



1 Uwarunkowania decyzji o zachowaniu od wyparcia z uzdrawiającej wiary

O znaczeniu wczesnodziecięcych represji w psychoanalizie i w związku z wiarą chrześcijańską

W trakcie mojej pracy jako psychoanalytka i dzięki wieloletniemu doświadczeniu w dziedzinie terapii wielokrotnie obserwowałam, że pacjenci z silnym przekonaniem mieli krótszy czas leczenia, lepiej przyjmowali leki i mogli być łatwiej leczeni. Ugruntowana postawa wiary zdawała się mieć znaczący wpływ na lepszy proces leczenia, głęboką nadzieję i pewność siebie w leczeniu w trudnych czasach. Oprócz uzdrowienia, szybciej powracano do życia codziennego, a pacjenci odnawiali relacje i wzmacniali swoje środowisko społeczne i zawodowe. Ponadto doświadczyłem pacjentów, którzy z powodu braku przekonań religijnych mieli trudniejszy przebieg terapii, który był stosunkowo dłuższy i bardziej skomplikowany. Na podstawie tych obserwacji bardzo ważne było dla mnie zbadanie tych efektów i związków teoretycznie i empirycznie. Wynik tego badania pokazuje, że moje założenie było słuszne i że rozwiązanie wypartych traum prowadzi do bardziej pokojowego świata i dobrego współistnienia interpersonalnego.

Autor zajmuje się następującymi trzema wybranymi obrazami klinicznymi w projekcie badawczym, które zostały dokładniej zbadane w rozdziale 3 i empirycznie udowodnione w rozdziale 11 - patrz Andrawis A, (2018).

Tak by było:

- 1.) Uogólnione zaburzenia lękowe F41.1 i kod DSM-5 300.82
- 2.) Zaburzenia osobowości typu Borderliner F60.31 i DSM-5 Code 301.83
- 3.) Zaburzenia formy somatycznej - zaburzenia psychosomatyczne ICD-10 F. F. F45. i DSM-5 Code 301.83 3.

Kod DSM-5 300,82, (Dilling et al.2015).

1.2 Stan badań

Praca dotyczy tematu następujących kryteriów: Znaczenie badań nad wypartą nieświadomością i jej wpływem na poprawę relacji międzyludzkich i ich leczenie, jak również wczesne tłumienie traumy jako przyczyny rozwoju chorób psychicznych. Mój projekt badawczy to praca interdyscyplinarna, łącząca metody psychiatryczne i psychoanalityczne z wierzeniami chrześcijańskimi. Badane jest, czy postawa chrześcijańska ma wpływ na proces uzdrawiania. Częstość występowania chorób psychicznych wzrasta z powodu urazów, które nie zostały przezwyciężone. Bardzo ważne są wysiłki na rzecz lepszego zrozumienia danej osoby i odpowiedniego podejścia do terapii. Nie tylko dla każdego pacjenta, ale także dla jego relacji interpersonalnych.

1.3 Teza i cel pracy

Wyniki badań mają być przekazywane przede wszystkim rodzicom i wychowawcom, ponieważ mają one decydujące znaczenie dla edukacji ich dzieci. Oczekuje się, że pozytywny rozwój osobowości i pozytywne relacje międzyludzkie doprowadzą do przezwyciężenia nieświadomych traum. Z tego powodu moje badanie oferuje nową strategię długofalowej i trwałej pomocy osobom dotkniętym chorobą i ich rodzinom z jednej strony, a z drugiej - dalekowzroczą i zapobiegawczą politykę zdrowotną. Pełne pokrycie kosztów psychoterapii przez kasy chorych byłoby decydującym wkładem w zdrowie publiczne i zadowolenie społeczeństwa.

1.4 Podejście metodologiczne

Praca podzielona jest na część teoretyczną i empiryczną. Część teoretyczna odnosi się do badań literackich i innych międzynarodowych badań naukowych. Część praktyczna ocenia wyniki wywiadu kwestionariuszowego. W treści kwestionariusza zadaje się pacjentom pytanie, w jakim stopniu psychoanaliza i przekonania chrześcijańskie wpływają na proces leczenia. Dane z niniejszego badania zostały przeanalizowane metodą jakościową i ilościową. Wybór jest uzasadniony i opisany oraz metodycznie pozycjonowany.

1.5 Perspektywa

Jakie środki zapobiegawcze można wyciągnąć z wyników badania? Jak pokazują wyniki badań, podstawowa postawa wiary, wraz z psychoanalizą, doprowadziła do zmniejszenia spożycia leków. Okres leczenia zaburzeń lękowych uogólnionych został również skrócony przez postawę wiary. Wraz z typem granicznym, terapia i wiara doprowadziły w krótkim czasie do tego, że pacjenci stali się zdolni do pracy, socjalizacji i ponownego nawiązania relacji. Dzięki terminowej terapii można było zapobiec przewlekłemu przebiegowi choroby. Wyniki pokazały również, że większość testowanych osób chciałaby, aby kasa chorych pokrywała koszty terapii, a z punktu widzenia polityki zdrowotnej, całkowite pokrycie kosztów stanowiłoby ważny wkład w zapobieganie poważnym

konsekwencjom, takim jak niezdolność do pracy. 1.6 Psychoanaliza i wiara chrześcijańska w proces leczenia

Wykazano, że chrześcijańska postawa wiary ma bardzo dużą wartość w procesie uzdrawiania. W ten sposób wspiera procedury psychoanalizy dla lepszego procesu leczenia. Skraca to czas trwania choroby i czas trwania terapii. Postawa wiary ma bardzo pozytywny wpływ na poziom zaufania.

Przedstawiono różnice w subiektywnych opiniach i należy przedstawić więcej informacji na temat rozwoju trzech wybranych chorób. Zwłaszcza po przezwyciężeniu traumatycznych doświadczeń związanych z poprawą relacji międzyludzkich. Istnieje potrzeba działania w celu wzmocnienia optymizmu, oczekiwań co do pozytywnego przebiegu choroby. Dlatego też wyniki powinny być również wykorzystywane do formułowania sugestii dotyczących profilaktyki, ponieważ mogą być one pożądane przez pacjentów. Pewną rolę może tu również odegrać chrześcijański stosunek do wiary. Oceny różnych obrazów klinicznych prowadzą do poparcia potrzeby zmiany systemu opieki zdrowotnej (Filipp & Aymanns 2015).

2 Metodologia i empiryzm

Dane z niniejszej pracy zostały przeanalizowane metodą jakościową i ilościową. Wybór jest uzasadniony i opisany oraz metodycznie pozycjonowany.

