

**Medytacja a psychoza.
Porównanie aktualnej wiedzy w świetle
dowodów naukowych i doświadczeń
wschodniego nauczyciela medytacji**

**Meditation and psychosis.
The comparison of the current knowledge
in the light of scientific evidence
and the experience of an Eastern meditation teacher**

Marcel Baron¹, Agata Przybylska¹, Magdalena Piegza²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Oddziale Klinicznym Psychiatrii Katedry Psychiatrii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

² Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii,
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Summary

The aim of the study was to compare the current knowledge on the relationship between the use of meditation techniques and the occurrence of psychosis with the experience of an Eastern meditation teacher, Osho Rajneesh. While searching the PubMed database using the keywords “meditation AND psychosis” 72 research articles were obtained, of which only 17 fully corresponded to the assumptions of the work. They included the case reports of the patients, as well as meta-analyses, and review articles related to both the positive and negative influence of meditation practices on mental health. Additionally, the information contained in 3 books was used. The etiology of meditation-induced psychotic episodes is not clear given the frequent presence of many coexisting factors including fasting, sleep deprivation, or a positive psychiatric history, as well as the limitation of the methodology. In the analyzed studies, only patients who did not meditate in clinical conditions were reported. The analysis of these cases indicates that the risk of a psychotic episode was associated with excessively long practice and lack of adequate supervision. The comparison of current scientific knowledge with the experience of the Eastern meditation teacher made it possible to draw attention to rarely described in literature risk factors of the development of psychosis, which include “specific traits” of the practitioner’s attitude. One of its fundamental elements is an incorrect understanding of meditation as a task to perform, instead of an open, passive, and accepting attitude of observing the external and internal world.

Słowa kluczowe: medytacja, psychoza, *mindfulness*

Key words: meditation, psychosis, *mindfulness*

Wstęp

Różne techniki medytacji były znane i rozwijane na obszarach kulturowych tzw. Wschodu od czasów starożytnych. Oryginalnie służyły one ludziom w sferze duchowości do osiągnięcia „oświecenia” – stanu umysłu charakteryzującego się wszechogarniającym poczuciem spokoju i błogości. W ostatnich dekadach także nauka dostrzegła korzystne efekty wynikające z ich praktykowania, co znalazło odzwierciedlenie przede wszystkim w domenie psychiatrii i psychologii, głównie pod postacią rozwoju licznych nurtów terapii poznawczo-behawioralnych trzeciej fali. Do najważniejszych z nich zalicza się: terapię poznawczą opartą na uważności (MBCT), terapię akceptacji i zaangażowania (ACT), terapię skoncentrowaną na współczuciu (CFT) oraz terapię dialektyczno-behawioralną (DBT) [1]. Taka różnorodność wynika po części z tego, że *mindfulness*, na którym się opierają, jest pojemnym terminem. Jak wskazują Khoury i wsp. [2], ma on zarówno wymiar kognitywny, jak i afektywny, i można mu przypisać takie znaczenia jak: (a) kierowanie uwagą, (b) decentracja (aczkolwiek nie w rozumieniu piagetowskim, ale jako przekierowanie myślenia o danej rzeczy tylko pod kątem jednej konkretnej cechy w stronę bardziej otwartego, dostrzegającego również inne ważne charakterystyki), (c) świadomość doznań, myśli i emocji, (d) otwartość i akceptacja względem wszystkich wewnętrznych doznań połączone ze spokojem, (e) bierność i nieosądzanie, (f) obserwacja i opisywanie, (g) spokój umysłu, (h) życzliwość, (i) współczucie [2].

Jednym z głównych propagatorów wykorzystywania w zachodniej medycynie metod zakorzenionych we wschodnich tradycjach jest Jon Kabat-Zinn, który po raz pierwszy zastosował terapię opartą na medytacji *mindfulness* w 1979 roku w ufundowanej przez siebie klinice Redukcji Stresu na Uniwersytecie Massachusetts. Opracowana przez niego, pozbawiona elementów religijnych procedura – stworzona z połączenia starożytnej medytacji, hatha-yogi i psychoedukacji w ramach ośmiotygodniowego programu spotkań i wspólnych ćwiczeń – została nazwana redukcją stresu opartą na uważności (MBSR). Dzięki licznym badaniom dowodzącym skuteczności tego typu technik zmiana paradygmatu była nieuchronna, niemniej jednak implementacja wschodniej medytacji na gruncie zachodnim wiązała się z koniecznością ustosunkowania się do istniejących uprzednio tradycji rozumienia tego zjawiska.

