak, *op. cit.*, s. 140.

³⁰ Najprostszym wskaźnikiem psychozy jest w psychiatrii wyraźne upośledzenie testowania rzeczywistości, tzn. nieprawidłowa atrybucja i percepcyjne zrównanie fenomenów świata zewnętrznego oraz wewnątrzpsychicznych. Należy jednak przypomnieć, że tego rodzaju probierz „normalności” jest artefaktem stworzonym przez kulturę Zachodu, w wypadku zaś wielu innych kultur nie dochodzi do tak szybkiej patologizacji odmierności. Por. np. *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*, red. J.H. Jenkins, R.J. Barrett, przeł. J. Bobrzyński, K. Gdowska, Kraków 2005.

³¹ K. Wilber, *Pre/trans fallacy*, [w:] *Paths Beyond Ego...*, *op. cit.*, s. 125.

przeżyć psychotycznych (lub za takie tylko uważanych) wśród jednostek niezaburzonych³².

TERAPIA

Podstawową strategią dla *spiritual emergency* jest znalezienie w codziennym harmonogramie miejsca dla aktywności umożliwiających pełną konfrontację z wyłonionym materiałem w postaci np. medytacji czy pracy introspekcyjnej, co dodatkowo chroni przed naporem elementów nieświadomych. W sytuacji terapeutycznej leczy już sama, oparta na wzajemnym zaufaniu, relacja. Na jej bazie możliwe jest przekazywanie nowego rozumienia oraz rozbudzenie szacunku wobec uzdrawiającej i transformującej natury procesu, w który pacjent/klient został wciągnięty. Kluczowe jest zwrócenie uwagi na intrapsychiczny charakter owych niezwykłych doświadczeń oraz nadanie konceptualnych ram doświadczeniu.

Z drugiej strony czasem wskazane okazuje się użycie technik spowalniających proces, szczególnie w sytuacji, w której okoliczności wymagają od jednostki pełnego oddania codziennym obowiązkom. Grofowie wymieniają w tym miejscu: specyficzną, ciężkostrawną wręcz dietę z przewagą czerwonego mięsa, napoje zawierające duże ilości cukru lub miodu, intensywne ćwiczenia fizyczne, unikanie sytuacji stresowych i nadmiernie stymulujących bodźców, a wreszcie zaprzestanie praktyk duchowych, zaś w ostateczności tymczasowe zażywanie pomniejszych trunkwilizatorów. Terapia jest konieczna, jeśli powyższe środki nie wystarczają do normalnego funkcjonowania³³. Wrażliwe traktowanie tematyki religijno-duchowej może mieć miejsce w ramach każdego nurtu: od psychoanalitycznego³⁴ po poznawczo-behawioralne³⁵, jednak

³² A. Mazak, *op. cit.*, s. 142-143.

³³ S. Grof, C. Grof, *Spiritual Emergency...*, *op. cit.*, s. 144.

³⁴ Zob. *Object Relations Theory and Religion: Clinical Applications*, red. M. Finn, J. Gartner, Westport 1992.

³⁵ Zob. L.R. Propst, *The Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Imagery for the Treatment of Mild Depression in Religious Individuals*, „Cognitive Therapy and Research”, nr 4 (2), s. 167-178.

najbardziej odpowiednio wydają się tutaj podejścia niemalże z definicji naznaczone duchowością: analiza jungowska, psychosynteza, psychoterapia Gestalt i – *last but not least* – psychoterapia transpersonalna. Kluczową rolę w terapii pełni normalizacja doświadczenia duchowego i dostarczanie wiedzy na jego temat (*education*). O ile są to dość powszechnie w psychoterapii występujące interwencje, to w interesującym nas obszarze problemowym odgrywają one szczególnie ważną funkcję, ponieważ osoby w trakcie *spiritual emergency* są często przeżone niecodzienną naturą ich doświadczeń, bojąc się przy tym groźby „obłąkania”³⁶. Podobnie należytej wiedzy, pomagającej zrozumieć osobliwość sytuacji, należy dostarczyć rodzinie. Takie oddziaływania, oparte w dużej mierze na fenomenologii i przez to stawiające pomost między wyjaśnianiem i rozumieniem, dostarczają ponadto zrozumienia i normalizacji doświadczenia, dzięki czemu unika się wtórnego naznaczenia pacjenta etykietą psychiatryczną³⁷. Stanislav i Christina Grof dodają, że w każdym stadium rzezonego procesu niezwykle pożyteczne są wszelkiego rodzaju działania artystyczne, takie jak np. malowanie mandali, psychodrama, ekspresywny taniec i ruch w ogóle oraz kreatywne pisanie³⁸.