2.1 Analiza jakościowa

Wywiad kwestionariuszowy został przeprowadzony na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów. Pojawiły się pytania otwarte i ustandaryzowane. Zgodnie z danymi przedstawionymi w maju 2010 roku, ocena została przeprowadzona zgodnie ze standardami ilościowej analizy treści. Początkowo odpowiedzi badanych były parafrazowane i uogólnione. Klasyfikację przeprowadzono na podstawie tych wyników. Alokacja i ocena zostały skoordynowane i przeprowadzone z drugim tematem w celu globalnej kategoryzacji.

2.2 Analiza ilościowa

W celu przetestowania hipotez i dalszych analiz eksploracyjnych danych przeprowadzono analizy częstotliwości oraz sporządzono wykaz i graficzne uzasadnienie statystyk opisowych (wartości średnie, odchylenia standardowe).

Ocenę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem IBM-SPSS© wersja 23 dla systemów Windows i Excel.

2.3 Pozycjonowanie procesu metodologicznego

Do metody badania wybrano połączenie badań ilościowych i jakościowych, ponieważ z góry ustalono hipotezy, a podejście eksploracyjne oparte na otwartych pytaniach uznano za niezbędne i pożądane. Celem badania ilościowego jest mierzalność i kwantyfikacja zjawisk w celu sformułowania ogólnego stwierdzenia (Flick 2011). Wybrano metodykę jakościową,

ponieważ praca ta powinna również generować hipotezy i nowe podejścia badawcze (Flick 2011, Przyborski i Wohlrab-Sahr 2010).

2.4 Procedura oceny

Jakościowa analiza treści jest następnie opisywana jako proces ewaluacji. Wyjaśniono szczególnie aspekt jakościowej analizy treści i uzasadniono przydatność metody do uzyskania wyników badań tej pracy. Następnie szczegółowo opisany jest model procesowy jakościowej analizy treści i zastosowany do oceny tej pracy.

2.5 Analiza treści do analizy jakościowej

Metoda oceny jakościowej analizy treści pozycjonowana przez Mayring ugruntowała swoją pozycję jako konwencjonalne podejście do analizy tekstu (maj 2010). Podejście to charakteryzuje Flick jako metodę adekwatną do perspektywy introspektywnej uzyskanej w wywiadzie (Flick 2011).

Proces systematyczno-metodyczny charakteryzuje się procesem analizy wykonanym na zamówienie. Kierunek oceny opiera się na modelu procesu, co prowadzi do klasyfikacji poprzez parafrazowanie na początku, uogólnienie i późniejszą redukcję. W ostatnim kroku jest to interpretowane w kierunku pytania (maj 2010).

2.6 Hipotezy i pytania

Można postawić następujące hipotezy

I. W odniesieniu do procesu uzdrawiania istniały różnice w podejściu do obrazów klinicznych. Ze względu na szybko rozwijające się i bezpośrednio rozpoznawalne efekty terapii naturalnych i towarzyszących terapii psychoterapeutycznych, pacjenci z zaburzeniami psychosomatycznymi oczekują, że ich choroba zostanie wyleczona wcześniej niż w przypadku innych form terapii.

II. Istnieją różne napisy przyczyn w odniesieniu do obrazów klinicznych. Zaburzenia somatoformalne znajdują się w szczególnym stanie napięcia w ich środowisku społecznym, które przejawia się w stresie. W rezultacie cały organizm jest niezharmonizowany. Z tego powodu oczekuje się wielokrotnej atrybucji w tym obszarze.

III Jeśli chodzi o obraz kliniczny, istnieją różnice w wyborze terapii. Podejrzewa się, że pacjenci z wadami somatoformu wybierają terapie alternatywne, takie jak medycyna holistyczna, medycyna naturalna lub inne. Pacjenci są przekonani, że ich choroby są wywoływane organicznie. Nie chcą przyznać, że ich choroba jest spowodowana przede wszystkim przyczynami psychologicznymi. IV. Obrazy kliniczne osób testowanych różnią się prezentacją, a także przebiegiem procesu terapeutycznego, przy czym podstawowa postawa jest podobnie pozytywna.

V. Pacjenci z zaburzeniami somatoformalnymi, zaburzeniami osobowości i pacjenci z pogranicza, jak również pacjenci z zaburzeniami lękowymi uogólnionymi są podobni w wyborze terapii, ponieważ decydują się na psychoterapię. Są oni krytyczni wobec leczenia farmakologicznego ze względu na wysokie efekty uboczne i obawę przed ewentualnym uzależnieniem.

VI Jeśli chodzi o zgodność, zasadniczo rozróżnia się między różnymi obrazami klinicznymi. Jeśli istnieje ostre dolegliwości i sukces terapii lekami przeciwdepresyjnymi jest bezpośrednio zauważalny, efekt działania leku jest zazwyczaj wykazywany dwa do czterech tygodni po pierwszym podaniu. Dlatego też spodziewano się, że zgodność będzie wysoka na wszystkich zdjęciach klinicznych.

VII Należy założyć różnice w odniesieniu do jakości i charakteru sił samouzdrawiających, siły, duchowości i wiary w pewność siebie osób testowanych. W czasie przesłuchania, a także w czasie wyjaśniania leków i innych form terapii, istniało przekonanie, że siły samouzdrawiania były najpierw identyczne z niemal wszystkimi osobami testowanymi. Dopiero wtedy istniało odchylenie między wiarą chrześcijańską a duchowością.

VIII. Istnieją różnice między nowatorską wartością wyników terapii a obrazem klinicznym. Osoby badane z zaburzeniami somatoformalnymi mają niewielkie doświadczenie z lekami przeciwdepresyjnymi w terapii, ponieważ są przekonane, że ich objawy są tylko fizyczne, a nie psychologiczne. Co zaskakujące, psychoterapia wykazała pozytywny powrót do zdrowia. Pacjenci z uogólnionym zaburzeniem lękowym i typem granicznym również spotkali się z pozytywną reakcją.

2.7 Pobieranie próbek/realizacja próby

Badania przeprowadzono za pomocą ankiety internetowej i wywiadu kwestionariuszowego. Nie było bliższego związku terapeutycznego z pacjentami. Łącznie 105 osób wyraziło zgodę na udział w badaniu. Zostały one podzielone na trzy różne obrazy kliniczne, w tym uogólnione zaburzenia lękowe

F41.1 Zaburzenie osobowości Typ graniczny F60.31, zaburzenia somatoformalne i zaburzenia psychosomatyczne F45.40, na (Dilling i in. 2011)

2.8 Kwestionariusz

W oparciu o wyszukiwanie literatury przez Strobach (2001) oraz poprzez włączenie dodatkowych istotnych pytań, opracowano i zoptymalizowano osobny kwestionariusz internetowy, który został udostępniony na potrzeby ankiety prof. dr Petera Linnerta. Podczas przygotowywania kwestionariusza uwzględniono rozsądny czas poświęcony 10-15 minut. Szczególną wagę przywiązywano do włączenia otwartych pytań jakościowych, w szczególności pytania o rolę psychoanalizy i wiary chrześcijańskiej w procesie leczenia. Otwarte odpowiedzi zostały zapisane na piśmie przez uczestników. Obserwacje i analizy zostały przeprowadzone i połączone na poziomie poszczególnych pozycji. Kwestionariusz znajduje się w załączniku do niniejszej pracy:

2.9 Pytanie badawcze

W pracy tej autor zajmuje się następującym pytaniem badawczym:

Jakie role w procesie leczenia odgrywają psychoanaliza i wiara chrześcijańska?