Pierwotnie termin „medytacja” w świecie zachodnim odnosił się do konceptualnego rozmyślenia nad danym tematem lub pytaniem, głównie na gruncie filozofii. Pod wpływem mistyki chrześcijańskiej równolegle pojawiło się też jego przeciwstawne rozumienie, odnoszące się do modlitwy niedyskursywnej opartej na koncentracji lub uważności. Ten drugi sposób przypomina ujęcie wschodnie, w którym jest to zjawisko nieangażujące procesu myślowego (dąży się właśnie do jego zniwelowania). Przy czym takie dychotomiczne spojrzenie na ten problem stanowi pewne uproszczenie, ponieważ w rzeczywistości medytacja jest zjawiskiem tak powszechnym jak sama duchowość i w ramach tradycyjnych podejść „wschodnich” i „zachodnich” powinno się wyróżnić

wiele historycznych nurtów i szkół [3]. W niniejszym artykule będziemy wskazać przedstawiać to zjawisko w sposób bardziej uproszczony, ponieważ podział praktyk medytacyjnych pod względem charakteru aktywności psychicznej ma implikacje kliniczne. Nieoptymalne podejście praktykującego może mieć związek z wystąpieniem ostrych epizodów psychotycznych lub zaostrzeniem już istniejącego epizodu pod postacią wyraźniejszej manifestacji objawów psychotycznych. I nie chodzi tu tylko o niewłaściwą implementację technik wschodnich na gruncie zachodnim, ponieważ wiele szkół buddyjskich zwracało w swoich podręcznikach uwagę na zaburzenia zwane „stanami demonicznymi” [4].

Autorzy chcieliby zatem zwrócić uwagę na rzadko poruszaną w piśmiennictwie i jednocześnie mało poznaną problematykę związku medytacji z psychozą. Powiązania między stosowaniem praktyk medytacyjnych a manifestacją objawów psychotycznych omówiono na podstawie opisów przypadków i aktualnie dostępnych danych, podjęto również próbę wyjaśnienia tego zjawiska przez odwołanie się do ugruntowanej w tradycji wiedzy wybranego nauczyciela duchowego.

Niniejszy przegląd literatury został przeprowadzony z wykorzystaniem pełnotekstowej bazy medycznej PubMed. W celu identyfikacji artykułów związanych tematycznie z opisywanym zagadnieniem wyszukiwano następujące słowa kluczowe: *meditation* i *psychosis*. Na tej podstawie dokonano analizy 72 publikacji, z czego tylko 17 odpowiadało ścisłym założeniom pracy. Uwzględniono wyłącznie pełnotekstowe publikacje anglojęzyczne z ostatnich 50 lat. Ponadto wykorzystano informacje zawarte w 3 książkach – w akademickim opracowaniu dotyczącym problematyki adaptacji filozofii zen w kulturowej matrycy Zachodu oraz w dwóch zbiorach wypowiedzi Osho Rajneesha.

Wyniki

Różne zestawienia wymienionych powyżej fraz pozwoliły uzyskać 72 artykuły, z których ostatecznie wybrano tylko 17, a pozostałe odrzucono z powodu niedostatecznego dopasowania tematycznego do przyjętej problematyki pracy. Opisy przypadków [5] oraz metaanalizy [6] dotyczące psychozy wyindukowanej medytacją wskazują na brak jednoznacznej korelacji między praktykami medytacyjnymi a epizodem choroby psychicznej, zarówno z powodu ograniczeń metodologii, jak i współistniejących czynników. Uwagę zwracają przede wszystkim dodatni wywiad psychiatryczny, poszczenie, deprywacja snu, a także jednocześnie doświadczany stres z powodów rodzinnych i zawodowych [1, 7]. Jednak występowanie tych czynników nie przesądza bezpośrednio o ryzyku rozwoju psychozy, ponieważ jak wynika z dostępnych opracowań, stwierdzano je w 50% przypadków [6]. Bez wątplenia również czas trwania i warunki medytacji mają istotny wpływ na wystąpienie ewentualnych szkód psychologicznych. Kuijpers i wsp. [7] przedstawiają przypadek 24-letniego mężczyzny, który brał udział w „nienadzorowanych, intensywnych sesjach”, z kolei Joshi i wsp. [5] donoszą o chorym, który poświęcał nawet 18 godzin na dobę na medytację przez okres 20 dni. Podobnie pacjentka opisana przez Gouda [8] medytowała aż do 14–18 godzin dziennie przez 4 lata poprzedzające hospitalizację, pomimo instrukcji guru, który zalecił jej medytowanie dwa razy dziennie przez 20 minut.

