

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Klinická psychologie



Mgr. Barbora Janečková

Diagnostika a terapie psychospirituální krize – mapující studie

Diagnostics and therapy of spiritual emergency – orienting study

Disertační práce

vedoucí práce – MUDr. PhDr. Radvan Bahbouh Ph. D.

2008

„Prohlašuji, že jsem disertační práci vykonala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury“.

Mgr. Barbora Janečková

"Idoly, jež se dostávají do rozumu ze slov, jsou dvojího druhu. Jsou to totiž buď neexistující názvy věcí, jako jsou totiž věci, jež nemají jména, protože jim nikdo nevěnoval pozornost, jsou také jména, jimž chybějí věci, ježto vznikly z fantastických předpokladů, anebo jsou to názvy věcí existujících, ale jsou nejasné, špatně vymezené a příliš narychlo a nepřiměřeně abstrahované z věcí. " Francis Bacon

Poděkování a věnování:

Chtěla bych poděkovat Prof. Davidu Lukoffovi Ph. D. za podporu při psaní disertační práce, dále sdružení Diabasis, jejím terapeutům a klientům za projevenou důvěru a podporu. Mé rodině za nesmírnou trpělivost.

Zároveň bych tuto disertační práci chtěla věnovat všem, kteří psychospirituální krizi prošli a museli se potýkat s neporozuměním okolí.

OBSAH

Abstrakt.....	6
Abstract.....	7
1. ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2. SPIRITUALITA A PSYCHOLOGIE.....	12
2. 1. Historie.....	12
2. 2. Transpersonální psychologie.....	20
2. 3. Alternativní rezidenční péče.....	24
3. PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE.....	26
3. 1. Diagnostika psychospirituální krize.....	26
3. 2. Spouštěcí mechanismy psychospirituální krize.....	37
3. 2. 1. Některé vybrané spouštěcí mechanismy.....	40
3. 2. 2. Použití substancí.....	44
3. 3. Formy psychospirituální krize.....	46
3. 3. 1. Probuzení hadí síly /kundaliní/.....	48
3. 3. 2. Šamanská krize.....	49
3. 3. 3. Zážitky sjednocujícího vědomí – vrcholné zážitky.....	50
3. 3. 4. Aktivace centrálního archetypu jako cesta k probuzení.....	52
3. 3. 5. Otevření mimosmyslového vnímání.....	54
3. 3. 6. Karmické vzorce nebo vzpomínky na minulé životy.....	55
3. 3. 7. Channeling.....	55
3. 3. 8. Zážitky blízkosti smrti.....	56
3. 3. 9. Posedlost.....	58
3. 3. 10. Zážitky setkání s UFO.....	58
4. LÉČBA.....	60
4. 1. Krizová intervence.....	62
4. 2. Pesso Boyden System Psychomotor.....	67
4. 3. Biosyntéza.....	70
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	73
5. POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU A OTÁZKY STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU.....	74
5. 1. Terapeuti.....	74
5. 2. Klienti.....	75
5. 3. Cíle empirické části.....	76
6. METODOLOGIE.....	78
7. VÝSLEDKY.....	82
7. 1. Kazuistiky.....	82
7. 2. Shrnutí rozhovorů s terapeuty.....	93
7. 3. Shrnutí rozhovorů s klienty.....	101
8. DISKUSE.....	110
9. ZÁVĚR.....	113
III. LITERATURA.....	115
IV. PŘÍLOHY.....	121

Abstrakt

Disertační práce obsahuje nástin definice psychospirituální krize, diferenciálně diagnostická hlediska, popis různých podob psychospirituální krize. Zabývá se terapeutickými možnostmi práce s takovými stavy. Součástí disertace je rozbor semistrukturovaných rozhovorů s takto diagnostikovanými klienty a terapeuty, kteří s tímto okruhem problematiky pracují.

V analýze rozhovorů s terapeuty se zaměřuji na jejich vlastní zkušenosti s dynamikou psychospirituální krize, její klíčové projevy, eventuální existenci společných rysů klientů s touto diagnózou. Důležitým bodem rozhovorů jsou i nejosvědčenější a nejefektivnější způsoby práce s klienty s psychospirituální krizí. Zajímala jsem se i o jejich vlastní výklad vzniku psychospirituální krize a posouzení změny kvality života klienta po jejím odeznění.

V analýze rozhovorů s klienty mapuji údaje týkající se období, ve kterém se psychospirituální krize objevila, její projevy, délku trvání a reakce okolí. Podstatná část rozhovoru je zaměřena na intervence, které klient zažil, jejich účinnost a možné životní změny, které nastaly po odeznění sledovaných symptomů.

Kazuistiky, které jsem vybrala, demonstrují typické rysy popisované u psychospirituální krize, jako je například bouřlivé prožívání následované úplným spontánním odezněním příznaků, ale i posun v oblasti hodnot sebeprožívání a pohledu na život jako takový.

Abstract

The doctoral dissertation contains of a definition of spiritual emergency, differential diagnosis, description of kinds of spiritual emergency. It looks on the therapeutical possibilities in working with these states. Part of the dissertation is analysis of semi-structured interviews with clients and therapists who work with these kinds of problems. In the analysis of the interviews with therapists I center on their experience with the dynamics of spiritual emergence, its manifestation and possible existence of similar traits of clients with this diagnosis. Important parts of the interviews are the most effective ways of working with these clients. I was also interested in their own perception on how spiritual emergence occurs and on the possible change in the quality of life of the client after this episode.

In the analysis of the interviews with the clients I question when spiritual emergence occurred, how it started, how long did it last and what were the reactions from outside. Important part is centered on the interventions which the client experienced and their efficiency.

Case studies demonstrate typical traits described at spiritual emergency, as quite dramatic beginning, complete recovery and also an important change in value system.

1. ÚVOD

Jednou ze změn mezi Diagnosticko - statistickým manuálem III-R (DSM-III-R) a mezi Diagnosticko - statistickým manuálem IV (DSM-IV) je zařazení nové diagnostické kategorie V62. 89 náboženský nebo spirituální problém, do této kategorie je řazena i skupina jevů popisovaná jako psychospirituální krize, která je předmětem této disertační práce. Tato kategorie zatím nemá odpovídající obraz v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-10), takže není v České republice oficiálně používána. Během působení na krizovém centru Riaps jsem se nicméně měla možnost setkat s klienty, kteří odpovídají popisu psychospirituální krize. Snažila jsem se o těchto jevech dozvědět víc a zjistila jsem, že v naší republice je o nich poměrně nízké povědomí, stejně tak jako o jejich diagnostice a terapeutickém přístupu. Zkušenost s klienty v těchto stavech byla inspirací k napsání disertační práce. Myslím, že je důležité vést odbornou diskusi i o „kontroverzních“ skupinách jevů, proto, aby klientům mohla být poskytnuta kvalitní odborná pomoc.

Cíle disertační práce můžeme rozčlenit do několika dílčích podotázek.

V první řadě jde o to, zda se můžeme i v našem prostředí setkat se symptomatikou, která by odpovídala uvedené kategorii jevů. Je známo, že některé psychické obtíže jsou vázány na určité geografické (a kulturní) oblasti. Proto musí být nejdříve prokázáno na konkrétních případech, že se tato symptomatika u nás vyskytuje. Více než 8 let jsem se ve své praxi (ve spolupráci s dalšími kolegy) snažila takové případy podchytit a řádně zdokumentovat.

Užitečnost této kategorie není dána jen prokazatelně častějším výskytem určitých symptomů, ale také rozdílnou dynamikou a specifickými požadavky na léčbu. Proto jsem podchycené případy dále terapeuticky provázela v souladu s doporučeními pro terapeutické intervence u psychospirituálních krizí a současně jsem vývoj jednotlivých případů monitorovala. Při porovnání jednotlivých kazuistik jsem usilovala o rozlišení individuálních vlivů a pochopení obecných zákonitostí, které jsem následně srovnávala s dostupnou literaturou.

O tom, zda se bude kategorie psychospirituální krize využívat, rozhodují ti, kteří se těmito případy zabývají. Proto jsem se snažila podchytit současnou situaci v České republice, zjistit, kdo se obdobnou problematikou zabývá a jaký je jeho názor na užitečnost, ale i omezení této kategorie.

Chtěla jsem svým zkoumáním ověřit názor, že pokud jsou tyto stavy správně diagnostikovány, pochopeny a podporovány, mohou významně pozitivně změnit život jedince, který je prožil. Zatímco při nesprávné diagnóze bývá pacientovi často poskytnuta neadekvátní péče (včetně nevhodné medikace), čímž může dojít k narušení smysluplného léčebného procesu.

Koncept psychospirituální krize zahrnuje poznatky z mnoha oborů, jako je klinická a experimentální psychiatrie, moderní výzkum vědomí, psychoterapie, antropologie, thanatologie, srovnávací religionistika a mytologie. Zkušenosti z těchto vědních oborů naznačují, že psychospirituální krize mívají pozitivní potenciál a neměly by být zaměňovány za duševní choroby, jejich nositelé by neměli být stigmatizováni, ale naopak podporováni v průběhu celého procesu. Je-li proces místo facilitace narušován či blokován, může dojít k jeho chronifikaci, či velmi komplikovanému průběhu.

Práce bude obsahovat nástin definice psychospirituální krize, pokus o jasné vymezení diferencially diagnostických hledisek, demonstrování různých podob psychospirituální krize. Budu se zabývat terapeutickými možnostmi práce s takovými stavy. Součástí disertace bude rozbor semistrukturovaných rozhovorů s takto diagnostikovanými klienty a terapeuty, kteří s tímto okruhem problematiky pracují. V rámci demonstrace terapeutických možností budou předloženy kazuistiky z mé praxe.

Vzhledem k tomu, že jde o shromažďování, podrobný popis a následné zobecnění jednotlivých případů s poměrně nízkou incidencí, byla jsem při zpracování nucena využít postupy kvalitativní metodologie aplikovanými na tři různorodé zdroje informací: analýzu rozhovorů s terapeuty, kteří ve své praxi koncept psychospirituální krize používají, dále analýza rozhovorů s klienty, jejichž stav byl diagnostikován jako psychospirituální krize, a kazuistiky. Tyto zdroje dat jsem porovnávala s dostupnými

poznatky o psychospirituální krizi.

V analýze rozhovorů s terapeuty se zaměřuji na jejich vlastní zkušenosti s dynamikou psychospirituální krize, její klíčové projevy, eventuální existenci společných rysů klientů s touto diagnózou. Důležitým bodem rozhovorů jsou i nejosvědčenější a nejefektivnější způsoby práce s klienty s psychospirituální krizí. Zajímala jsem se i o jejich vlastní výklad vzniku psychospirituální krize a posouzení změny kvality života klienta po jejím odeznění.

V analýze rozhovorů s klienty mapuji údaje týkající se období, ve kterém se psychospirituální krize objevila. V centru pozornosti jsou její projevy, délka trvání a reakce okolí. Podstatná část rozhovoru je zaměřena na intervence, které klient zažil, a jejich účinnost. Sledováno je klientovo subjektivní posouzení produktivity či nevhodnosti různých druhů intervencí (co by považoval za nejvhodnější a jaká byla jeho nejhorší zkušenost). Pozornost je věnována také životním změnám, které nastaly po odeznění sledovaných symptomů a eventuálnímu posunu v hodnotovém systému jedince.

Kazuistiky, které jsem vybrala, demonstrují typické rysy popisované u psychospirituální krize, jako je například bouřlivé prožívání následované úplným spontánním odezněním příznaků, ale i posun v oblasti hodnot sebeprožívání a pohledu na život jako takový.

I. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části disertační práce se budeme věnovat celkovému vymezení konceptu psychospirituální krize z hlediska historického, diagnostického a terapeutického. Toto vymezení bude dále užito i v části empirické.