Na tej podstawie pojawiają się kolejne pytania dotyczące podstawowych ram pytania badawczego:

- Co oznacza przezwycięzenie wczesnodziecięcych represji poprzez psychoanalizę i jaką rolę odgrywa chrześcijańska postawa wiary w procesie uzdrawiania?
- Co można zrozumieć przez represje - leczenie wiarą?
- Dlaczego represjonowana nieświadomość ma destrukcyjny i infantylny wpływ na relacje międzyludzkie?
- Jakie role odgrywają amygdala, psychoanaliza i wierzenia chrześcijańskie w uzdrawianiu i relacjach międzyludzkich?
- Jakie środki zapobiegawcze można wyciągnąć z wyników badania?

3 Opis próbki

Ogółem kwestionariusz internetowy został otwarty 131 razy. W 21 przypadkach osoby zatrzymały ankietę bezpośrednio, a w 5 przypadkach po dwóch pierwszych pytaniach. Wynikiem tego jest użyteczna próba N=105 osób. Konkretną liczbę odpowiedzi na pytanie wskazuje n w każdym przypadku.

Pacjenci mają średnio 47 lat (SD=15,42, Mdn=49 lat), przy czym najmłodsza osoba ma 21 lat, a najstarsza 82 lata (3 osoby nie wskazały wieku). Prawie połowa uczestników żyje w partnerstwie, jak pokazano w tabeli 1. Prawie jedna trzecia pacjentów (32%) była w związku w momencie przeprowadzania badania.

Tabela 1: Stan obecnego związku (n=101)

Częstotliwość Procent

Życie w partnerstwie 48 47,5

Oddzielone 30 29,7

Rozwiedziony 23 22,8

Szczegóły dotyczące choroby

pytania otwarte pod względem jakościowym

Po przeprowadzeniu jakościowej analizy treści zgodnie z danymi z maja 2010 r., pytania otwarte z kwestionariusza/podręcznika do wywiadu zostały podzielone na kategorie. Wynikowe kategorie są prezentowane i omawiane równocześnie z pytaniami zamkniętymi.

Średnio, ponad dwa lata temu, osoby, które po raz pierwszy zauważyły skargi, informowały o ich zauważeniu. Jeśli chodzi o rodzaj dolegliwości, trzy czwarte cierpi na choroby psychosomatyczne lub psychiczne, jedna osoba zgłosiła chorobę neurodermia i zaburzenia snu. Co druga osoba twierdzi, że w rodzinie jest co najmniej jedna osoba z takimi samymi objawami psychosomatycznymi (patrz tabela 2).

Tabela 2 Szczegółowe informacje dotyczące choroby

Częstotliwość Procent

Czas wystąpienia 102

1 rok temu 19 47,5

2 lata temu 29 29,7

Kilka lat temu 54 52,9

Charakter skarg 104

Fizyczne 14 13,5

Środowisko społeczne 9 8,7

Psychopsychosomatyczne 78 75,0

Inne 3 2,9

Występowanie w rodzinie 105

Tak 5

2 49,5

Nie 32 30,5

Nie wiem 21 20,0

Większość pacjentów szukała pomocy w psychoterapii lub u lekarza pierwszego kontaktu, a następnie u specjalisty (patrz Rysunek 23).

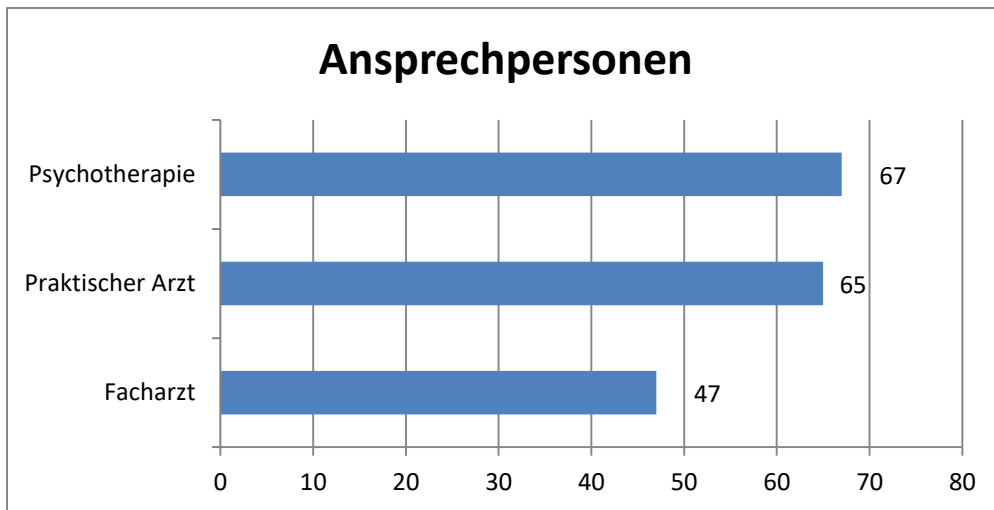
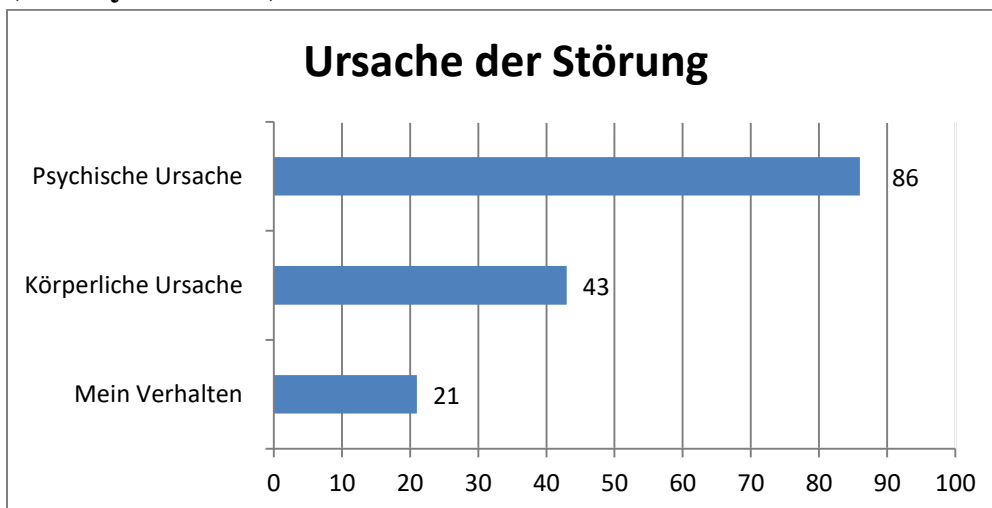