Warto zwrócić uwagę, że w przytoczonych trzech przypadkach nie wspomina się o medycznych wskazaniach do medytacji, toteż należy domniemywać, że pacjenci podjęli decyzję o rozpoczęciu praktyki samodzielnie w celu poprawienia sobie samopoczucia bądź rozwoju duchowego. Co więcej, wszystkie przypadki, jakie w swojej metaanalizie uwzględnili Sharma i wsp. [6], w łącznej liczbie 28, dotyczyły osób, które nie medytowały w klinicznych warunkach, natomiast pod opiekę klinicystów trafiły po wystąpieniu zaburzeń behawioralnych, a następnie zostały retrospektywnie opisane przez poszczególnych autorów. Pacjenci ci posługiwali się różnymi technikami medytacyjnymi, takimi jak medytacja transcendentalna, *mindfulness*, zen czy Qigong [6].

W celu lepszego zrozumienia różnic między poszczególnymi jej rodzajami wymienia się często dwie główne kategorie medytacji: medytację „koncentracyjną”, do której można zaliczyć medytację transcendentálną, oraz medytację *mindfulness* [1, 8]. W niniejszym artykule również posługujemy się tym podziałem, ponieważ istnieją przesłanki, żeby łączyć epizody psychotyczne właśnie z medytacją transcendentálną, a właściwie z charakteryzującym ją typem aktywności psychicznej, tzn. z tendencją do koncentracji, w przeciwieństwie do medytacji *mindfulness*, która wydaje się pod tym względem bezpieczniejsza, także w leczeniu psychoz [1, 10]. Aczkolwiek w kontekście wielogodzinnego, długotrwałego praktykowania technik medytacji transcendentálnej, jakie stosowała pacjentka opisana przez Gouda [8], trzeba zaznaczyć, że interwencje opierające się na medytacji transcendentálnej też mogą być bezpieczne i efektywne, jeśli nie trwają dłużej niż 20 minut dziennie [9]. Lecz wobec doniesień o możliwych szkodach wynikających z takich praktyk niektórzy klinicyści mogą żywić przekonanie, że nie powinno się zapraszać pacjentów psychotycznych na sesje medytacyjne, zwłaszcza jeśli wcześniej zetknęli się z niepokojącymi objawami przypuszczalnie wywołanymi przez medytację.

Temat ten od dawna budzi kontrowersje i jest poddawany dyskusji. Powinno się wszakże odróżniać krótkotrwały dyskomfort od długotrwałych skutków ubocznych. Te drugie można zdefiniować jako „trwałe pogorszenie, które jest bezpośrednio spowodowane interwencją psychologiczną” [11, s. 2]. Klasycznym efektem niepożądanym jest depersonalizacja i odblokowanie stłumionych traumatycznych wspomnień. Medytujący mogą widzieć światła, doznawać spazmów i ruchów mimowolnych [1]. Do poważnych powikłań występujących na skutek medytacji można zaliczyć: ostry epizod psychotyczny, w tym także schizofrenii, epizod manii z objawami psychotycznymi oraz objawy psychotyczne w przebiegu zaburzenia schizoafektywnego [6]. Wydaje się, że u wrażliwych osób ryzyko gwałtownych doświadczeń jest podwyższone zwłaszcza na początku praktyk medytacyjnych [12]. Z dostępnej literatury wynika, że towarzyszą im kompleksowe zmiany neurochemiczne w mózgu [13] oraz wzmożony przepływ krwi w takich regionach jak kora przedczołowa, wzgórze, podwzgórze, hipokamp i zakręt obręczy [14, 15]. Istnieje wyraźne podobieństwo między przejściową deregulacją kory przedczołowej rejestrowaną podczas odmiennych stanów świadomości, jakie się obserwuje czasami podczas medytacji [16], a wzorcami łączności synaptycznej stwierdzonej u pacjentów ze schizofrenią [17]. Jakkolwiek zależność między zmianami w mózgu a pojawieniem się objawów zaburzeń psychicznych jest niewątpliwa, z klinicznego punktu widzenia określanie ryzyka ich wystąpienia u konkretnego pacjenta na tej pod-

stawie wydaje się mało praktyczne. Biorąc pod uwagę dostępność urządzeń służących do neuroobrazowania, jak również charakter pracy większości klinicystów, właściwsza metoda służąca do oceny i kwalifikacji chorych do zastosowania technik medytacyjnych powinna opierać się na kryteriach psychologicznych, a nie neurobiologicznych.