2. SPIRITUALITA A PSYCHOLOGIE

2. 1. Historie

Jedním z problémů a výzev, kterým čelí vědci, klinici a výzkumníci studující psychospirituální krizi je, že v různých oblastech výzkumu jsou používány různé definice a popisy při diskuzi těchto o zkušenostech. Například v religiozních studiích uváděné mystické a extatické stavy (Laski 1961) jsou pokládány za pozitivní a kulturně přijatelný zážitek.

Ve studiích o vědomí je používána nomenklatura pokoušející se eliminovat osobní a kulturní předsudky (Tart 1975). Někteří autoři se snaží definovat tyto zkušenosti, zatímco jiní jsou si vědomi toho, že definování je příliš obtížné, aby bylo akceschopné a použitelné pro porovnání.

V psychologických studiích je práce o problému psychospirituální krize možné nalézt pod psychotickými nebo schizofrenními problematikami (Boisen 1962), kreativními chorobami (Ellenberger 1970) a vizionářskými stavy (Perry 1966). U výzkumu vědomí jsou tyto stavy popisovány jako změněné nebo neobvyklé stavy vědomí (Ditrich 1985).

Problém spočívá v pozorováních, že intenzivní religiozní prožitky nebo mysticismus mohou mít stejný obsah jako psychotické procesy. Oba, jak mystické, tak i psychotické procesy mohou obsahovat elementy religiozní symboliky a představ. La Montagne (1985) ve své disertaci vyvozuje, že religiozní zbožnění a představy jsou stejné nebo podobné archetypálním zkušenostem osob ve schizofrenním nebo spirituálním stavu, ale využití tohoto materiálu je v obou skupinách odlišné kvůli jejich odlišným vývojovým stupňům (La Montagne 1985).

Již Underhill (2004) ve své klasické práci o religiozním mysticismu uvádí, že mnoho religiozních postav, tzn. svatých a učenců, převtělení, guruů a reformátorů se dalo na svoji cestu následkem nějaké formy osobní mystické zkušenosti. Podle svých vizí a hlasů tito lidé tvrdili, že mají úzký nebo přímý kontakt s Bohem nebo univerzální silou.

Underhill (2004) také uvádí klinické detaily, podle kterých lze určit platnost vnitřních hlasů a vizí.

Časné psychologické studie intenzivních religiozních zkušeností nebo mystických událostí se často soustřeďovaly na regresivní povahu zkušenosti (Leuba 1929, Alexander 1931). Freud (1964) je nazýval „oceánickou zkušeností“ podobně jako nejčasnější infantilní zážitky světa. Dittes (1969) ve svém přehledu religiozní psychologie předpokládal, že se tyto intenzivní religiozní zkušenosti vyskytují u lidí se „slabým egem“ nebo dalšími faktory či predispozicemi osobnosti.

Výjimkou z tohoto pohledu na mystické zkušenosti je názor amerického psychologa Williama Jamese. Ve své knize *Varieties of religious Experience*, James (1935) zaujímá méně redukcionistický postoj, soustřeďuje se na pozitivnější a život obohacující kvalitu těchto zkušeností.

Jungova vlastní zkušenost z roku 1912 zahrnovala „konfrontaci s nevědomím“ (Jung 1965, s. 170). Tato zkušenost vedla Junga k formulování teorie kolektivního nevědomí, založené na Freudově konceptu nevědomí. Jungova zkušenost poskytla materiál pro většinu jeho sebraných spisů, když sledoval klíče a symbolické vyjádření své vlastní krizové spirituální zkušenosti. Tyto zážitky vedly Junga k tomu, aby též studoval taková témata jako UFO, Kundalini Joga, synchronicitu, které jsou všechny podstatné pro pojmy spirituálních krizí.

Robert Assagioli, další z úzkého kruhu kolem Freuda, vytvořil teoretický model zvaný psychosyntéza. Psychosyntéza je založena na předpokladu nadvědomí, vyššího Já /Self/, které řídí jedincův vnitřní život a ovlivňuje symbolický snový materiál, stejně jako moduluje nevědomý psychický materiál (Assagioli 1965).

Předpokládá, že v určitých obdobích lidského života se uvolňuje vyšší Já individua a otevírá se přílivu spirituální energie. Assagioli byl jeden z prvních psychologů přemýšlejících o psychologické roli spirituálních vlivů a spirituálních krizí přímo.

Soudil, že v obdobích převážně kolem poloviny života dojde k přílivu spirituální energie na základě osobního vývoje: naše psýché usiluje neúnavně o splnění svého potenciálu přesahujícího obecnou fyzikální realitu. Assagioli rozdělil svůj model do 4 kritických

stadií nebo fází: krizi předcházející spirituálnímu procitnutí, krizi způsobenou spirituálním procitnutím, reakci následující procitnutí, a fáze procesu přeměny (Assagioli 1965).

Existují však potenciální komplikace. Hledá-li člověk smysl svého utrpení, přemožen vnitřními konflikty, nenalézaje uspokojení, psychickou úlevu ve starých vzorcích chování, si může pokládat otázku o vlastním duševním stavu, pochybovat, zda se „nezbláznil“.

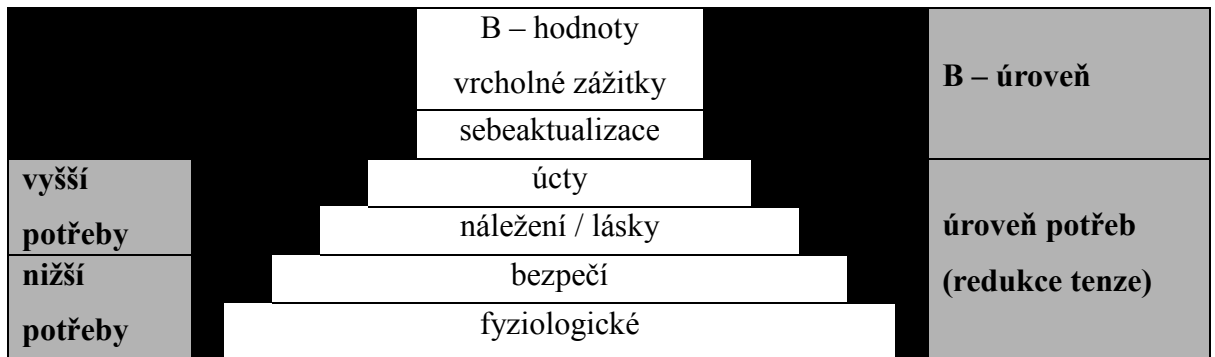
Je důležité si uvědomit, že tyto různé manifestace krize se velmi podobají některým symptomům považovaným za charakteristické pro neurotické a hraniční psychotické stavy. V některých případech stres a napětí krize také vyvolávají psychotické symptomy jako nervové napětí, nespavost a další psychosomatické problémy.

Assagioli (1965) je přesvědčen, že tento konflikt může vyřešit psychologické otevření se, vnitřní komunikace mezi osobností a vyšším Já, přinášeje tak úžasnou úlevu. Někdy může intenzita tohoto otevření nebo cesty působit intelektuální, emocionální krizi nebo přetížení nervového systému. Zmatení hladin je také možné zejména tehdy, když je postižená osoba neschopna rozlišit mezi Self a Já, což vede k inflaci ega nebo mánii. Assagioli (1965) také tvrdí, že v této době může být probuzeno parapsychologické vnímání jako je předvídání, automatické psaní nebo channelling.

Navrhuje 3 obecné reakce na příliv spirituální energie, reakce závisející na síle energie přijímané a odporu osobnosti proti reorganizaci. V prvních dvou reakcích dosáhne individuum vyšší hladiny reorganizace, ať již s úplnou změnou starých osobnostních vzorců, nebo jen některé z regresivních rysů a vzorců v osobě jsou plně transformovány, zatímco většina je prozatím neutralizována, osobnost se vrací do původního modu, ale co zůstává, je ideální model a pocit směřování. Při třetí reakci není energie self dostatečná, aby dosáhla vyšší úrovně organizace. Energie je pak absorbována skrytými bloky a vzorci, které zabraňují vyšší integraci, což bývá obvykle bolestivé a její transpersonální původ se často nerozpozná. Tento stav se úzce podobá psychotické depresi - charakterizované akutními pocity bezcennosti, systematickému sebeobviňování a sebedoceňování (Assagioli 1965).

Psychologickým směrem, který výrazně přispěl k rozvoji pohledu na člověka v rovině duchovních zážitků, byla humanistická psychologie a hlavně její významný představitel Abraham Maslow. V roce 1954 navrhl Maslow klasifikaci teorie potřeb. Propojil v ní teorii osobnosti s teorií motivace, ale i s problémy lidské destruktivity. Domnívá se, že základní lidská motivace se projevuje snahou o sebeaktualizaci, tedy o jakýsi intrapersonální růst jedince. Maslow navrhl strukturu motivačních sil sahající od úrovně potřeb až po B-úroveň (B znamená bytí, existenci). Na úrovni potřeb je jedinec motivován redukovat tenze. Nižší potřeby (fyziologické potřeby a potřeba bezpečí) zajišťují fyziologické přežití jedince. Vyšší potřeby (potřeba lásky a potřeba úcty) zajišťují duševní pohodu a rozvoj osobnosti.

Potřeba sebeaktualizace představuje přechod od úrovně vyšších potřeb k B-úrovni. Na B-úrovni Maslow umístil metahodnoty (nazývané též metapotřeby), které jsou spjaty s nejvyššími vrcholy lidského potenciálu. Sebeaktualizace je podle Maslowa nikdy nekončícím procesem postupujícím kontinuálně vzhůru (Maslow 1962).



Maslow zkoumal osoby, které odpovídaly jeho konceptu sebeaktualizace, a zjistil u nich následující charakteristiky:

Vnímají dobře skutečnost a snášejí nejistotu.

Přijímají sebe i druhé takové, jací jsou.

Jsou spontánní v myšlení i v chování.

Zaměřují se více na problém než na sebe.

Mají dobrý smysl pro humor.

Jsou vysoce tvořiví.

Odolávají společenským tlakům, ale nejsou úmyslně nekonvenční.

Záleží jim na prospěchu lidstva.

Vysoce si cení základních životních požitků.

Mají hluboce uspokojující mezilidské vztahy, a to spíše s několika než s mnoha lidmi.

Pohlíží na život objektivně.

Mají sklon k tzv. „vrcholným zážitkům“.

Vrcholnými zážitky jsou myšleny stavy intenzivního štěstí a naplnění, které se podobají téměř mystickým zážitkům nekonečné dokonalosti a dosažení svého cíle.

Právě koncept vrcholných zážitků byl později převzat transpersonální psychologií a dále rozpracován. S tímto okruhem zážitků se také můžeme setkat u jednoho popisovaného druhu psychospirituální krize.

V časných 60. letech s vynálezem biofeedbacku a vlivu psychedelických drog, LSD, psylocybinu, peyotu, se začala zkoumat povaha změněných stavů vědomí. Současně rostl zájem o různé východní spirituální tradice, zejména pokud se týká meditace, její indukce, fyziologických a psychologických dopadů (Benson 1975). Ve snaze po tom, aby se vyhnuli převažujícím sociálním, politickým a profesionálním zaujatostem, pokud se týká psychedelických drog a indukovaných zkušeností, vědci zkoumající vědomí popisovali charakteristiky, obsah a efekty různých „stavů vědomí“ terminologií nezávislou na ideologickém systému či víře.

Na základě těchto studií začali výzkumníci definovat změněné stavy vědomí bez religiousních nebo psychopatologických zkreslení.