Abbildung 23. Ansprechpersonen (Mehrfachantworten, n=179, eigene Darstellung)

Rysunek 23: Osoby kontaktowe (odpowiedzi wielokrotne, n=179, reprezentacja własna)

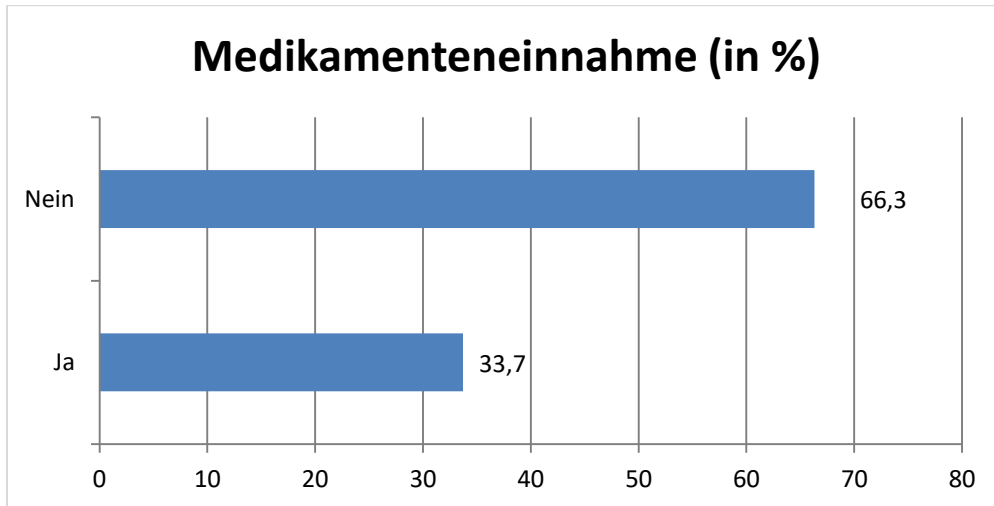
Większość pacjentów podała przyczynę psychiczną jako przyczynę swojego zaburzenia. Następnie podaje się przyczyny fizyczne i najmniej wymieniony powód, zachowanie osobiste.

(zob. rysunek 24).



Rysunek 24: Przyczyna usterki (odpowiedzi wielokrotne, n=150, własna reprezentacja)

69 uczestników wskazało, że nie będą przyjmować żadnych leków na swoje skargi. Natomiast 35 spośród badanych osób przyjmuje obecnie leki w celu leczenia swoich dolegliwości (patrz rys. 3).

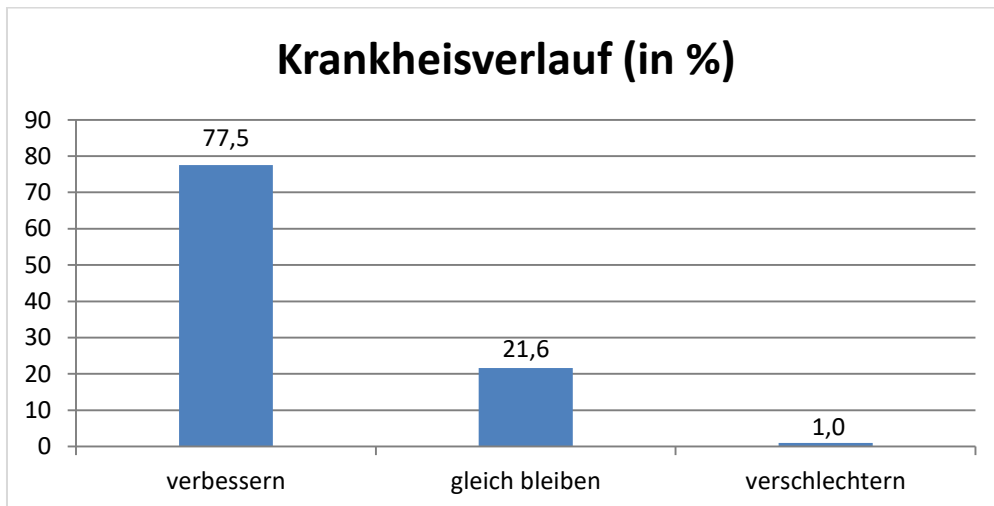


Rysunek 25: Aktualne spożycie leków w przypadku reklamacji

(n=104, reprezentacja własna)

Ponad trzy czwarte ankietowanych jest optymistami i oczekuje poprawy przebiegu choroby (por. Rysunek 26).

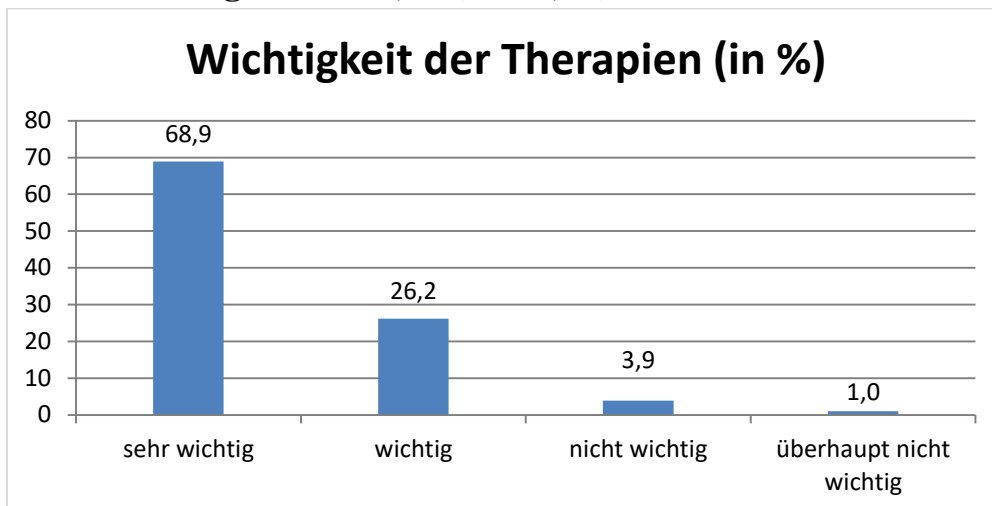
Verbesserung des Krankheitsverlaufs (vgl. Abbildung 26).