Dyskusja

Wobec różnorodności technik medytacyjnych, po których mogą wystąpić epizody psychotyczne, a także niejednoznaczności powiązań między czynnikami ryzyka, korzystając z doświadczenia klinicystów i nauczycieli duchowych, można wskazać na jedną zmienną mającą, jak się zdaje, decydujący wpływ na ewentualne niepożądane skutki uboczne, a jest nią samo nastawienie pacjenta. Pod pojęciem „nastawienie” rozumiemy tutaj: (a) stopień zaangażowania w przeprowadzaną interwencję, co wiąże się zarówno z gotowością do jej stosowania przez potencjalnie długi czas, jak i z psychicznym wysiłkiem w nią wkładanym; (b) umiejętność prawidłowego zaimplementowania wskazówek prowadzącego medytację i/lub zdobytych informacji o niej. Zatem im bardziej aprobujące i aktywne jest nastawienie pacjenta, tym większa jest jego skłonność do poświęcenia medytacji nieadekwatnie dużej ilości uwagi i czasu, co może być potencjalnym czynnikiem ryzyka. Definicja ta uwzględnia też wpływ odmiennych technik oraz – co się z tym pośrednio wiąże – odmiennych („wschodnich” i „zachodnich”) sposobów pojmowania samej medytacji.

W celu przedstawienia „wschodniej” perspektywy posłużymy się naukami Osho Rajneesha. W swoich wypowiedziach zaferował on prawdopodobnie najszerszą i najprzystępniejszą teorię działania medytacji, uwzględniając różne jej rodzaje i uwarunkowania wpływające i na sukces, i na niepowodzenie tego rodzaju praktyk. Zdajemy sobie sprawę z wszystkich kontrowersji, które łączą się z jego osobą i stworzoną przezeń organizacją, uznaliśmy jednak treści zawarte w wybranych tekstach za wartościowe i pragniemy skupić się wyłącznie na merytorycznej analizie jego wypowiedzi.

Osho, jako wywodzący się z Indii nauczyciel duchowy, prezentował rzecz jasna typowo wschodni punkt widzenia, niemniej rozumiał dobrze różnice kulturowe, które mają wpływ na konstrukcję psychiczną człowieka. Był autorem wielu technik medytacyjnych, w których opierał się – jak się wydaje – na medytacji typu *mindfulness*, rozumianej jako „przyjmowanie wszystkich rodzajów doświadczeń wewnętrznych, nie unikanie, lecz zaangażowanie się w łagodne obserwowanie zarówno nieprzyjemnych, jak i przyjemnych myśli, uczuć, doznań somatycznych i odpuszczanie ich” [1, s. 2], wszystkie one bowiem mają doprowadzić właśnie do osiągnięcia tego stanu. Tego typu podejście przeciwstawił medytacji transcendentalnej, która „nie ma nic wspólnego z medytacją” [18, s. 321], ponieważ, podobnie jak nieprawidłowe stosowanie mantr czy jakiegokolwiek innej techniki, sprowadza się ona do koncentracji uwagi. Tymczasem medytacja, jak przekonywał, „nie jest koncentracją, ale relaksacją, rozluźnieniem”. Fundamentalnym błędem jest więc przystępowanie do ćwiczeń medytacyjnych jako do kolejnego zadania do wykonania, które sprowadza się do prób kontrolowania przepływu myśli i doznań w celu ich zniwelowania. Prawidłowe podejście powinno się natomiast opierać na otwartej i pasywnej postawie obserwowania świata wewnętrznego

i zewnętrznego, a rolą każdej techniki powinno być wyłącznie wsparcie praktykującego w osiągnięciu tego stanu: „obserwuj – nie próbuj niczego zatrzymywać, nie występuj przeciwko umysłowi” [18, s. 315].