Část problémů s odlišením mystických stavů, různě navozených stavů změněného vědomí a schizofrenických atak je dána jazykem, který používáme k popisu těchto skutečností. V práci shrnující dříve publikované výčty všech tří stavů demonstrovali Oxman, Rosenberg, Schurr, Tucker a Gala (1988) možnost odlišit zkušenosti založené na analýze obsahu jazyka, užitého v 66 autobiografických výčtech mystické extáze, stavu po užití halucinogenů a schizofrenie od sebe navzájem, stejně jako od skupin kontrolních. Vzorec lexikální volby použitý těmito 4 skupinami se významně lišil

frekvencí slov u 49 z 83 měřených lexikálních kategorií.

Lexikální kategorie zahrnuje sociální, přírodní objekty, psychologické a behaviorální procesy, význam stavu a psychologická témata: tedy slova užívaná v každodenním jazyce.

Jazyk, který má k dispozici osoba referující o své subjektivní vnitřní zkušenosti, ovlivňuje nejen vlastní popis, ale také hodnotu individuálního místa v této události. Schizofrenici používali slova vyjadřující chudý obraz sebe nebo cítění špatnosti, zatímco mystická extáze zahrnovala slova vyjadřující silný život měnící kontaktem s Bohem. Subjekty používající halucinogeny vybíraly slova označující časové, prostorové a vizuální alterace spolu s uměleckými kategoriemi. To ukazuje jeden z poznatků, který psychospirituální krize osvětlují: použitelnost volby slov nebo obsahu specifického přístupu pro rozlišení mystických stavů od psychotických procesů.

Další význam v osvětlení religiousní zkušenosti má práce Sira Alistera Hardyho, který s kolegy shromáždil přes 400 popisů religiousních zkušeností (Hardy 1979). Ačkoliv soubor není omezen jen religiousní zkušeností, Hardy předkládá 92 elementů vyskytujících se v popisech religiousních zkušeností. Tyto shrnuje do 12 základních oddílů.

1. Sensorické nebo kvazisensorické zkušenosti: vizuální
2. Sensorické nebo kvazisensorické zkušenosti: sluchové
3. Sensorické nebo kvazisensorické zkušenosti: hmatové
4. Sensorické nebo kvazisensorické zkušenosti: čichové
5. Předpokládané extrasensorické pocity
6. Změny chování: demonstrace zvýšené síly
7. Kognitivní a afektivní elementy
8. Vývoj zkušenosti
9. Dynamický vzor zkušenosti
10. Snové zážitky
11. Předcházející vlivy nebo spouštěče zkušenosti
12. Následky zkušenosti

Toto členění používá Hardy k tabulaci celkové četnosti jednotlivých elementů u religiousní zkušenosti. Tady začíná být zřejmé, že kriteria nebo definice mystických,

intenzivních religiosních stavů častěji vycházejí z popisu zkušenosti, často zaměřené na obsah a pocit. Je-li obsah religiosní povahy a zahrnuje extatické nebo příjemné pocity, začíná mít kvality skutečného mystického prožitku - přímého kontaktu s božským. Podíváme-li se na detailní klasifikaci všech 92 podkategorií (12 základních se člení na 92 podkategorií), je jen 12 negativní povahy s 5 z nich odpovídajících spíše spouštěčům než negativní zkušenosti samé.

Jen málo autorů, jiných než Underhill zaměřuje pozornost na emocionálně negativnější zkušenosti. Underhill nazývá jeden ze svých pěti stupňů mystického růstu „Temná noc duše“ na podkladě zakoušení bolesti a vnitřního konfliktu. Ale spirituální krize obvykle spadají do více negativně zakoušených poznatků a nebyly dosud takto zkoumány v literatuře o religiosním mysticismu.

V psychologické literatuře zabývající se schizofrenními atakami se současní autoři zabývají obvyklými hypotézami o schizofrenních či psychotických procesech. Perry (1953, 1974, 1976) předpokládá, že mnoho prvních projevů psychóz má původ vývojový a ne patologický. Lukoff (1988) nabízí kriteria pro mystické zkušenosti s psychotickými rysy a další studie osvětlují osobnostní faktory nebo individuální charakteristiky odpovědné za některé z těchto neobvyklých stavů (Tellegen 1974, Nelson 1989).

Pro skotského psychiatra R. D. Lainga (Laing 1989) je vztah osoby s vlastním Self neobyčejně důležitý, ačkoliv Laing zdůrazňuje přístup mnohem více ze sociální a kulturní perspektivy než Asagioli. Laing uvádí, že moderní společnost je založena na popření sebe. Neefektivní nebo dysfunkční individuum, rodina nebo vzorce kulturní komunikace povzbuzují jedince k tomu, aby potlačoval emoce a osobní výraz, aby odmítal hodnoty vnitřních zkušeností. Obecně řečeno, není to schizofrenik, kdo je duševně nemocný, ale jde spíše o zdravou reakci senzitivního individua na šílený svět.

Podobně jako při třetím typu reakce podle Assagioliho na příval spirituální energie, Laing předpokládá, že když se člověk začne chovat „bláznivě“, identita a zkušenost se posunou od menšího, osobního“ já“ k transpersonálnímu nebo většímu self. Postižený si plete ego se self, vnitřní s vnějším, přirozené s nadpřirozeným. Je to právě neschopnost člověka rozlišit tyto hladiny, rozlišovat a fungovat ve světě během této doby, co vede k psychóze. Ve chvíli, kdy se ego poruší a to z jakéhokoli důvodu, pak materiál z

archetypálních oblastí a kolektivního nevědomí přemůže individuální schopnosti integrovat to, co je komunikováno ze self.

Pro Lainga je velká část tohoto selhání k integraci dána tím, že společnost odmítá pravdivost vnitřních zkušeností. Subjektivních, vizionářských, představových, fantazijních, snových a změněných stavů vědomí. Duševní zdraví dnes velmi závisí na schopnosti adaptace na zevní svět: mezilidský svět, a oblast lidských kolektivů „...tento zevní lidský svět je téměř úplně a kompletně odcizen světu vnitřnímu, každé osobní přímé povědomí o vnitřním světě zahrnuje vážná rizika“ (s. 58).

Velmi pragmatický teoretický příspěvek k tomuto alternativnímu pohledu na psychotické procesy byl učiněn Johnem Weir Perrym, psychiatrem a jungiánským analytikem, který spoluzaložil rezidenční léčebné centrum Diabasis, určené pro lidi s první epizodou psychotických změn nebo akutní schizofrenie. Perry si všiml závažnosti a osobního významu vnitřního „zobrazení afektu“ přítomného během těchto psychotických epizod. Nalezl obdobný obsah, organizaci a symbolickou reprezentaci pro tyto zdánlivě chaotické zevní procesy v mytologii, stejně jako v náboženských a domorodých rituálech. Nazval tuto zkušenost „proces obnovy“ (Perry 1953, 1974, 1976).

Proces obnovy je podle Perryho reorganizací osobního konceptu vlastního self a obrazů vlastní osoby sérií archetypálních zkušeností, které vedou člověka procesem částečné psychické smrti směrem k znovuzrození na vyšší hladině integrace a fungování. Soudí, že je-li obraz sebe „příliš omezený, izolovaný, jednostranný nebo znehodnocený, je tento „obraz sebe zralý na reorganizaci“. Je-li však reorganizace „neúspěšná, kvůli odporu ega vůči nim.... dojde k drastičtějšimu a turbulentnějšimu procesu v oblasti psychózy tak, aby bylo dosaženo požadované změny“ (Perry 1974, s. 20).

Perry pochopil, že dávné rituály, iniciace, náboženské ceremonie, vyjadřují cyklický charakter života: od narození, ke smrti a znovuzrození. Tyto obřady přechodu vyvolaly a podporovaly rituály a mýty, které potvrzovaly a provázely individua během života jejich vlastními procesy od zrodu ke smrti. Důraz na materialistický světový názor zničil pohyb lidské psýché od smrti k znovuzrození, označením těchto regresivních „psychotických“ stavů zkušenosti jako duševní choroby a psychopatologii.

2. 2. Transpersonální psychologie

V oblasti transpersonální psychologie jsou duchovní hodnoty, koncepty a zkušenosti zahrnuty v teoriích o psychologickém fungování a vývojových procesech. Při pokusu o integraci těla, mysli a duše jsou důležitostí, kterou tyto školy přisuzují duchovním potřebám, jednou z charakteristik, odlišujících transpersonální psychologii od jiných psychologických škol.

Transpersonálními aspekty, kterými se transpersonální psychologie zabývá, jsou myšleny zážitky čistě spirituální nebo transpersonální. Patří sem zážitky překračující běžné hranice lidské osobnosti, které můžeme zahrnout pod pojem mimořádné stavy vědomí. Ludwig (Vodáčková 2002) uvádí 10 faktorů, které jsou pro mimořádné stavy vědomí typické:

- změny v myšlení,
- změna časového prožívání,
- ztráta pocitu kontroly,
- změny ve vyjadřování emocí,
- změny v obrazu těla,
- změny v percepci,
- posun ve vnímání významu a významnosti,
- zážitek nesdělitelnosti někomu, kdo neměl podobnou zkušenost,
- pocit, jako bychom se znovu narodili,
- hypersugestibilita.

Jedním z přínosů transpersonální psychologie k pochopení lidského vývoje je poznání, že v průběhu normálního vývoje individua mohou vznikat psychologické krize duchovní povahy.

Duchovní (spirituální) v tomto významu je chápáno jako něco vyššího řádu: mimo osobní (osobnostní) úroveň zkušenosti.

V této souvislosti lidé zažívají neobvyklé pocity změněných stavů vědomí, které se zdají pramenit z oblasti zkušeností lidstva: zkušeností, které odrážejí duchovní povahu tohoto

fenoménu a které mohou vyústit v osobnostní krizi.

Původně byl termín „zkušenostní krize“ vytvořen Stanislavem a Christinou Grofovými v práci o neobvyklých stavech vědomí. Jejich práce týkající se technik hlubinné zkušenostní psychologie vedla k bádání, z nichž vycházely hypotézy, týkající se těchto potenciálních krizí, jimi označovaných jako psychospirituální nebo transformační krize nebo spirituální problémy (Grof a Grofová 1985, 1986, Grof 2000, 2004).

Grof a Grofová napsali a vydali dvě další knihy týkající se psychospirituální krize, a zatím co se jejich popisy mírně změnily, podstata definic je táž (Grof 1976, 1992). Jejich definice s drobnými odchylkami popisu obsahu byla přijata i v akademické literatuře (Hood 1986, Bragdon 1990 a Millar 1990).

Jedním z přínosů k pochopení těchto stavů byl fenomenologický popis a kategorizace těchto zkušeností do různých typů (Grof a Grofová 1986). Některé z nich jsou známy tradičním náboženských a spirituálním zvykům. Tato literatura posloužila jako významný zdroj informací v posuzování psychospirituální krize.

Lidé, u nichž se tyto neobvyklé stavy vyskytnou, mohou mít podstatně změněné vnímání, myšlenkové procesy, orientaci v čase, prostoru, zvláštní tělesné pocity a jiné příznaky obvykle spojované s mentálními chorobami. Zatímco formy nebo typy demonstrovaných a diskutovaných zkušeností se zdají být charakteristické povahy, mají tendenci vytvářet generalizovanou odpověď. Tito lidé obvykle pociťují zmatek, izolaci, strach a obávají se, že se „zblázní“. Některé z těchto reakcí mohou být modifikovány kulturními zvyklostmi západní civilizace. Dále mívají tyto zkušenosti často rozrušující povahu, a proto zcela logicky vyvolávají zájem: také proto jsou vnímány jako osobnostní krize.

Transpersonální psychologie již podle své definice začala zkoumat povahu těchto zkušeností ve snaze o jejich integraci do západních psychologických modelů. Představa zkušenosti za hranice osoby byla označena jako „beyond ego“, jako zdůraznění důležitosti úlohy, kterou ego hraje jak v západních psychologických konceptech, tak ve východních duchovních tradicích (Vaughan 1980).