SPIRITUAL EMERGENCY A SPRAWA POLSKA

Jak widać z przeglądu literatury, w Stanach Zjednoczonych zarysowany problem doczekał się wielu publikacji. Ponadto istnieją specjalne kursy doskonalące ukierunkowane na kryzysy związane z duchowością, a od 1980 roku funkcjonuje tam utworzona przez małżeństwo Grofów sieć pomocy „Spiritual Emergence Network”³⁹. W Polsce istnieją nieliczne ośrodki prywatne, prowadzone najczęściej przez rodzimych psychologów transpersonalnych, jednakże mentalności ogromnej rzeszy profe-

³⁶ D. Lukoff, *From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM IV Category*, „Journal of Humanistic Psychology” 1998, nr 38 (2), s. 31.

³⁷ P. Randal, N. Argyle, *op. cit.*, s. 2.

³⁸ S. Grof, C. Grof, *Spiritual Emergency...*, *op. cit.*, s. 144.

³⁹ Zob. <http://www.spiritualemergence.info/> [dostęp: 17.09.2013].

sjonalistów służby zdrowia omawiane zagadnienia nadal są obce. Jeżeli chodzi o sprawy czysto techniczne, może się to wiązać m.in. z brakiem odpowiedniej rubryki w obowiązującej nas klasyfikacji chorób psychicznych. Z drugiej strony Polska jako kraj w przeważającej mierze katolicki nie była do tej pory specjalnie narażona na opisywane w tym artykule sytuacje⁴⁰. Sytuacja ta zaczyna się jednak powoli zmieniać wraz ze wzrastającym napływem metod i technik pochodzących z Dalekiego Wschodu (joga, medytacja etc.) oraz z coraz większym zainteresowaniem okultyzmem i szeroko rozumianą ezoteryką. Nie zapominajmy również, że według przywoływanych w artykule badaczy doświadczenia typu *spiritual emergency* mogą nastąpić spontanicznie, bez żadnych specyficznych czynników wywołujących. W takim wypadku pozostaje mieć nadzieję, że w kraju, z którego wywodzili się waloryzujący pozytywnie przeżycia psychotyczne (jako dostarczające cennej wiedzy o człowieku i kosmosie) psychiatra Antoni Kępiński czy twórca teorii „dezintegracji pozytywnej”, psycholog Kazimierz Dąbrowski, nie zabraknie w przyszłości specjalistów umiających poradzić sobie z duchowym kryzysem, a przede wszystkim – odróżnić ów stan od zaburzenia psychicznego. Póki co coraz więcej pisze się i działa w dziedzinie trudności związanych z wiarą w kontekście psychoterapii, co samo w sobie stanowi olbrzymi krok naprzód⁴¹.

⁴⁰ Jung uważał, że katolicyzm chroni przed owdładnięciem przez siły nieświadomości, wiąże się to jednak z brakiem silnych doświadczeń religijnych w jego obrębie. Tym niemniej twórca psychologii analitycznej cenil tradycję katolicką, a także nierazko odsyłał swoich pacjentów do spowiedzi. Por. C.G. Jung, *Życie symboliczne*, „Brulion” 1992, nr 19A.

⁴¹ Zob. m.in. B. de Barbaro, *Psychiatria a religia*, [w:] *Psychiatria*, t. 3, *Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2003 oraz J. Prusak, *Religia i duchowość w psychoterapii*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Gład, Kraków 2010. Warto też zwrócić uwagę na funkcjonowanie różnorodnych stowarzyszeń psychologów i psychoterapeutów chrześcijańskich oraz istniejącą w niektórych miastach formę ścisłej współpracy między psychologami i lekarzami a duchownymi (czego przykładem jest współpraca krakowskiej kliniki Collegium Medicum z okolicznymi jezuitami).