Pomimo właściwego nastawienia doznania pojawiające się podczas medytacji mogą być nieprzyjemne. Prawdopodobnie najobszerniej udokumentowała to Willoughby Britton, psychiatra, neuronaukowiec i praktykująca buddystka. Zapoczątkowała ona *The Dark Night Projekt* [19], w którego ramach przeprowadziła wywiady z wieloma doświadczonymi praktykami i nauczycielami medytacji. W ten sposób zebrała dane na temat pojawiających się podczas intensywnego medytowania trudnych doświadczeń i doznań cielesnych. Osho również zdawał sobie sprawę z ich występowania, mówił: „będziesz musiał stawić czoła potworom i stanąć twarzą w twarz ze swoją własną nieświadomością” [18, s. 200]. Ale kiedy wywołane medytacją odczucia stają się trudne do zniesienia, zaleca przerwanie praktyki i wypróbowanie innych metod: „dotyczy to wszystkich technik medytacyjnych, [...] jeśli poczujesz się nieprzyjemnie albo doznawane uczucie będzie nie do wytrzymania, przerwij medytację i wypróbuj inne metody” [18, s. 219]. Jak bowiem przestrzegał: „jeśli szczerze podejmiesz wysiłek, by «tylko siedzieć», możesz naprawdę oszaleć. Tylko dlatego, że ludzie nie są szczerzy w swoich wysiłkach, obłęd nie przytrafia się zbyt często” [20, s. 74]. Źródłem tego „szaleństwa” są według Osho pokłady stłumionych uczuć: „nosicie w swoim wnętrzu wszystko – gniew, nastawienie do seksu, przemoc, chciwość” [18, s. 52]. Z tego właśnie powodu nie zalecał początkującym, a zwłaszcza ludziom wywodzącym się z zachodniego kręgu kulturowego, zaczynać od medytacji siedzących (zen, Vipassana, klasyczne *mindfulness* itp.), ponieważ „im bardziej próbujesz tylko siedzieć, tym większy ruch odczuwasz wewnątrz” [20, s. 73]. Innymi słowy, uznaje on za niebezpieczne przeprowadzone w nieodpowiedni sposób przekierowanie uwagi człowieka, który dotąd koncentrował się na świecie zewnętrznym, na jego psychikę. Aby temu zaradzić, sugerował stosowanie na początku „medytacji dynamicznej”, mającej doprowadzić do „katharsis”. Łączy ona w sobie hiperwentylację, wykonywanie nieskoordynowanych, impulsywnych ruchów, krzyk, śmiech, śpiew, stosowanie mantry „hu” i dopiero potem zastygnięcie i „radowanie się” [18]. Podkreślał też wielokrotnie, jak istotna jest obecność przewodnika (nauczyciela, psychoterapeuty), który potrafi rozpoznać problemy medytującego i odpowiednio skorygować jego niewłaściwe nastawienie: „tylko mistrz może być «płynny», może wszystko zmienić” [20, s. 88], czego oczywiście nie zapewnia samodzielna nauka na podstawie książek. To on może także pierwszy, nawet przed samym medytującym, zidentyfikować symptomy zwiastujące nadchodzącą psychozę. Należą do nich z pewnością niektóre postaci odmiennych (nadzwyczajnych) stanów świadomości, które pojawiają się podczas medytacji. Są one znane doświadczonym nauczycielom medytacji, co wyczerpująco opisała Lois VanderKooi [21], do niepokojących objawów i postaw związanych z odmiennymi stanami świadomości zaliczając: (a) obsesję na punkcie odmiennych stanów świadomości, (b) bardziej negatywne, niepokojące lub dziwne odmienne stany świadomości, (c) lęk przed szaleństwem, (d) zaburzone zachowanie, (e) zdysocjowane stany schizoidalne¹

¹ Tłumaczenie własne.

(*emotionally disconnected 'schizoid states'*), prawdopodobnie rozumiane jako chłód emocjonalny czy spłylenie uczuciowości.