První impuls k vytvoření nové diagnostické kategorie vzešel od společnosti SEN (Spiritual Emergency Network), která byla znepokojena tím, jak systém zdravotní péče patologizoval stavy intenzivní spirituální krize. Navrhovali možnost nové diagnostické kategorie jako nejefektivnější cestu k zvýšení senzitivity zdravotního systému k spirituálním tématům v terapii (Prevatt a Park 1989).

Tato nová kategorie byla oficiálně navržená Lukoffem, Lu a Turnerem (1992) proto, aby se zamezilo tendenci pracovníků zabývajících se duševními problémy ignorovat nebo podceňovat religiousní a spirituální otázky vynořující se při léčbě. V dřívějších pracích autoři zhodnotili tuto tendenci a dovodili, že religiousní a spirituální rozměr kultury je jedním z nejdůležitějších faktorů vytvářejících lidskou zkušenost, víru, hodnoty, chování a vzorce nemocí.

Lukoff a jeho tým kontaktoval experty z APA divize 36 – sekce náboženské psychologie proto, aby získal jejich podporu a důležitá data z výzkumů tohoto tématu jimi uskutečněných. Tým provedl rešerši PsychINFO, Medline a Religion Indexu.

Případy, kde cíl léčby souvisí s religiousními a spirituálními problémy, se hledají nesehnáno. Systematická analýza kazuistik zahrnujících religiousní a spirituální problémy v Medline bibliografické databázi 1980-96 nalezla pouze 364 abstraktů týkajících se religiousních a spirituálních otázek v léčebné praxi. A to z databáze obsahující 4306906 záznamů z této doby, což ukazuje jen šokující 0,08% výskyt publikací v největší medicínské databázi s touto problematikou. Opakovaným hledáním v PsyINFO a Medline bylo nalezeno přes 100 případů popisujících religiousní a spirituální problémy (Lukoff et al. 1992, Lukoff et al. 1993). Nelze tvrdit, že počet případů v databázi je reprezentativní vzhledem k prevalenci případů z klinické praxe. Snad jen lépe ilustrují typy problémů, o nichž profesionálové zabývající se mentálním zdravím referují. Zároveň je kvalita jednotlivých presentací velmi odlišná. Jen vzácně používají kontrol co do věrohodnosti a nebo validity (Yin 1993). Psát o práci psychoterapeuta je obtížné, snadno dochází k zjednodušování, udržet úroveň specifiky a abstrakce je těžké a náchylné ke zkreslení. Nicméně je důležité přinášet zkušenosti z konzultací do literatury a pokusit se sdělit nesdělitelné.

Na konferencích Asociace pro transpersonální psychologii v roce 1991 a 1992 Lukoff získal doplňující návrhy a důležité informace od odborníků pracujících s tímto okruhem problematiky.

Zatímco dosud existuje jen omezená psychologická teorie usnadňující pochopení spirituálních problémů, je k dispozici rozsáhlý souhrn znalostí, vzniklý na úrovni kazuistik. Kazdin (1982) pozoroval, že „ačkoliv je každý případ studován individuálně, je získaná informace použitelná pro identifikaci obecnějších souvislostí“, (s. 8). Bromley (1986) to srovnává s výstavbou kazuistik v právních předpisech, které poskytují pravidla, zevšeobecnění a kategorie, postupně skládá celkové poznání (skutečnosti a teorie), získané z intenzivního studia jednotlivých případů.

Četné práce shrnující mystické zkušenosti (Spilka, Hood, Gorsuch 1985, Allman et al. 1992) ukazují, že 30-40% populace mělo mystické zkušenosti, což naznačuje, že jsou spíše normálním než patologickým fenoménem. Zatímco mystické zkušenosti jsou spojeny s nižšími výskyty na psychopatologické škále a vyšším skórem dobrých pocitů než kontrolní skupiny, dokumentují kazuistiky případy, kde mystická zkušenost může být skličující a rozrušující. To je jeden z typů spirituálního problému, který psychologové vídají pravidelně. V přehledu udávali psychologové, že 4, 5% jejich klientů během posledních 12 měsíců vnášelo do terapie mystickou zkušenost (Allman et al. 1992).

V prosinci 1991 byl oficiálně podán návrh k Task force pro DSM-IV na novou kategorii Psychoreligiozní a psychospirituální problém. V lednu 1993 byl tento návrh akceptován, ale název nové kategorie byl změněn na Náboženský nebo spirituální problém.

Toto označení lze použít tehdy, když se středem klinického pozorování stane religiozní či spirituální problém. Příklady zahrnují rozrušující zkušenosti týkající se ztráty či zpochybnění víry, problémů spojených s přechodem k nové víře, nebo hledání jiných spirituálních hodnot, které nutně nemusí být spojeny s organizovanou církví nebo religiozními institucemi.

Kriteria pro identifikaci osob procházejících psychospirituální krizí byla definována Lukoffem (1993):

1. Epizody neobvyklých zkušeností, které zahrnují změny v percepční, emoční, kognitivní a psychosomatické oblasti, v nichž je výrazný transpersonální aspekt, jako je dramatická smrt a následky znovuzrození, mytologické a archetypální fenomény, vzpomínky na minulé reinkarnace, zkušenosti z oblastí mimo tělo, incidence synchronicity nebo mimosmyslového vnímání, intenzivní energetický fenomén (probuzení Kundalini), stavy mystické jednoty, identifikace s kosmickým vědomím.

2. Schopnost vidět tuto jednotku jako vnitřní psychologický proces a přistupovat k ní cestou zvnitřnění, možnost formovat přiměřené vztahy a zajímat se o spolupráci. Tato kritéria vylučují osoby s těžkými paranoidními stavy, perzekučními bludy a halucinacemi a osoby neustále používající mechanismy projekce, exteriorizace a acting out.

Schopnost přizpůsobit se novým oblastem zkušeností je součástí procesu psychospirituální krize a je v kontrastu k nepřizpůsobivosti, která charakterizuje hluboké psychotické stavy.

2. 3. Alternativní rezidenční péče

S použitím Perryho teoretického modelu byly navrženy dva rezidenční programy tak, aby umožnily a podpořily individua procházející akutní schizofrenní příhodou k plnému vyjádření svých vnitřních procesů. Použití supresivní psychotropní medikace bylo minimalizováno a výsledek zhodnocen. Tato dvě rezidenční léčebná centra Soteria a Diabasis, částečně založená na experimentálních zkušenostech z komparativní studie nazvané The Agnews Project, stavěla na předpokladu, že poprvé vzniklé psychotické epizody jsou často vývojového původu a kompenzatorní, takže vlastně hojivého charakteru, pokud je klientům umožněno jimi projít k dokončení. Medicinální model byl vyloučen ve prospěch více holistického nebo rezidenčního prostředí s výběrem personálu založeném na jeho schopnosti přijmout alternativní předpoklady chovat se ke klientům bez odsuzování a pátrání a méně důrazem na profesionální způsobilosti (Perry, 1974).

Agnews Projekt srovnával používání psychotropní medikace s placebem a nalezl

signifikantně vyšší redukci symptomatologie u nemocných léčených při hospitalizaci chlorpromazinem. Jenže během sledování byla vážnost choroby významně nižší u nemocných používajících placebo, kteří zůstali bez medikace i po hospitalizaci. Jen 8% skupiny nemocných s placebem bylo znovu hospitalizováno po 36 měsíčním období, na rozdíl od 47% u skupiny, která medikována byla. Pro skupinu bez medikace ukazovaly výsledky méně patologie při sledování, lepší obecné fungování v komunitě a dlouhodobější vyšší zlepšení než u medikované (chlorpromazin) skupiny (Rappaport et al. 1978).

Obdobné výsledky byly publikovány závěrem Perryho projektu Diabasis: 57% nebylo znovu hospitalizováno, 57% nedostávalo medikaci, 40% bylo zaměstnáno a 43% žilo samo (Perry 1976). Tyto výsledky jsou na základě pozorování 75 klientů, z nichž 50 bylo dostupných pro vyplnění dotazníku pro follow-up. Naneštěstí neexistovala kontrolní skupina ke srovnání. Zapsané poznámky zahrnovaly věty jako „zachránilo mi to život“, „více pečující a zaujatý“, „nesnažili se mne umlátit hodnotami“, „smysluplné místo, kde se dá skutečně růst“, „v Diabázi jsem měl pocit, že se mnou není nic špatného, jen něco potřebuji a nejsem blázen“, „péče, které se mi dostala, byla dána vztahem starostlivosti a lásky spíš než aby „mne dostala do normálu“ (Perry 1976).

Soteria, jiný alternativní přístup k schizofrenii, podobný Diabázi, došla k podobným závěrům. Srovnání studie s více než dvouletým sledováním na 30 experimentálních subjektech a kontrolní skupinou (n=33) zjistilo, že experimentální skupina měla méně kontaktu s jakoukoliv formou zdravotního systému, zabývajících se mentálním zdravím, z toho 41% neměla kontakt žádný. Zatímco 43 % kontrolních osob byla držena na pokračující terapii psychotropními léky i po propuštění, z experimentální skupiny potřebovalo soustavnou medikaci jen 57% experimentálních subjektů, kteří nikdy medikaci nedostali. Ze sociálního hlediska vykazovala experimentální skupina signifikantně vyšší zaměstnanost a tendenci k přátelství a přizpůsobivým požadavkům k životu. Obě skupiny ukazovaly srovnatelné snížení psychopatologie.

3. PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE

V rámci této kapitoly budeme sledovat pokusy o přesné stanovení kritérií psychospirituální krize a jejich zařazení do diagnostických kategorií, stejně jako citlivost celé problematiky, která může být nevhodně řazena do jiných diagnostických kategorií. Dále se budeme zabývat spouštěcími mechanismy a jednotlivými druhy psychospirituální krize.

3. 1. Diagnostika psychospirituální krize

Psychospirituální krize je relativně novou kategorií v oblasti psychologické diagnostiky. Jde o epizody neobvyklých zkušeností, které zahrnují změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí. V těchto epizodách je patrný přesah obvyklých hranic definice a prožívání vlastního Já, tj. posun k transpersonálním či psychospirituálním zážitkům. Vynořování těchto neobvyklých zkušeností se může proměnit v potíže, které pak popisujeme termínem psychospirituální krize.

Tato nová kategorie, psychospirituální krize, nabízí rozšíření stávající perspektivy pohledu na fenomény neobvyklých zážitků, kdy existuje možnost mít nenormální zážitky nebo i chovat se nenormálně a být při tom "normální" a nebýt stigmatizován jako duševně nemocný.

Je důležité zdůraznit, že ne každý zážitek neobvyklých stavů vědomí a intenzivních percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických změn spadá do kategorie psychospirituální krize. Pojem psychospirituální krize není zaměřen proti tradiční psychiatrii, nýbrž poskytuje alternativní přístup k jednotlivcům, pro které je tato nepatologická kategorie vhodná, a kdy toto rozlišení může mít významný pozitivní vliv na jejich zdraví a osobní rozvoj.

Prvým diagnostickým úkolem je vyloučit jakékoli zdravotní potíže, které lze dostupnými klinickými a laboratorními technikami zjistit a které mohou způsobovat dané percepční,

emoční a jiné projevy - jedná se kupříkladu o encefalitidu, meningitidu a jiné infekční nemoci, mozkovou arteriosklerózu, temporální nádor, urémii a jiné nemoci, které mohou mít vliv na stav vědomí. Psychologické symptomy těchto organických psychóz jsou snadno rozeznatelné od funkčních psychóz pomocí psychiatrického vyšetření a psychologických testů.