Bibliografia

- Bragdon E., *A Sourcebook for Helping People with Spiritual Problems*, Aptos 1993.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV*, Washington 1994.
- Encyclopedia of Psychology and Religion*, red. D.A. Leeming, K. Madden, S. Marlan, New York 2009.
- Feuerstein G., *Holy Madness: Spirituality, Crazy-Wise Teachers, And Enlightenment*, Chino Valley 2006.
- Grof S., *Obszary nieświadomości*, przeł. A. Szyjewski, Kraków 2012.
- Grof S., Grof C., *Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis*, Los Angeles 1989.
- Grof S., Grof C., *The Stormy Search for the Self: A Guide to Personal Growth through Transformational Crisis*, New York 1990.
- Jackson M., Fulford K., *Spiritual Experience and Psychopathology*, „Philosophy, Psychiatry, & Psychology” 1997, nr 4 (1).
- Lannert J., *Resistance and Countertransference Issues with Spiritual and Religious Clients*, „Journal of Humanistic Psychology” 1991, nr 31 (4).
- Lukoff D., *From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM IV Category*, „Journal of Humanistic Psychology” 1998, nr 38 (2).
- Lukoff D., *The Diagnosis of Mystical Experiences with Psychotic Features*, „Journal of Transpersonal Psychology”, nr 17 (2).
- Lukoff D., *The Importance of Spirituality in Mental Health*, „Alternative Therapies in Health and Medicine” 2000, nr 6 (6).
- Lukoff D., *Transpersonal Perspectives on Manic Psychosis: Creative, Visionary, and Mystical States*, „Journal of Transpersonal Psychology” 1988, nr 20 (2).
- Maslow A., *W stronę psychologii istnienia*, przeł. I. Wyrzykowska, Warszawa 1986.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10*, Kraków–Warszawa 2000.
- Object Relations Theory and Religion: Clinical Applications*, red. M. Finn, J. Gartner, Westport 1992.

- Paths Beyond Ego. The Transpersonal Vision*, red. R. Walsh, F. Vaughan, New York 1993.
- Peters E., Day S., McKenna J., Orbach G., *Delusional Ideation in Religious and Psychotic Populations*, „British Journal of Clinical Psychology” 1999, nr 38 (1).
- Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2010.
- Propst L.R., *The Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Imagery for the Treatment of Mild Depression in Religious Individuals*, „Cognitive Therapy and Research”, nr 4 (2).
- Psychiatria*, t. 3, *Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2003.
- Psychoterapia. Teoria*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2005.
- Randal P., Argyle N., „*Spiritual Emergency’ – a useful explanatory model’?*. *A Literature Review and Discussion paper*, <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Patte%20Randal%20and%20Nick%20Argyle%20Spiritual%20Emergency%201.1.06.pdf>, s. 5 [dostęp: 27.12.12].
- Sannella L., *The Kundalini Experience*, Lower Lake 1987.
- Shafranske E., Maloney H., *Clinical Psychologists’ Religious and Spiritual Orientations and Their Practice of Psychotherapy*, „Psychotherapy” 1990, nr 27.
- Sieradzan J., *Szaleństwo w religiach świata*, Kraków 2005.
- Webb H.S., *Traveling Between the Worlds: Conversations with Contemporary Shamans*, Charlottesville 2004.

ABSTRACT

BETWEEN PSYCHO(PATHO)LOGY AND SPIRITUALITY: SPIRITUAL EMERGENCE, SPIRITUAL EMERGENCY AND THE PROBLEM OF DIAGNOSTICS

Both *spiritual emergence* and *spiritual emergency* are the terms coined by the eminent figures of transpersonal psychology and psychotherapy, the psychiatrist Stanislav Grof and his wife Christina: they both refer to deep

and strong experiences of spiritual nature which may be indistinguishable from psychotic episodes. This may lead to misdiagnosis, problems with the choice of therapy and above all to a misunderstanding of above-mentioned processes by the patient him/herself. The article describes various kinds of *spiritual emergence/y* and a wide spectrum of possible support strategies, while discussing problems of differential diagnosis in respect to the systems of nosological classifications currently in use. Finally, it reflects on the Polish situation in this field.

Keywords:

Grof, spiritual emergency, psychosis, mental illness, diagnosis

Krzysztof Dyga – psycholog i komparatysta, doktorant w Zakładzie Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ. Jego zainteresowania badawcze skupiają się wokół problematyki osobowości i tożsamości (szczególnie w kontekście różnego rodzaju zaburzeń psychicznych), związków pomiędzy psychologią a duchowością (dwukrotnie koordynował Ogólnopolską Konferencję „Duchowość a Terapia” oraz Sekcję Psychologii Duchowości KNSP UJ) oraz psychoterapii. Ceni sobie teorię, ale jeszcze bardziej praktykę (kliniczną).