Wnioski

Pozytywny wpływ medytacji w leczeniu różnorodnych zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych został dobrze udokumentowany, ale związek między medytacją a psychologicznymi stanami niepożądanymi jest mniej jasny. Opierając się wszakże na doświadczeniach nauczycieli medytacji takich jak Osho, a także na dostępnych badaniach naukowych, można sformułować łączące się z nastawieniem medytującego czynniki ryzyka wystąpienia epizodu psychotycznego. Są to: (a) nadmierne zaangażowanie pacjenta, objawiające się wielogodzinnym wykonywaniem nakazanych ćwiczeń lub w inny sposób; (b) niewłaściwe rozumienie medytacji jako zadania do wykonania, a nie postawy względem świata zewnętrznego i wewnętrznego, połączone z koncentrowaniem się na swoim procesie myślowym i niepokojących doznaniach, jeśli takie się pojawiają; (c) sygnalizowanie, zwłaszcza na początku medytacji, natłoku myśli i wrażeń; (d) pierwszorazowe zastosowanie technik medytacyjnych u osoby, która wcześniej nie przejawiała skłonności do introspekcji i/lub nigdy nie poddała się psychoterapii; (e) praktykowanie samodzielne lub też w grupie bez nadzoru nauczyciela/psychoterapeuty, zwłaszcza bez wcześniejszego rzetelnego przeszkolenia.

Należy zwrócić uwagę, że czynniki te są w dużym stopniu przybliżone i uznaniowe. Mamy jednak nadzieję, że mogą się one okazać pewną wskazówką dla psychoterapeutów wykorzystujących w swojej praktyce techniki medytacyjne. Ustalenie, jak dokładnie ich wystąpienie przekłada się na ryzyko pojawienia się epizodu psychotycznego, wymaga dalszych badań, aczkolwiek można wstępnie ocenić, że stwierdzenie jednego lub części z nich niekoniecznie będzie oznaczało duże niebezpieczeństwo szkody. Na przykład nawet tak niepokojący objaw jak halucynacje nie musi poprzedzać psychozy, jeśli tylko pacjent zachowuje prawidłowe nastawienie, tzn. biernie je obserwuje bez koncentrowania się na ich treści, nie pozwala się im owoładnąć ani z nimi nie walczy: „umysł spróbuje wielu różnych sztuczek, stworzy halucynacje, sny [...]. Jeśli to przetrzymasz, jeśli się nie poddasz [...]. Nie doświadczysz już otępienia, halucynacji, snów czy myśli” [18, s. 278]. Uważa się, że mechanizm terapeutycznego działania medytacji u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi polega właśnie na przyjęciu takiego nastawienia, to znaczy podtrzymywania pasywnej, akceptującej obserwacji objawów psychotycznych, co skutkuje oddzieleniem ich od „ja” i prowadzi do spostrzeżenia, że są one przejściowe i nie muszą odzwierciedlać rzeczywistości [22]. Kluczowe więc pozostaje utrzymanie świadomej kontroli nad całym procesem: „medytując, możesz w każdej chwili przestać” [20, s. 193].

Z tych wskazówek wyłania się obraz osobowości dojrzałej, medytującego, który jest dostatecznie samoświadomy, by prawidłowo rozpoznać swój stan psychiczny. Jak wskazują Epstein i Lieff [12], pacjenci podatni na wystąpienie psychozy podczas medytacji to osoby ze słabo rozwiniętym ego, stosujące prymitywne mechanizmy obronne takie jak zaprzeczenie, projekcja czy regresja. Lecz w wypadku intensywnego praktykowania Osho przynajmniej, że „albo przydarzy się szaleństwo, albo medytacja” [20, s. 108-109].

Jakkolwiek odnosi się to do ostatecznego, jej duchowego celu, jakim jest „oświecenie”, które wymaga poświęcenia i długiej praktyki, należy zdawać sobie sprawę, że potencjalna zmiana w życiu, jaką może wywołać medytacja, jest zawsze opisywana jako coś rewolucyjnego. Zdaniem autorów niniejszego opracowania klinicyści powinni brać pod uwagę ryzyko zbyt entuzjastycznego przyjęcia przez pacjenta zaprezentowanych mu metod i przestrzegać przed stosowaniem ich samodzielnie przez nadmiernie długi czas, zwłaszcza przekraczający godzinę dziennie. Warto także przeprowadzić psychoedukację uwzględniającą potencjalne objawy niepożądane medytacji, tak aby w razie ich wystąpienia pacjent był na nie mentalnie przygotowany i nie doświadczył przytłaczającego lęku. Z kolei w szczególnych wypadkach, kiedy istnieje duże niebezpieczeństwo wystąpienia epizodu psychotycznego, powinno się rozważyć odstąpienie od wdrożenia technik medytacyjnych lub przesunięcie ich w czasie do momentu, kiedy na skutek rzetelnego przygotowania pacjenta uzyska się pewność, że ryzyko psychozy znacznie zmalało.