Pokud patřičná vyšetření a testy vyloučí možnost, že daný problém je organického původu, je nutno zjistit, zda klient spadá do kategorie duchovní krize, tedy, jinými slovy, je nutno odlišit tento stav od funkční psychózy. Pro rozlišení mezi duchovní krizí a mezi psychózou nebo mentální poruchou neexistuje způsob stanovení absolutně jasných kritérií, protože tyto termíny postrádají objektivní vědecké platnosti. Nelze si splést kategorie tohoto druhu s tak přesně definovanými nemocemi, jako je diabetes mellitus nebo zhoubná forma anémie. Funkční psychózy nejsou z lékařského hlediska nemocemi a v případě diferenciální diagnózy nelze uplatnit tak přesná hlediska, jako je tomu v klinickém lékařství (Grof 2004).

TABULKA 1: ROZDÍLY MEZI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI A DUCHOVNÍM PROBOUZENÍM včetně PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE

PSYCHICKÉ PORUCHY	PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE
	DUCHOVNÍ PROBOUZENÍ / psychospirituální zkušenost
Charakteristické rysy procesu, který vyžaduje lékařskou pomoc při řešení problému.	Charakteristické rysy procesu, při kterém může pomoci strategie pro duchovní probouzení.
Lékařská kritéria:	
Klinické vyšetření a laboratorní testy prokazují fyzickou chorobu, která způsobuje psychologické změny.	Negativní výsledky klinického vyšetření a laboratorních testů na fyzickou chorobu.
Klinické vyšetření a laboratorní testy prokazují mozkový proces, jenž způsobuje psychologické změny (neurologické reflexy, mozkomíšní mok, rentgen, atd.).	Negativní výsledky klinického vyšetření a laboratorních testů na patologický proces postihující mozek.
Specifické psychologické testy prokazují organické poškození mozku.	Negativní výsledky psychologických testů na organické poškození.

Nedostatky v intelektu a paměti, zamlžené vědomí, problémy se základní orientací (jméno, čas, místo), špatná koordinace.	Intelekt a paměť se kvalitativně změnily, avšak zůstaly neporušeny, vědomí obvykle jasné, dobrá základní orientace, žádné vážné nedostatky v koordinaci.
Zmatení, dezorganizace a defektní funkce intelektu znesnadňují komunikaci a spolupráci.	Schopnost komunikace i spolupráce (příležitostně se mohou vyskytnout problémy při hlubokém prožívání vnitřního procesu).
Psychologická kritéria:	
Osobní anamnéza vykazuje vážné potíže v mezilidských vztazích již od dětství, neschopnost navázat přátelství a důvěrný sexuální vztah, špatná sociální adaptabilita, obvykle dlouhá historie psychiatrických problémů.	Adekvátní fungování před krizí, prokázané mezilidskými dovednostmi, jistým úspěchem ve škole a povolání, síť přátel a schopnost navázat sexuální vztah, žádná vážná psychiatrická anamnéza.
Neuspořádaný a špatně definovaný obsah procesu, nekvalifikované změny emocí a chování, nespecifická dezorganizace psychologických funkcí, nedostatek smysluplnosti, žádný náznak směru vývoje, pozbývání asociací, nekoherentnost.	Sledy biografických vzpomínek, témata zrození a smrti, transpersonální zážitky, možné vhledy do ozdravné nebo duchovní podstaty procesu, změna a vývoj témat, často definovatelný pokrok, případy skutečné synchronicity (evidentní i druhým).
Autistická odtažitost, agresivita nebo kontrolující a manipulativní chování znesnadňuje dobré fungování vztahu a znemožňuje spolupráci.	Schopnost navazovat vztahy a spolupracovat, často i v průběhu epizod dramatických prožitků, které přicházejí spontánně nebo během psychoterapeutické práce.
Neschopnost vidět proces jako intrapsychickou záležitost, zmatek mezi vnitřními prožitky a vnějším světem, nadměrná projekce a obviňování, „vyvádění“.	Vědomí intrapsychické podstaty procesu, uspokojuvající schopnost rozlišovat mezi vnitřním a vnějším světem, „zvládnutí“ procesu, schopnost udržet ho ve vnitřním světě.
Zásadní nedůvěra, vidění světa a všech lidí jako nepřátel, bludy o pronásledování, akustické halucinace o nepřátelích („hlasy“) s velmi nepříjemným obsahem.	Dostatečná důvěra k přijetí pomoci a spolupráci; žádné bludy o pronásledování a „hlasech“.
Porušení základních pravidel terapie („neubližovat sobě ani druhému člověku, neničit majetek a zařízení“), destruktivní a sebedestruktivní (sebevražedné nebo sebepoškozující) impulzy a tendence jednat podle nich bez varování.	Schopnost ctít základní pravidla terapie, žádné destruktivní nebo sebedestruktivní nápady a tendence, nebo schopnost o nich hovořit a přijmout ochranná opatření.
Chování ohrožující zdraví a způsobující vážné obavy (odmítání jídla nebo pití po delší dobu, zanedbávání základních hygienických pravidel).	Dobrá spolupráce v záležitostech spojených s fyzickým zdravím, dodržování základních pravidel hygieny.

Rozhodnout v jednotlivých případech, zda se jedná o duchovní krizi, znamená v praxi stanovit, zda by klientovi pomohla strategie, která bude diskutována níže, nebo je-li ho třeba léčit tradičním způsobem. Kritéria pro taková rozhodnutí jsou uvedena v druhé polovině tabulky 1. Obsahem typické duchovní krize je kombinace transpersonálních, perinatálních a biografických prožitků. Je dostatečně koherentní a pravděpodobně se vyvíjí okolo jednoho z témat popsaných v kapitole formy psychospirituální krize nebo jich v sobě zahrnuje více.

Mezi příznivé znaky patří dobrá schopnost psychologické, sexuální a sociální přizpůsobivosti předcházející epizodě, schopnost uvědomit si, že proces může vycházet z klientovy vlastní psyché a ochoty dodržovat základní předpoklady léčby.

Naopak celoživotní vážné psychologické problémy a nedostatečnou sexuální a sociální přizpůsobivost lze obecně považovat za varovný signál. □ Podobně, zmatený a chabě uspořádaný obsah prožitků, přítomnost Bleulerových primárních symptomů schizofrenie, silná účast manických prvků, systematické užívání projekce a přítomnost pronásledujících hlasů a bludů jsou indikací pro upřednostnění tradičních léčebných postupů. Dalšími negativními faktory jsou silné destruktivní a sebedestruktivní tendence a porušování základních léčebných pravidel.

Podle Lukoffa (1985) u *psychospirituálních zkušeností (mimořádných stavů vědomí) platí tyto možnosti:*

- a) všichni lidé jsou za určitých okolností s to prožít podobné stavy;
- b) pro někoho je tato možnost spouštěna zvláštními okolnostmi - viz níže;
- c) pro někoho se tato možnost zkušenosti objeví spontánně.

Kriteria spirituálních problémů

Tato kritéria pro identifikaci osob se spirituálními problémy byla definována Lukoffem (1985) jako fenomény spojené s psychospirituální krizí:

Tato kritéria zahrnují:

1. Pocit nově získané vědomosti.

2. Percepční změny.
3. Neobvyklé vizuální, sluchové nebo čichové či kinestetické pocity s tématy spojenými s mytologií.
4. Žádná konceptuální dezorganizace (metaforické řeči může být obtížné porozumět, ale je srozumitelná a neměla by být považována za konceptuálně dezorganizovanou).

Jsou-li dvě z následujících kritérií splněna, bude mít epizoda pozitivní vyústění:

1. Dobré fungování před epizodou, jak vyplývá z nepřítomnosti předchozích psychotických epizod, uchování sociální sítě přátel, intimním vztahem se členy druhého pohlaví (nebo stejného u homosexuálně orientovaných), nějaký úspěch ve škole či povolání.
2. Akutní nástup symptomů během období 3 měsíců či méně.
3. Spouštěči stresorů k epizodě mohou být velké životní události jako smrt v rodině, rozvod, ztráta místa, finanční problémy, počátek nového akademického programu či zaměstnání. Velké životní přechody, které ústí do krizí identity jako přechod z adolescence do dospělosti musí být rovněž brány v úvahu.
4. Pozitivní explorativní postoj ke zkušenosti jako ke smysluplné, objasňující, růst podporující. Výzkum ukázal, že pozitivní přístup k tomuto procesu zlepšuje integraci zkušenosti do osobního života po události (Lukoff 1985).

Následující tabulka vytvořená Lukoffem ilustruje podstatné rysy psychospirituální krize v protikladu krátké psychotické poruchy (DSM-IV) a schizofrenie, se kterými bývá nejčastěji zaměňována.

TABULKA 2 – SROVNÁNÍ PŘÍZNAKŮ PSYCHÓZY A PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE (Lukoff 1992)

Akutní a přechodné psychotické poruchy viz ICD-10 Krátká psychotická porucha viz DSM-IV	Schizofrenie	Psychospirituální krize
Psychotické symptomy se objevují ihned po působení rozpoznatelného psychosociálního stresoru.	Psychotické příznaky se objevují buď náhle (nebo častěji) po nespecifických prodromálních potížích, které mohou trvat týdny až měsíce. Již při nastoupení potíží může být snížena úroveň sociálního fungování.	Fenomény obvykle následují po působení rozpoznatelného psycho-sociálního stresoru; bezproblémové fungování před epizodou.
Emoční zmatek a jeden z následujících příznaků: inkoherece nebo rozvolnění asociací, bludy, halucinace, hrubě dezorganizované nebo katatonní chování.	Symptomatika schizofrenie se skládá z pozitivních a negativních příznaků. Pozitivní příznaky: halucinace, bludy nebo katatonie. Negativní příznaky: oploštění emotivity, snížení výpravnosti řeči a myšlení, apatie a útlum vůle, sociální stažení.	Všechny následující příznaky: Extatická nálada, pocit nově získaných znalostí, změny vnímání, bludy se tematicky týkají mytologie, nenarušené konceptuální myšlení, pozitivní explorativní zájem o probíhající zkušenost a význam, schopnost vytvořit adekvátní terapeutický vztah.
Symptomy trvají více než	Déle než 4 týdny, většinou	Symptomy trvají od několika

několik hodin, avšak méně než 4 týdny.	jde o onemocnění chronické.	minut po několik měsíců, akutní náběh symptomů během 3. měsíců nebo méně.
Konečný návrat k premorbidní úrovni fungování.	Po léčbě může dojít k premorbidní úrovni fungování, často však onemocnění zanechává defekt ve smyslu přetrvávajících negativních příznaků.	Fungování je po ukončení nejintenzivnějšího období zlepšeno.
Působení psycho-sociálního stresoru nepředchází zvýšená psychopatologie.	Působení psycho-sociálního stresoru často předchází zvýšená psychopatologie.	Působení psycho-sociálního stresoru nepředchází zvýšená psychopatologie.
Porucha není následkem jiné duševní poruchy nebo jiného organického poškození.	V etiologii se předpokládá mírné neurovývojové postižení, genetická zátěž, infekce matky nebo jiné komplikace v těhotenství a další vývojové abnormality.	Porucha není následkem jiné duševní poruchy nebo jiného organického poškození.

Je nesmírně důležité a zároveň obtížné správně rozpoznat spirituální krizi od psychopatologických stavů. Psychospirituální krize není psychopatologickým onemocněním, i když lidé trpící psychopatií mohou mít spirituální zážitky.

Možnosti popisu toho, co prožívají lidé procházející duchovní krizí, které poskytuje diagnostický manuál používaný v České republice - ICD 10, jsou nedostačující. Zahrnují schizofrenické, psychotické, manio-depresivní a paranoidní reakce. Pečlivá analýza projevů významnějších typů duchovní krize ukazuje, že do žádné z těchto oficiálních kategorií nespádají (Grof 2004).

To je jedním z důvodů, proč je důležité věnovat této problematice pozornost a odborně ji diskutovat.