Rysunek 26 Przewidywany przebieg choroby (n=102, reprezentacja własna)

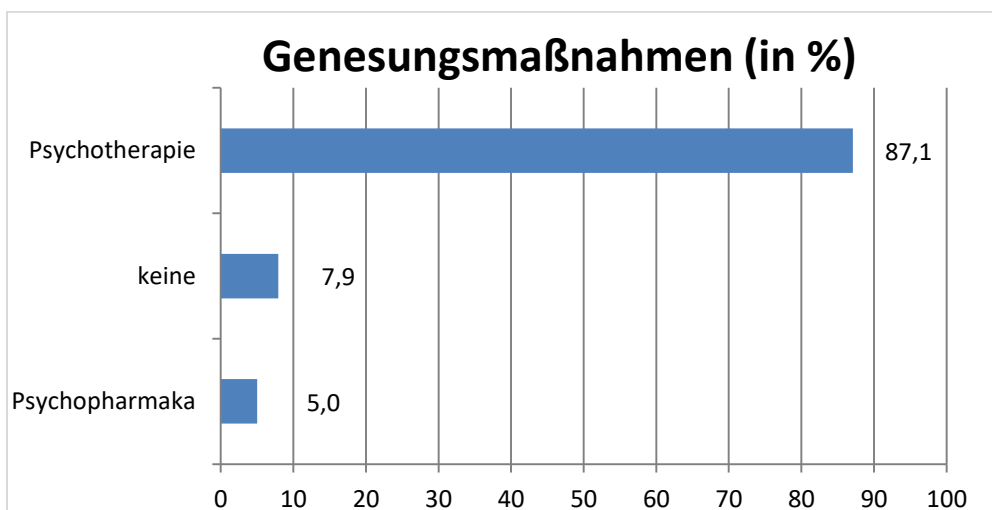
Średnio ludzie oceniają znaczenie terapii w odniesieniu do własnych dolegliwości jako bardzo ważne, nieco ponad dwie trzecie (por. rys. 5). Skalę zapytano od 1 "bardzo ważne" do 4 "wcale nie ważne", a średnia wartość wynosiła $M=1,37$ ($SD=0,61$).

Mittelwert liegt bei $M=1,37$ ($SD=0,61$).



Mittelwert liegt bei $M=1,37$ ($SD=0,61$).

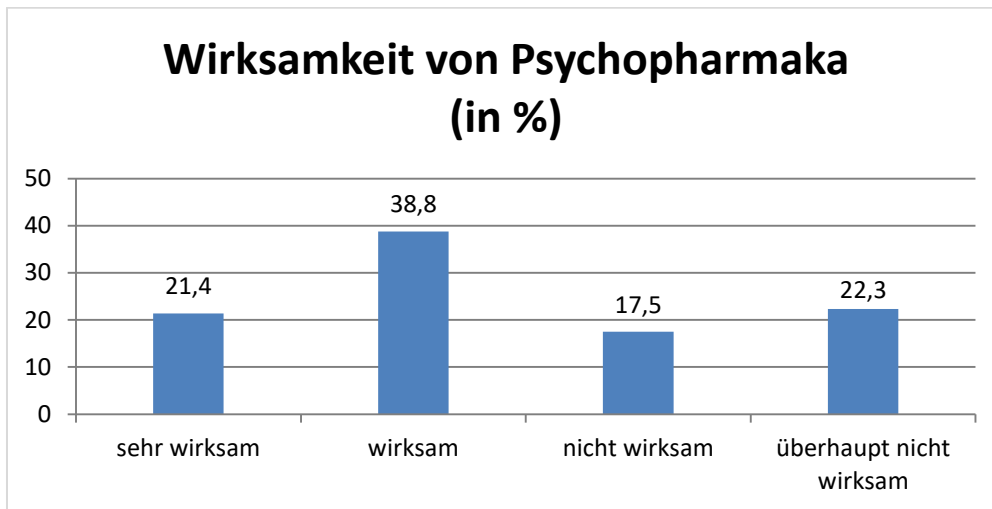
Rysunek 27 Znaczenie terapii (n=103, prezentacja własna)



Rysunek 28: Skuteczne  rodki odzyskiwania środków (n=101, prezentacja wlasna)

 rednio ludzie oceniają skuteczno c lekw psychotropowych w chorobach psychicznych jako skuteczną, co odpowiada 38,8% respondentów. Skal  zapytano od 1 "bardzo skuteczny" do 4 "w ogóle nieskuteczny", a średnia wartośc wynosiła $M=2,41$ ($SD=1,06$).

liegt bei $M=2,41$ ($SD=1,06$)



Rysunek 29: Skuteczność leków psychotropowych w chorobach psychicznych

($n=103$, reprezentacja własna)

Przeciętnie ludzie oceniają sposób, w jaki radzą sobie z ich osobistą chorobą jako dobry. Uderzające jest to, że żaden z uczestników nie stwierdził, że w ogóle nie był dobry w radzeniu sobie z własną chorobą (por. rysunek 8). Skalę zapytano od 1 "bardzo dobry" do 4 "wcale nie dobry", a średnia wartość wynosiła $M=2,11$ ($SD=0,87$).

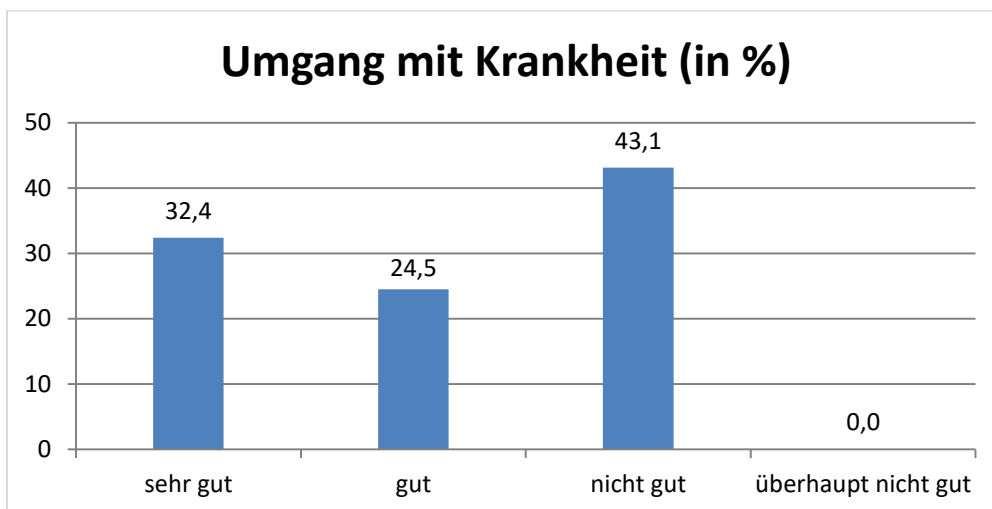


Abbildung 30. Umgang mit derigenen Krankheit ($n=102$, eigene Darstellung)