Piśmiennictwo

1. Dyga K, Stupak R. *Meditation and psychosis: Trigger or cure?* Arch. Psych. Psych. 2015; 17(3): 48–58.
2. Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. *Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis.* Schizophr. Res. 2013; 150(1): 176–184.
3. Farias M, Brazier D, Lalljee M. *The Oxford handbook of meditation.* New York: Oxford University Press; 2021.
4. Kozyra A. *Neo-zen? Filozofia zen a racjonalizm, libertynizm i hedonizm.* Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2020.
5. Joshi S, Manandhar A, Sharma P. *Meditation-induced psychosis: Trigger and recurrence.* Case Rep. Psychiatry 2021; 2021: 6615451.
6. Sharma P, Mahapatra A, Gupta R. *Meditation-induced psychosis: A narrative review and individual patient data analysis.* Ir. J. Psychol. Med. 2022; 39(4): 391–397.
7. Kuijpers JH, Heijden van der FMMA, Tuinier S, Verhoeven WMA. *Meditation-induced psychosis.* Psychopathology 2007; 40(6): 461–464.
8. Goud SS. *Meditation: A double-edged sword—a case report of psychosis associated with excessive unguided meditation.* Case Rep. Psychiatry 2022, 2022: 2661824.
9. Glueck BC, Stroebel CF. *Biofeedback and meditation in the treatment of psychiatric illnesses.* Compr. Psychiatry 1975; 16(4): 303–321.
10. Böge K, Thomas N, Jacobsen P. *Is mindfulness for psychosis harmful? Deconstructing a myth.* Br. J. Psychiatry 2021; 218(2): 71–72.
11. Duggan C, Parry G, McMurrin M, Davidson K, Dennis J. *The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: Evidence from a review of NIHR-funded trials.* Trials 2014; 15: 335.
12. Epstein MD, Lief JD. *Psychiatric complications of meditation practice.* J. Transp. Psychol. 1981; 13(2): 137–147.
13. Rubia K. *The neurobiology of meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders.* Biol. Psychol. 2009; 82(1): 1–11.

14. Newberg AB, Iversen J. *The neural basis of the complex mental task of meditation: Neurotransmitter and neurochemical considerations*. Med. Hypotheses 2003; 61(2): 282–291.
15. Deepeshwar S, Vinchurkar SA, Visweswaraiiah NK, Nagendra HR. *Hemodynamic responses on prefrontal cortex related to meditation and attentional task*. Front. Syst. Neurosci. 2015; 8: 252.
16. Dietrich A. *Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: The transient hypofrontality hypothesis*. Conscious. Cogn. 2003; 12(2): 231–256.
17. Lewis DA, Lieberman JA. *Catching up on schizophrenia: Natural history and neurobiology*. Neuron. 2000; 28(2): 325–334.
18. Osho R. *Medytacja. Pierwsza i ostatnia wolność*. Poznań: Rebis; 2002.
19. Lindahl JR, Britton WB, Cooper DJ, Kirmayer LJ. *Challenging and adverse meditation experiences: Toward a person-centered approach*. W: Farias M, Brazier D, Lalljee M. red. *The Oxford handbook of meditation*, 1st ed. New York: Oxford University Press; 2021. S. 840–864.
20. Osho R. *Medytacja. Sztuka ekstazy*. Katowice: Kos; 2007.
21. VanderKooi L. *Buddhist teachers' experience with extreme mental states in western meditators*. J. Transp. Psychol. 1997; 29(1): 31–46.
22. Birchwood MJ, Chadwick PDJ. *The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model*. Psychol. Med. 1997; 27(6):45–1353.

Adres: Marcel Baron
Studenckie Koło Naukowe
przy Oddziale Klinicznym Psychiatrii Katedry Psychiatrii
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
e-mail: marcel.baron@onet.pl

Otrzymano: 3.03.2023

Zrecenzowano: 3.05.2023

Otrzymano po poprawie: 7.05.2023

Przyjęto do druku: 25.05.2023