Psychospirituální krize a DSM-IV

Soudím, že situace je oprávněně kritizována, a to nejen ze strany transpersonálně orientovaných terapeutů a výzkumníků. Jedním z nejotevřenějších a nejostřejších kritiků současných diagnostických praktik týkajících se mystických stavů a duchovní krize je David Lukoff, profesor psychologie na Kalifornské univerzitě v Los Angeles. Vyzdvihl potřebu jasně odlišit mystické stavy od psychotických reakcí. Domnívá se, že v psychiatrii by měly existovat dvě kategorie pro případy, v nichž dochází k překrývání mystického a psychotického: kategorii mystických stavů s psychotickými rysy a kategorii psychotických stavů s rysy mystickými.

Jak již bylo zmíněno výše, díky úsilí Davida Lukoffa a dalších odborníků byla v USA v aktuálním diagnostickém manuálu DSM-IV zavedena nepatologická kategorie: Duchovní a náboženský problém zahrnující kategorii psychospirituálních krizí.

V prosinci 1991 byl návrh zahrnout psychospirituální a psychoreligiosní problematiku do DSM-IV předán Task force. Návrh zdůrazňoval potřebu této nové diagnostické jednotky ke zlepšení kulturní citlivosti DSM-IV, což bylo jednou z priorit pro vznik revize (Frances, First, Widiger, Miele, Tilly, David, Pincus, 1991) a zároveň zdůrazňovalo přínosy zahrnutí této nové kategorie do klasifikace: 1. Zvýšení přesnosti diagnostického posouzení při výskytu religiosní a spirituální problematiky, 2. omezení iatrogenního poškození při nesprávné diagnostice religiosních a spirituálních zkušeností, 3. zlepšení léčby těchto problémů podporováním klinického výzkumu a 4. zlepšení léčení těchto stavů podporou výcvikových center, aby se ve svých programech zabývaly religiosními a spirituálními otázkami.

Do čtvrtého vydání Diagnostického a Statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV) byla tato nová diagnostická kategorie týkající se religiosních a spirituálních problémů zařazena do podkapitoly Jiné stavy, které mohou být v centru klinické pozornosti – V62. 89 - Náboženský nebo spirituální problém.

Spolu s několika dalšími změnami přispívá tato kategorie významně k vyšší kulturní citlivosti zavzaté do DSM-IV.

Potřeba této nové diagnostické kategorie zahrnující spirituální a religiosní problémy byla chápána jak v psychiatrické, tak v transpersonálně orientované psychologické literatuře,

týkající se iatrogenního poškození kvůli misinterpretaci religiošních a spirituálních podnětů (Lukoff 1985).

Nová kategorie může napomoci vytvoření nového vztahu mezi psychiatrií a oblastmi víry a spirituality, které budou přínosem jak pro pracovníky zabývající se duševním zdravím, tak pro ty, kteří jejich pomoc potřebují (GAP 1998).

System multiaxiálního posouzení označuje spirituální problémy jako situaci, která není řazená k mentálnímu poškození, které je sledováno nebo léčeno. Spirituální problémy patří k rovině I, ke klinickým syndromům. Stanovujeme-li mnohočetnou diagnózu pro rovinu I, základní diagnóza je na prvním místě. Spirituální problémy tak mohou být první nebo následovat po klinických syndromech v závislosti na rozhodnutí diagnostika.

Diagnóza v rámci roviny „jiné stavy, které mohou být v centru klinické pozornosti“ je příležitostí pro osoby v psychospirituální krizi, aby jim byla poskytnuta profesionální péče a nebyli stigmatizováni jako mentálně nemocní. Tato diagnóza umožní osobám se spirituálními problémy, aby byli léčeni způsobem nejpřijatelnějším pro jejich jedinečný problém, aby se předešlo chybám v medikaci a hospitalizaci osob při záměně psychospirituální krize a patologie. Uleví rovněž kněžím a spirituálním vůdcům od nesení výlučné odpovědnosti za osoby se spirituálními problémy. Je to vhodné, protože kněží, spirituální vůdci a pastorální poradci obvykle nemívají patřičné školení, aby pomáhali se skličujícími emocionálními a fyzickými symptomy, často spirituální problémy doprovázejícími. Možnost diagnostických komplikací roste, když mají lidé s klinickými syndromy rovněž spirituální problémy. Mají být v těchto případech klinické syndromy primárně na rovině I nebo ne? Umístění spirituálních a religiošních problémů jako primární fokus léčby bude mít pravděpodobně dramatický dopad na plán léčby.

O jak velký posun v možnostech diagnostiky a léčby psychospirituální krize se jedná, lze posoudit srovnáním výše uvedených možností DSM-IV a DSM-III-R.

Psychospirituální krize a DSM III-R

Podle manuálu mentálních poruch Americké psychologické asociace (APA) DSM-III-R

(1987) zahrnují psychotické symptomy následující:

1. bludy
2. halucinace
3. inkoherece nebo rozvolnění asociací
4. výrazně nelogické uvažování
5. chování významně dezorganizované nebo katathonní

Jak je zřejmé, tato kritéria neodlišovala bludy a halucinace psychotiků od vizí a psi fenoménů spirituálních zkušeností. Nerozlišovala „slovní salát“ charakteristický pro psychotiky od zamotané řeči někoho, kdo se snaží o vyjádření noetické kvality spirituální zkušenosti. Nerozlišovala katathonii psychotiků od potřeby samoty a ticha osob v psychospirituální krizi. Nerozlišovala dezorganizované chování od bizardního chování zkušenosti kundalini. DSM – III tyto rozdíly neosvětlila. Kterýkoliv z 6 základních vzorců psychospirituální krize popsanych Grofem může být zaměněn se symptomy psychopatologie, jak ukazuje následující tabulka podle Bragdon (Bragdon 2006):

TABULKA 3: SROVNÁNÍ PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE A OBDOBNÝCH KRITERIÍ DSM-III-R (Bragdon 2006)

FORMA PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE	PODOBNÁ KRITERIA PRO DUŠEVNÍ CHOROBU –DSM –III R
1. Probuzení kundalini, proudící energie, třesy, pocity horka/chladu, křeče a silné chvění, nepotlačitelný smích či pláč, neobvyklé vzorce dýchání a/nebo vize světla.	Autonomní hyperaktivita spojená s generalizovanou úzkostnou poruchou. Hyperaktivita spojená s manickým syndromem. Poškození fyzických funkcí - konverzní porucha.
2. Šamanské cesty: Sny/vize/pocity evokující speciální spojení se zvířaty a přírodou. Hluboké psychické zkušenosti - smrt a znovuzrození.	Opakované myšlenky na smrt. Ztráta zájmu nebo potěšení z běžných aktivit spojené s depresí. Somatické, velikášské, náboženské, nihilistické nebo jiné bludy bez žárlivosti či

	perzekučního obsahu spojené s psychotickou poruchou.
3. Psychologická obměna aktivací centrálního archetypu. Zaobírání se smrtí, znovuzrozením a-nebo návratem k počátkům života. Soustředění na boj protikladů a dramatické vyústění tohoto boje.	Bizardní bludy. Halucinace spojené s psychotickými poruchami. Opakované myšlenky na smrt spojené s depresí.
4. Psychické otevření. Zkušenosti mimosmyslového vnímání zahrnující mimotělní zkušenost.	Bludy, halucinace spojené s psychickou poruchou.
5. Karmické vzorce: zkušenost dramatických sledů, které se zdají v jiné časoprostorové dimenzi.	Bludy, halucinace spojené s psychickou poruchou.
6. Stavy posedlosti chování, energetické nebo emocionální výrazy mohou nedobrovolně mít charakter a/nebo zvyky jiné entity. Somatické důsledky mohou zahrnovat nemoc, závislost nebo těžké mentální stavy.	Bludy, halucinace, spojené s psychotickou poruchou. Symptomy bez možnosti ovlivnění vědomím. Ztráta nebo poškození psychických funkcí spojených s konverzní poruchou. Chování, které je výrazně dezorganizováno spojené s psychózou. Hyperaktivita spojená s mánií.

Je nutno zdůraznit, že může být neobyčejně obtížné rozlišit mezi psychospirituální krizí a psychopatologií u osob, které jsou velmi disociativní. Ti na straně disociativního kontinua často zažívají neobvyklé tělesné pocity, dramatické posuny energie, neobyčejně živé sny nebo vize, paranormální schopnosti, posuny identity a jemné nebo zřetelné posuny v časoprostorové orientaci. Přesné posouzení těchto klientů vyžaduje klinickou zkušenost stejně jako otevřenost pro možnost, že tyto fenomény mohou být známkou psychospirituální krize spíše než psychopatologie.

Obtíže v jejich rozlišování umocňuje i to, že vize a smyslové prožitky mohou být identické jak u psychózy, tak u psychospirituální krize. Takže jejich rozlišení musí být založeno na jiných kriteriích, umožňujících klinikovi učinit jemnější diferenciaci.

3. 2. Spouštěcí mechanismy psychospirituální krize

Je možné vysledovat, že spirituální zážitky a psychospirituální emergence nastávají většinou v určitém čase a za určitých okolností. Tyto okolnosti mohou být průnikem vnitřních a vnějších faktorů, které označujeme jako spouštěcí mechanismy.

Charakter spouštěče ovšem nemusí mít s podobou krize nic společného. Přítomnost rozlišitelných spouštěcích mechanismů tedy není podmínkou diagnózy psychospirituální krize.

Co přesně spustí nebo zapříčiní psychospirituální krizi? Je důležité zdůraznit, že zdroje fenoménů, jenž můžeme rozlišit jako mystickou nebo psychospirituální zkušenost, jsou odlišné od spouštěcích mechanismů, které bezprostředně předchází epizodě a zahrnují predisponující činitele, specifika životní situace, personální orientaci, rodinná témata, sociální a psychologickou anamnézu (Spilka, Hood, Gorsuch 1985).

Výraz spouštěcí mechanismus pochází z práce Laski (1961) a je charakterizován názorem, který nepředpokládá žádné vnější „příčiny“ mysticismu. Spíše uvádí určité podmínky, které umožňují tuto zkušenost, ale ve skutečnosti ji sami o sobě nevyvolávají.

Z toho plyne, že studovat příčinné souvislosti těchto epizod je komplexní úkol zatížený experimentálními a filozoficko-paradigmatickými komplikacemi. Psychologické rysy osobnosti, systém víry a psychodynamika představují část vnitřních faktorů, zatímco rodinné, sociální a kulturní faktory představují vlivy vnější. Možnost, že jsou zdroje a potenciál tzv. mystické či psychospirituální zkušenosti inherentní součástí dynamiky lidské psyché, je však již otázkou filozoficko-paradigmatickou.

Psychologie se zde dotýká (a často důvodně obává) obtížných témat v podobě

následujících spíše metafyzických premis:

- Psychologické a spirituální dimenze lidské zkušenosti a rozvoje jsou esenciálně stejné s tím, že primární je dimenze psychologická.
- Psychologické a spirituální dimenze lidské zkušenosti a rozvoje jsou esenciálně stejné s tím, že primární je dimenze spirituální.
- Psychologické a spirituální dimenze lidské zkušenosti a rozvoje jsou rozdílné, avšak v čase jejich vzájemného překrytí je primární psychologická dimenze.
- Psychologické a spirituální dimenze lidské zkušenosti a rozvoje jsou rozdílné, avšak v čase jejich vzájemného překrytí je primární spirituální dimenze.
- Psychologické a spirituální dimenze lidské zkušenosti a rozvoje jsou rozdílné, žádná z nich není primární (a není redukovatelná jedna na druhou).

(Sperry a Shafranske, 2005)

Toto jsou základní otázky při výzkumu dané problematiky a každý odborník je v pokušení o jedné z možností říci „toto je pravda“, ale která pozice skutečně reflektuje realitu a jestli je takováto „reflexe reality“ vůbec možná, je v zásadě metafyzické a paradigmaticky závislé téma. Každopádně na tyto ontologické otázky neumí současná věda nijak odpovědět a je důležité si uvědomit, že jsou (a zřejmě i zůstanou) otázkou víry a osobní zkušenosti. Tato skutečnost by však neměla psychologům bránit ve fenomenologickém i experimentálním zkoumání spirituality.