Rysunek 30: Radzenie sobie z własną chorobą ($n=102$, własna reprezentacja)

W odniesieniu do pytania otwartego dotyczącego obecnego stanu zdrowia (patrz załącznik 1, pytanie 16) udzielono łącznie 105 odpowiedzi. Zakres odpowiedzi wahał się od stanu bardzo dobrego do stanu zadowalającego lub nieprawdopodobnego do stanu złego z poważnymi bieżącymi objawami. W celu znacznego ograniczenia zawartości informacji przeprowadzono

kategoryzację zgodnie z podejściem Mayringa (2010) (zob. załącznik 2, tabela oceny, pytanie 16). Proces kategoryzacji przebiegał w dwóch etapach w następujący sposób W pierwszym etapie utworzono 10 kategorii. Z tych 5 kategorii zebrano w drugim etapie pośrednim (zob. tabela 3).

Tabela 3: Kategoryzacja obecnego stanu zdrowia

Pierwszy krok Liczba

Bardzo dobra 5

B dobre 20

C zadowolający 11

D poprawiła się 17

E zdrowe 4

F stabilny 6

G Brak skarg 2

H w potrzebie poprawy 2

I bad 2

J Ostre skargi 26

Drugi krok w stosunku do poprzednich kategorii

A bardzo dobra do dobrej Kategoria A, B

B poprawiła się kategoria D

C Zdrowe, stabilne i wolne od objawów Kategoria E, F, G

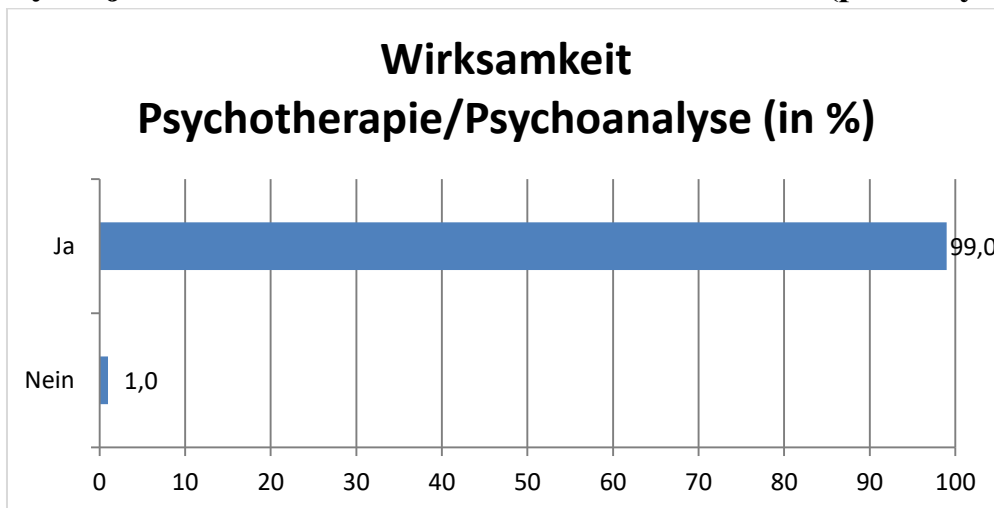
D zadowolająca kategoria C

E Słabe, ostre objawy i wymagające poprawy Kategoria H, I, J

3.1 Postrzeżenie psychoterapii/psychoanalizy

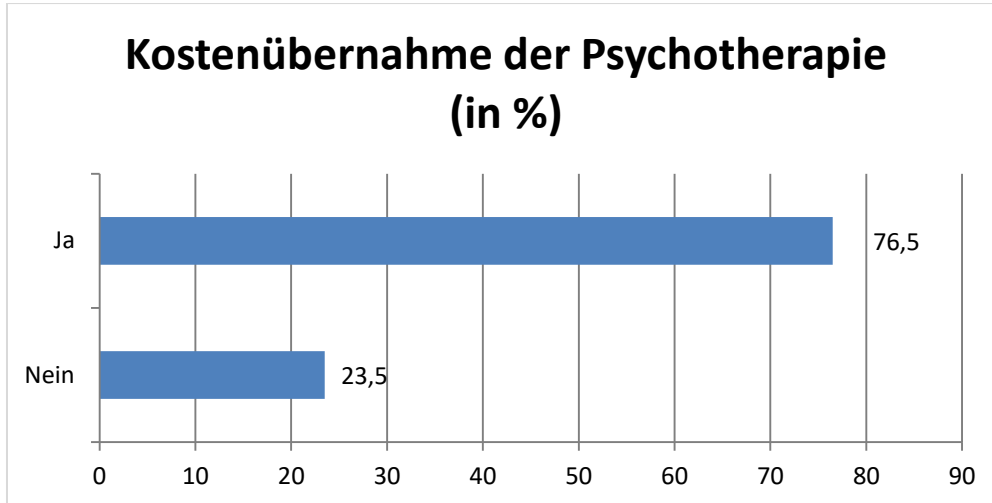
Psychoterapia lub psychoanaliza jest postrzegana jako pomocna przez 99 pacjentów z chorobami psychicznymi.

Tylko jedna osoba uważa te środki za nieskuteczne (patrz Rysunek 31).



Rysunek 31: Skuteczność psychoterapii/psychoanalizy w chorobach psychicznych (n=100, prezentacja własna)

Ponadto pacjenci byli pytani o opinię na temat pokrycia kosztów psychoterapii. Ponad trzy czwarte pacjentów głosowało za pełnym zwrotem kosztów psychoterapii przez kasy chorych (por. wykres 10).



X

Abbildung 32. Kostenübernahme der Psychotherapie durch die Kasse

Rysunek 32: Przejęcie kosztów psychoterapii przez kasę chorych

(n=98, reprezentacja własna)

3.2 Znaczenie psychoterapii

Na otwarte pytanie dotyczące znaczenia psychoterapii (patrz załącznik 1, pytanie 18) odpowiedziało 100 pacjentów. Zakres tych pytań wahał się od bardzo pomocnych i bardzo

wysokich wartości, do niskiej do średniej wartości, do braku wartości w ogóle. W celu znacznego zmniejszenia ilości informacji przeprowadzono kategoryzację zgodnie z podejściem Mayring (2010) (por. załącznik 3, tabela oceny, pytanie 18). Proces kategoryzacji przebiegał w dwóch etapach w następujący sposób W pierwszej utworzono 9 kategorii. Spośród nich w drugim etapie zebrano 4 kategorie (zob. tabela 4). Znaczenie psychoterapii jest przez większość oceniane wysoko do bardzo wysoko.

Tabela 4: Kategoryzacja znaczenia psychoterapii

Pierwszy krok Liczba

Pomocny 1

B pomocne i wysoko cenione 2

C średnia wartość 6

D niejasne, zależy od 3

E wysoki priorytet 23

F bardzo pomocne i bardzo ważne 7

G bardzo wysoki priorytet 39

Pomocne i priorytetowe 5

I nie ma znaczenia 2

Drugi krok w stosunku do poprzednich kategorii

Bardzo pomocna lub bardzo ważna Kategoria F, G, J, L

B Pomocna lub wysoko oceniana Kategoria A, E, H

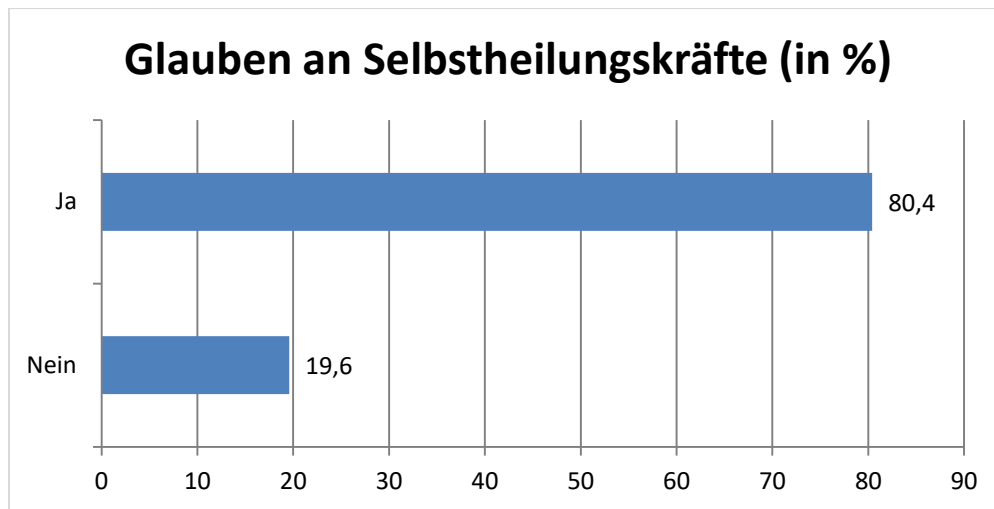
C Niska do średniej wartość Kategoria C, D, K

D brak znaczenia Kategoria I

Analizy dotyczące poszczególnych pytań

3.3 Pacjenci wierzą w możliwości samouzdrawiania

Nieco ponad 80 badanych pacjentów wierzy w możliwości samouzdrawiania (por. Rysunek 11).



Rysunek 33 Wiara w siły samouzdrawiające (n=102, reprezentacja własna)

Na otwarte pytanie o rolę psychoanalizy i wiary chrześcijańskiej w procesie leczenia (patrz załącznik 1, pytanie 20) odpowiedziało 95 pacjentów. Te wywodzące się z wiary odgrywają (bardzo) dużą rolę, psychoanaliza odgrywa dużą rolę i obie odgrywają (bardzo) dużą rolę, dopóki wiara nie doprowadzi do psychoanalizy lub dobrego terapeuty. W celu znacznego zmniejszenia ilości informacji przeprowadzono kategoryzację zgodnie z podejściem Mayring (2010) (por. załącznik 4, tabela oceny, pytanie 18). Proces kategoryzacji przebiegał w trzech etapach, które przedstawiają się następująco W pierwszym etapie utworzono 11 kategorii. Spośród nich w drugim etapie zebrano 7 kategorii i ostatecznie połączono je w 4 (zob. tabela 5). Można podsumować, że obu tym kategoriom przypisuje się istotną rolę.

Tabela 5: Kategoryzacja roli psychoanalizy i wiary chrześcijańskiej w procesie leczenia

Pierwszy krok Liczba

Wiara odgrywa bardzo ważną rolę 5

B Obie odgrywają bardzo dużą rolę 16

C Wiara odgrywa dużą rolę 13

D Obie odgrywają ważną rolę 16

Epsychoanaliza odgrywa ważną rolę 9

F Obydwie odgrywają główną rolę w kombinacji 8

G Wiara wspierana, obie odgrywają dużą rolę 2

H Obydwie odgrywają bardzo dużą rolę w kombinacji 10

Wiara doprowadzi do psychoanalizy (dobry terapeuta) 4

J Wiara wspierana, psychoanaliza odgrywa ważną rolę 9

K brak wpływu 2

Drugi krok w stosunku do poprzednich kategorii

Wiara odgrywa (bardzo) dużą rolę Kategoria A, C

B Psychoanaliza odgrywa główną rolę Kategoria E

C Obie odgrywają (bardzo) dużą rolę Kategorie B, D, G

D Obie odgrywają (bardzo) dużą rolę w kombinacji Kategoria F, H

E Wspierana wiara, psychoanaliza odgrywa dużą rolę Kategoria J

F Wiara prowadzi do psychoanalizy (dobrego terapeuty) ołowiu kategorii I, L

G brak wpływu Kategoria K

Trzeci krok w stosunku do poprzednich kategorii

Wiara odgrywa (bardzo) dużą rolę Kategoria A

B Psychoanaliza odgrywa główną rolę Kategoria B, E

C Obie odgrywają (bardzo) dużą rolę Kategoria C, D

D Wiara prowadzi do psychoanalizy (dobrego terapeuty) Kategoria F

Osoby te wskazywały średnio, że wierzą, iż osobiste doświadczenie wiary ma wpływ na proces uzdrawiania. Jeśli chodzi o istnienie różnicy między instytucją a wiarą, prawdą jest, że

85,1% zamknięte. Co szósta osoba twierdzi, że nie czuje żadnego wkładu wiary w wyzdrowienie. Jednak 84% ankietowanych odpowiedziało "tak" dla tego związku (patrz tabela 6).

Tabela 6: Szczegóły dotyczące wiary

Częstotliwość Procent

Wpływ doświadczenia wiary na leczenie 99

Tak 91 91,9

Nie 8 8,1

Różnica między instytucją a wiarą 101

Tak 86 85,1

Nie 15 14,9

Przyczynianie się wiary do odzyskiwania 100

Tak 84 84,0

Nie 16 16,0

3.4 Pytanie otwarte w sprawie wkładu wiary w odbudowę

Na załącznik 1 do pytania 24 odpowiedziało 80 pacjentów. Są to zarówno samostanowienie i samoleczenie, wiara w uzdrowienie, równowaga psychiczna i fizyczna, jak i wiara, miejsce schronienia, nadzieja i pewność siebie. W celu znacznego zmniejszenia ilości informacji przeprowadzono kategoryzację zgodnie z podejściem przyjętym w maju 2010 r. (zob. załącznik 5, tabela oceny, pytanie 24). Proces kategoryzacji przebiegał w dwóch etapach w następujący sposób W pierwszym etapie utworzono 7 kategorii. Spośród nich w drugim etapie zebrano 4 kategorie (zob. tabela 7). Uważa się, że wiara w znacznym stopniu przyczynia się do powrotu do zdrowia i przez większość pacjentów jest uważana za kluczową dla procesu zdrowienia i leczenia.