Bezpochyby však byla a je potřeba spirituálního vyjádření kulturním fenoménem první třídy a je dnes již z odborného hlediska naprosto neadekvátní vidět spiritualitu jako psychologickou marginálii redukovatelnou na mechanismy represe libida či kolektivní neurózu (Freud, 1913).

Psychologie se však stále potýká s důsledky ignorance této dimenze lidského prožívání ze strany klasických vědních disciplín, a aby naše „mladá věda“ sama sebe nediskreditovala nejistou výpravou do obtížně uchopitelných oblastí, raději se jim v minulosti spíše vyhýbala.

V aktuálním odborném dění je však již stále více přítomno jak vědomí přímého vztahu, tak i diferenciací mezi oblastmi „náboženství“ a „spirituality“ a psychologové nacházejí adekvátnější nástroje pro jejich průzkum (Sperry a Mansager, 2003; Sperry a Shafranske, 2005).

Pozornost v kontextu spirituality se tedy v současnosti v naší kultuře více posouvá od toho „co je nad námi“ k tomu „co je uvnitř nás“ (Gallup a Jones, 2000). V těchto souvislostech lze vnímat i potřebu důkladnější psychologické klasifikace a rozlišování v oblasti náboženské či spirituální zkušenosti i rozvoj samotné diagnostické subkategorie psychospirituální krize.

Někteří z výzkumníků pomíjejí ve svých pracích provázanost svých filozofických anticipací a pozorované vnitřní a vnější dynamiky procesu a soustředí se pouze na možné spouštěče těchto událostí.

Grofovi (1993) podobně jako Bragdonová (1990) těží z rozsáhlého materiálu kazuistik a klinicko-experimentálních poznatků. Jako spouštěče epizod psychospirituálních krizí mj. uvádějí fyzické a emocionální stresory, intenzivní sexuální zkušenosti, porod, spirituální praxi (meditace apod.), drogové zkušenosti, stejně jako náročné životní období a náhlý lapsus dosavadní struktury života. Zejména práce Bragdonové se do hloubky zabývá spouštěči a životními faktory vedoucími k jednotlivým epizodám.

Hoodová (1986) potvrdila část těchto spouštěčů v populaci vybrané specificky podle kritérií psychospirituálních krizí daných Grofovými. Z deseti sledovaných subjektů všichni zažili stresory nebo katalyzující události se 4 zkušenostmi blízkosti smrti, 4 po hluboké meditaci, jedno po narození dítěte, a jedna po užití psychedelik. Zjistila, že akumulace 3 až 14 spouštěcích faktorů nahromaděných v časovém úseku od jednoho do devíti let vysoce predisponuje takové pacienty k propuknutí psychospirituální krize.

Faktory, které můžeme vnímat jako spouštěče:

- spontánní objevení příznaků z vnitřních zdrojů
- ohrožení života (tj. závažná nemoc, nehody, operace)
- extrémní fyzická zátěž, spánková deprivace
- perinatální události (tj. porod, spontánní potrat, interrupce)
- silné sexuální zážitky
- silné emoční prožitky, např. ztráta blízké osoby, traumatizace
- série životních nezdarů
- intenzivní meditační praxe nebo jiné duchovní praktiky, systematické provádění

praktik, jejichž cílem je aktivovat spirituální energie

- takové užití psychedelických látek, které nerespektuje dobrý "set a setting", tedy soubor faktorů, zahrnujících přiměřenou přípravu a očekávání na straně jedince a přípravu bezpečného prostředí. Měli bychom mít na paměti, že set a setting jsou podstatnou součástí každé situace vstupu do mimořádného stavu vědomí a že jakýmkoli odchylkami mohou být vyvolány důsledky, které nelze konzistentně předpovídat
- náhlá ztráta obvyklé struktury a nemožnost nahradit ji něčím jiným. Tam, kde pevná struktura života, pravidel, je ochranou před vpádem chaosu
- kombinace kterýchkoli z těchto faktorů.

3. 2. 1. Některé vybrané spouštěcí mechanismy

Zastavme se alespoň u některých z těchto spouštěcích mechanismů podrobněji s použitím terminologie Bragdon (2006):

1. Období/čas

Spirituální zážitky a emergence může v podstatě nastat kdykoli a kdekoli.

Nejčastěji to ovšem bývá ve „středním věku“, zvláště u lidí, kteří dosáhli určité míry stability a snad lze říci i prosperity. Většinou žijí ve stabilním partnerství, mají děti, jsou finančně zabezpečeni. Z psychologického hlediska dosáhli určitého stupně vývoje ega. Mají vědomí self, definice self je relativně dobře zakotvena. V tomto období se často objevuje pocit vnitřní prázdnoty v návaznosti na někdy neformulované, přesto však působící zásadní existenciální otázky (kdo jsem, kam směřuji, co je svět a jaký je smysl mého života apod.). Touží po něčem „víc“, ale neví po čem. Rozhodně však vědí, že to „víc“ není nic materiálního.

2. Temná noc duše

Tato tematika je spojená především s lidmi aktivně praktikujícími nějakou duchovní cestu a je popsána především v náboženských a mystických spisech. Jako temná noc duše neboli mystická smrt bývá označována druhá očištná perioda mystické cesty. Říká se, že během tohoto procesu je očišťováno samotné centrum mystikovy osobnosti. Musí

se zbavit vůle, musí být zničeny poslední známky na ego vázaného sebe-vědomí. Musí s konečnou platností pochopit vlastní bezmocnost a plně se podvolit vyššímu transcendentnímu principu. Cílem tohoto stadia jsou odevzdanost, oddanost a dokonalá pokora celé bytosti (Underhill 2004).

Svědectví o síle tohoto procesu podává například Jan od Kříže nebo Terezie od Ježíše.

Temná noc ducha přichází bez toho, aby si ji člověk zvolil. Radostná fáze osvětlení mystické cesty je vystřídána periodou vyprahlosti a zdánlivé stagnace. Mystik se ocitá v depresi, poznává prázdnotu někdejší extáze. Cítí se být osamocený, opuštěný a zavržený Bohem. Mystik se odcizuje svému okolí, svým blízkým i sám sobě. Dostavuje se pocit vyčerpání, ochablost, otupělost (Benda 2000).

Mystik nevládne nad svými myšlenkami. Do jeho vědomí se vtírají stínové, trapné, nedůstojné a vytěšňované obsahy, zlé a nízké pudy.

Dle tradičních popisů ve fázi temné noci ducha činní mystik v duchovním životě největší pokroky. Zkušenost temné noci ducha relativizuje pojem osobní identity. Mystik vystupuje sám ze sebe, přestává lpět na svém já a přestává se identifikovat s tužbami a averzemi, které měl.

3. Spirituální praxe

Intenzivní praktikování modlitby, meditace nebo oddání se jak ve východních, tak západních spirituálních praktikách může katalyzovat spirituální emergenci. Výhodou praktikování spirituální cesty, ať již v komunitě nebo s učitelem je jednak, že spirituální učitel případně může poskytnout podporu a vedení, pokud se symptomy spirituální emergence objeví během intenzivní meditace nebo modlitby a rovněž, že sama spirituální cesta dává dobrý rámec pro daný typ prožitků, ve kterém lze prožívanému porozumět a integrovat je.

Chování spirituálních učitelů, průvodců, duchovních a dalších členů komunity má mimořádný vliv na to, jak žák zvládne objevující se mimořádné zážitky. Nicméně se duchovní učitelé, guruové a kněží liší ve své schopnosti zacházet s psychospirituální krizí. Někteří se dobře orientují v této problematice, jiní mají málo znalostí a schopností pomoci v takovémto stavu.

Stejně tak různé komunity mají různé možnosti pomoci člověku v psychospirituální krizi. Některé komunity orientované na spiritualitu či rozvoj osobnosti v Americe mají vlastní způsoby pomoci svým členům jako např. Naropa Institut v Boulderu, jiné

většinou vyhledávají pomoc psychologů, psychiatrů a lékařů.

4. Operace, úrazy, traumatizace

Lidé, kteří podstoupili náročné druhy operací spojené s anestezií, někdy mají zkušenosti podobající se zážitkům blízké smrti. Anestezie s užitím kataminu se může stát výrazným amplifikátorem mimořádných zkušeností ve změněném stavu vědomí. Někdy můžeme být svědky, že vedlejším efektem anestezie respektive jí indukovaného prožitku změněného stavu vědomí je, že si pacient začne klást otázky týkající se smrti, zachování vědomí po smrti a smyslu života.

5. Intenzivní sexuální zážitek

Intenzivní blízkost a pocit splynutí s jiným člověkem se může rovněž stát silným katalyzátorem vnitřních procesů. Existují spirituální cesty zahrnující práci se sexualitou jako například některé formy hinduistických tantrických nauk, které mají za cíl transcendovat sexualitu a vědomě využít její archetypální rozměr splynutí polarit, kde se mužská a ženská energie vzájemně stimulují k zážitku extatické jednoty s transcendentním rozměrem života.

Avšak i lidé nepraktikující tyto tantrické přístupy se mohou dotknout nečekané hloubky svého prožitku, ze kterého se může rozvinout proces vnitřního rozvoje s charakteristikou psychospirituální krize. Člověk může mít během sexuálního zážitku pocit rozšířeného vědomí, kdy někteří lidé popisují zážitky vzhledu a intenzivního vcítění do partnerovi mysli a emocí, případně, pocit splynutí s archetypální božskou formou mužství či ženství a zážitek posvátnosti.

6. Těhotenství, porod, přerušení těhotenství

Těhotenství a zejména porod jsou velmi intenzivní fyziologické i duševní procesy, s potenciálem vstupu do mimořádných stavů vědomí. Významnou roli hrají hormonální změny během těhotenství, porodu a během laktace i změny spánkového rytmu a nedostatek spánku, který s sebou přináší těhotenství a péče o novorozence. Tyto faktory přispívají k větší míře celkové citlivosti, sugestibility a prostupnějším egohranicím, které mohou vést k rozvoji psychospirituálních fenoménů.

Citové naladění matky na novorozence bývá často doprovázeno jemnou intuicí, jak dítěti

je. Některé ženy dokáží v pozdějších obdobích rozvinout svou intuici a psychické spojení s dítětem tak, že spontánně cítí, kdy je jejich dítě ohroženo nebo v nebezpečí.

Porod je zážitkem, který mnohé ženy popisují tak, že měly pocit blízkosti smrti nebo měly spirituální zážitky jemných energií, které je ochraňovaly a vedly je. Některé ženy popisují porod jako splynutí s božím světlem.

Potrat a umělé přerušování těhotenství mohou rovněž přinést intenzivní zážitky, které mohou vyústit v psychospirituální krizi, bývají spojeny s konfrontací se smrtí. Někdy i krize morálních hodnot, spojená s umělým přerušováním těhotenství, může vést k tomuto druhu procesů.

7. Emocionální zátěž

Složitě morální rozhodování, emocionální vypětí a období životních změn jako těhotenství, smrt, nemoc nebo separace od milovaných osob jsou vysoce emocionálně zátěžové situace, které také mohou stimulovat procesy vnitřních změn. Intenzivní individuální nebo skupinová psychoterapie může rovněž vyvolat emocionální stres, který se stane zdrojem transformační krize.

Všechny tyto situace mají potenciál konfrontace jedince s existenciálními tématy smyslu života, otázkami co je realita, případně s jeho vírou v Boha nebo něco, co jej přesahuje. Během emocionálně vypjatých situací je často člověk nucen přiznat svoji zranitelnost a otevřít se. Ve chvíli, kdy je člověk takto otevřený, mají psychologické dominanty nevědomí tendenci proniknout do vědomí. Když má jedinec ambivalenci, intenzivní averzi nebo postrádá smysluplný rámec k obsahu komplexu, může jeho přítomnost ve vědomí vést k jeho zahlcení obtížně integrovatelnými obsahy, tedy k psychospirituální krizi.