Tabela 7: Kategoryzacja wkładu wiary w wyzdrowienie

Pierwszy krok Liczba

A Poprzez samostanowienie i samoleczenie 5

B Przez wiarę w uzdrowienie 37

C Poprzez równowagę psychiczną (pokój, głos wewnętrzny, bezpieczeństwo) 8

D Przez wiarę przekonaną w uzdrowienie 13

E Przez wiarę jako uchodźca, nadzieja i pewność 6

F Przez wiarę w uzdrawianie i terapię 10

G Poprzez równowagę psychiczną i fizyczną 1

Drugi krok w stosunku do poprzednich kategorii

A Poprzez samostanowienie i samoleczenie Kategoria A

B Przez (przekonaną) wiarę w uzdrowienie Kategoria B, D, F

C Poprzez równowagę psychiczną i fizyczną (pokój, głos wewnętrzny, bezpieczeństwo) Kategoria C, G

D Przez wiarę jako schronienie, nadzieję i pewność siebie Kategoria E

3.5 Relacje międzyludzkie po traumie

(patrz załącznik 1, pytanie 25) odpowiedziało łącznie 105 osób. Prawie wyłącznie pozytywne odpowiedzi sięgają od ogólnej poprawy poprzez poprawę komunikacji i interakcji do umożliwienia nieobciążonego nowego początku. W celu znacznego zmniejszenia ilości informacji przeprowadzono kategoryzację zgodnie z podejściem Mayringa (2010) (zob. załącznik 6, tabela oceny, pytanie 25). Proces kategoryzacji przebiegał w dwóch etapach, które przedstawiają się następująco W pierwszym etapie utworzono 14 kategorii. Z tych 8 kategorii zebrano w drugim etapie pośrednim (zob. tabela 8).

Tabela 8: Relacje międzyludzkie po przezwycięzeniu traumy

Pierwszy krok Liczba

Lepsza komunikacja 5

B harmoniczne 7

C Wyładowane 8

D Otwarty 2

Pokojowe współistnienie 22

F Happy 4

G bardzo dobry 1

H Możliwy nowy początek 5

Szanuję 0

J kochający 3

K Bez zmian 2

L nie odpowiada 8

M lepiej niż przed 10

Rozumienie N 4

Drugi krok w stosunku do poprzednich kategorii

Bardzo dobry lub lepszy niż przed Kategorią G, M

B pokojowe i harmonijne współistnienie kategorii B, E

C bez ładunku, możliwy nowy początek Kategoria C, H

D Lepsza i bardziej otwarta komunikacja Kategoria A, D

E szczęśliwa, kochająca Kategoria F, J

Z szacunkiem, zrozumieniem Kategoria I, N

G bez zmian, bez odpowiedzialności Kategoria K, L

3.6 Odpowiedź na pytanie badawcze

Wykazano, że chrześcijańska postawa wiary jest bardzo ważna dla procesu uzdrawiania. W ten sposób wspiera procedury psychoanalizy dla lepszego procesu uzdrawiania. Skutkuje to również numerem terapii, skróceniem czasu trwania choroby i krótszą terapią. Postawa wiary ma bardzo pozytywny wpływ na poziom zaufania.

3.7 Odpowiedzi na pytania uzupełniające

Co oznacza przezwyciężenie wczesnodziecięcych represji poprzez psychoanalizę i jaką rolę odgrywa postawa wiary w procesie leczenia?

Oznacza to, że ludzie na poziomie relacji międzyludzkich, poprzez refleksję nad sobą, empatię, zdrową komunikację i zrozumienie świata, przekonali się do swoich bliźnich. Uciskane traumy w rzeczywistości mają destrukcyjny, infantylny wpływ na wzorzec zachowania, który przejawia się w formie redukcji, i jest to jeden z powodów, dla których cierpią relacje międzyludzkie w rezultacie. W tym miejscu autor odnosi się do rozdziału I.

3.8 Co można zrozumieć przez represje - leczenie wiary

Przemieszczenie wszystkich wczesnodziecięcych urazów, w tym goryczy lub urazów, obecnego życia, które nie były leczone, ale również zostały przemieszczone i które przejawiają się jako objawy patologiczne. Ma to różny wpływ na jakość życia. Wiara

pozwala ludziom wierzyć w siebie poprzez przekonanie o wymiarze nadziei na uzdrowienie i poprzez naturalne źródło postawy wiary. Wzmacnia to odporność i prowadzi do zmniejszenia negatywnych wpływów. Leczenie odbywa się poprzez wiarę i psychoanalizę, które odgrywają ważną rolę w procesie leczenia.

3.9 Represjonowani nieświadomi

Wszystkie represjonowane ludzkie traumy, głównie od wczesnego dzieciństwa, ukazują się w relacjach międzyludzkich poprzez projekcję na bliźnich, które są jednak nieświadomie wywoływane i realizowane. Ma to szkodliwy wpływ na innych ludzi i wywołuje bardzo nieprzyjemne uczucie. W rezultacie relacje międzyludzkie stają się niemożliwe.

3.10 Amygdala w leczeniu w relacjach międzyludzkich

Amygdala jest ośrodkiem w układzie limbicznym i można ją opisać jako 6. sens. Jest to rdzeń amygdali i siedziba emocji, czasem także strachu, co stanowi istotny wkład w relacje międzyludzkie, w których strach odgrywa główną rolę.

3.11 Jakie środki zapobiegawcze można podjąć na podstawie wyników badań

Jak pokazują wyniki badań, podstawowe przekonania i psychoanaliza doprowadziły do zmniejszenia spożycia leków. Okres leczenia zaburzeń lękowych uogólnionych został również skrócony przez postawę wiary. W przypadku typu granicznego, terapia i wiara w krótkim czasie doprowadziły do tego, że w krótkim czasie stały się zdolne do pracy, życia społecznego i ponownego nawiązania kontaktu. Dzięki terminowej terapii można było zapobiec przewlekłemu przebiegowi choroby. Wyniki pokazały również, że większość testowanych osób chciałaby, aby kasa chorych pokrywała koszty terapii, a z punktu widzenia polityki zdrowotnej, całkowite pokrycie kosztów stanowiłoby ważny wkład w zapobieganie poważnym konsekwencjom, takim jak niezdolność do pracy, niezdolność do pracy i inne, itp.....

Univ. Prof. dr Andrawis