V momentě, kdy je emocionální stres nejintenzivnější, existuje bod obratu s potenciálem změny, kdy má člověk možnost se přeorientovat k lepšímu fungování na vyšší úrovni integrace osobnosti nebo se vrací ke stejným životním vzorcům a struktuře případně v závislosti na míře strachu ze změn regreduje. Inspirace k práci na sobě často přichází z mimořádného či spirituálního zážitku, který může umocnit hluboké sdílení s jiným člověkem.

To se nejspíše stane, když ten, který pomáhá, terapeut, učitel nebo oddaný přítel je přítomen a může nabídnout dobrý rámec pro daný kontext prožitků.

Bez hlubokého spojení s pomáhající silou osobní nebo transpersonální se ten, který je v hlubokém emocionálním stresu, cítí izolován nebo zahlcen.

3. 2. 2. Použití substancí

Mnoho lidí, kteří touží po spirituálních zážitcích anebo jen po zážitcích, si jako možnou cestu volí vědomí ovlivňující substance. Pro některé tato cesta znamenala začátek kontaktu se skrytými úrovněmi jejich vlastního vědomí, zdroji inspirace a podpořila jejich touhu po osobnostním růstu. Pro jiné bylo použití substancí začátkem cesty k závislosti a morální degradace. Téma závislosti je však velmi komplexní a často se jeho popis v kontextech duchovní krize ukazuje jako velmi důležitý pro porozumění v ní skryté potřebě transcendence a překročení individuálních hranic, která ač primárně duchovní, je zde zcela zastíněna sebedestruktivní povahou závislostní poruchy (Grof, 2000-2004).

Existují substance, které mohou otevírat nebo dokonce facilitovat spirituální zkušenosti? Které látky naopak spíše blokují spirituální zážitky? Na tyto a další otázky se snažila odpovědět konference SEN v roce 1985 (Bragdon, 2006).

Následující řádky jsou stručnou interpretací výstupu z této konference.

1. Alkohol

Alkohol a jemu podobné substance málokdy podněcuje autentické spirituální zkušenosti. Alkohol pomáhá „vypnout“ racionální myšlení a tím otevírá možnosti vyjádřit potlačené emoce, myšlenky, pocity a zážitky. Někteří lidé, které alkohol přitahuje, mohou v jeho užívání spirituální zážitky bezděčně hledat obzvláště v kontextu prožitků rozplynutí individuálních hranic. Spirituální témata spíše mohou vyplynout z odvykací periody a hledání příčin závislostního chování. Ačkoliv alkohol sám o sobě nestimuluje spirituální emergenci, alkoholismus vidí mnozí odborníci jako nenaplněnou touhu a „žízeň“ po kontaktu s transcendentním rozměrem a celistvostí. Přestože je u tohoto druhu závislosti v popředí často sebedestruktivní komponenta, což kontrastuje s ostatními typy psychospirituálních krizí, lze vidět v závislostní potřebě intoxikace převrácenou snahu o vykročení z osobních hranic. Je rovněž významné, že americká organizace Anonymních alkoholiků integrovala do svého léčebného programu vztah k transcendentnímu rozměru

života jako úhelný kámen jednotlivých kroků léčby (pro založení AA byla rovněž významná inspirace C. G. Jungem, který poukázal na touhu po celistvosti či Self skryté za závislostním chováním alkoholiků a rovněž připomněl význam latinského slova „spiritus“ znamenajícího jak alkohol, tak ducha. Svoji myšlenku aplikovanou hnutím AA výstižně vyjádřil výrokem „Spiritus contra Spiritum“).

2. Stimulanty - káva, čokoláda, amfetaminy, kokain

Tyto látky nezpůsobují psychospirituální krizi, ani nemohou být nápomocné v její integraci. Stimulanty spíše blokují integraci psychospirituálních zážitků. Pouze amfetaminy mohou v některých případech vyvolat psychotickou epizodu, která může mít psychospirituální aspekty.

3. Barbituráty

Z hlediska psychospirituální krize mají tyto látky velmi podobný efekt jako alkohol. Nekatalyzují psychospirituální zážitky, ani nefacilitují jejich integraci. Mohou být občas použity pro terapeutické účely, když je na určitou dobu nutné ztlumení příliš bouřlivě probíhajícího procesu.

4. Opiáty, heroin, morfin a opium

Opiáty stimulují představivost a fantazii, pocity vnitřního míru a mohou vést ke zkušenostem out-of-body a k vizím. V některých případech, pokud jsou používány uváženě, mohou pomoci lidem, kteří trpí bolestí, aby se jejich mysl mohla zabývat spirituálními tématy v těchto specifických situacích (např. v blízkosti smrti).

5. Marihuana

Marihuana bývá zařazována mezi opiáty a psychedelika. Může vyvolávat nové vjemové zážitky a celkově zvyšuje senzitivitu, mnoho lidí ji vyhledává právě pro schopnost vyvolávat změněný stav vědomí s výraznou sugestibilitou, který však většinou nedosahuje intenzity psychedelických substancí jako např. LSD, a tím je únosnější i atraktivnější pro častější užití.

6. Empatogeny – extáze a podobně

Podle popsaných pozorování mohou tyto látky pomoci lidem otevřít rovinu pozitivních

emocí spojenou se snadným naladěním na druhé a zážitky uvolnění a jednoty. Nabízí lidem vnímání teď a tady a snadné překročení vnitřních zábran v projevu pozitivních emocí. Může při dobrém vnitřním a vnějším rámci („set a setting“) facilitovat integraci psychospirituálních zážitků.

7. *Psychedelika*

Psychedelika jsou látky, které nevyvolávají závislostní stavy, ale mohou působit jako silný katalyzátor psychického otevření a jsou častým spouštěčem procesů psychospirituální krize obzvláště v kontextu takového užití, které nerespektuje dobrý „set a setting“, tedy vhodné vnější prostředí a přiměřenou vnitřní přípravu (oproti např. rituálnímu a posvátnému vztahu k užití těchto látek v rámci tradičních kultur přírodních národů).

Velmi často se v souvislosti s užitím psychedelik vykytuje tematika hlubokých a neintegrováných zkušeností prožitých v intenzivním změněném stavu vědomí, které následně mohou významně ovlivňovat psychické i somatické fungování jedince.

Výzkum LSD byl rovněž jedním ze základních impulsů pro celou oblast odborného zájmu o mimořádné stavy vědomí a jejich terapeutické možnosti.

3. 3. Formy psychospirituální krize

Na úvod této kapitoly bych chtěla předeslat, že veškeré pokusy o klasifikaci ohraničených forem psychospirituální krize jsou poměrně problematické vzhledem k tomu, že uvnitř individuální lidské psyché neexistují přesné hranice a všechny její obsahy tvoří nedělitelné kontinuum. Proto je pokus o klasifikaci spíše provozně nutným krokem podtržení jistých typických, hlavních kategorií a nejčastějších forem projevu těchto krizí, nikoliv přísnou definicí od sebe jasně oddělených jevů.

Projevy psychospirituální krize jsou tedy vysoce individuální a je velmi obtížné nalézt mezi nimi dvě zcela totožné individuální zkušenosti.

Obvykle se uvádí deset /11/ forem psychospirituální krize. Každá forma má své obecné fyzikální, mentální nebo emoční komponenty, které jsou pro ni charakteristické (Lukoff, 1998).

Výčet nejdůležitějších variant obrazů psychospirituální krize:

1. Probuzení energie Kundalini
2. Šamanská cesta / krize
3. Zážitek jednoty s něčím, co nás přesahuje – vrcholné zážitky
4. Aktivace centrálního archetypu jako cesta k probuzení
5. Psychické otevření, otevření mimosmyslového vnímání
6. Karmické vzorce nebo zážitky z minulých životů
7. Komunikace s duchovními průvodci - "channeling"
8. Zážitky blízké smrti (NDE)
9. Stavy posedlosti
10. Zážitky setkání s mimozemskými bytostmi a UFO

Následující popisy obrazů psychospirituální krize jsou líčeny především jazykem zkušenosti a z perspektivy humanistické a transpersonální psychologie, neboť zde není klíčové jestli „objektivně“ něco jako reinkarnace, NDE, OBE (mimotožní zkušenosti), jasnovidnost, telepatie, channeling, UFO a další vědecky poněkud obskurní fenomény „reálně“ existují, avšak klíčovou je mnohonásobně opakovaná transkulturní **vnitřní zkušenost jedince**, která má právě tuto charakteristiku a významovou nosnost.

Zážitky minulých životů, NDE, jasnovidnost, UFO atd. jsou tedy „skutečné“ v psychologickém smyslu s odvoláním na Jungův postulát, že „skutečné je to co (v psyché) působí“ a jakkoliv bizarní se mohou obrazy jednotlivých kategorií zdát, jsou opakovanou a bohatě kazuisticky dokumentovanou „realitou“ lidského prožívání v kontextu změněných stavů vědomí. Otázku „pravdy“ a „možného“ tedy ponechme jako vědecky nezodpověditelnou a jako téma naší vlastní víry či paradigmatického zázemí.

Například zážitek smrti a znovuzrození je obecnější a vyskytuje se v několika typech. Jinou kategorií založenou na široké symptomatologii je *probuzení energie Kundalini*. To

může být považováno za podklad typů jako je *psychické otevření*, *aktivace centrálního archetypu* anebo *posedlost*. Kundalíní je někdy rovněž považována za podklad všech typů "probuzení spirituality" a jednotlivé formy pak za individuální variace tohoto "pohybu vědomí".

Některé z forem jsou pojmenovány podle zkušenosti, během které nastaly, nikoli podle toho, jaký je výsledný vnitřní zážitek.

Takovou kategorií je např. zážitek spojený s klinickou smrtí - *zážitek blízkosti smrti*, nebo *únos mimozemšťany a blízká setkání s UFO*.

Jiné typy jako např. *šamanská krize* nebo *posedlost* jsou bližší jiným kulturám a jejich podoba v našich podmínkách doznává podstatných změn.

Teoretické základy a kontext psychospirituálních zážitků a krizí lze hledat jak v transpersonální psychologii, tak v spirituálních tradicích všech kultur (Grof, 1999).

3. 3. 1. Probuzení hadí síly /kundalíní/

Tato forma psychospirituální krize bývá považovaná za nejčastější. Koncept má svůj původ v indické spirituální tradici. Podle hinduistické a buddhistické tantrické školy je Kundalíní kreativní energií universa, která odpovídá za stvoření vesmíru a reprezentuje ženský princip. Ve své skryté podobě spočívá na dolním konci lidské páteře v jemnohmotném neboli energetickém těle, které tvoří určité pole, jež prostupuje i obklopuje hmotné tělo. Tato latentní energie může být aktivovaná pomocí duchovního učitele (guru), různými emočními a tělesnými faktory anebo z neznámých důvodů (Jung, 1975).

Probuzená Kundalíní, nazývaná také šakti, stoupá skrze nádi, což jsou kanálky či vodiče v jemnohmotném energetickém těle. Při svém vzestupu očišťuje člověka od stop traumatických zážitků a otevírá centra psychické energie zvané čakry. Tento proces, ačkoli je v tradici jógy vysoce ceněný a považovaný za přínosný, v sobě skrývá různá nebezpečí a vyžaduje vedení a podporu guru, jehož kundalíní je plně probuzená a stabilizovaná. Nejdramatičtější příznaky probuzení kundalíní je možno pozorovat ve formě krijí, což jsou zvláštní tělesné a emoční projevy (Krishna, 1970).

Krije charakterizují intenzivní vjemy energie a tepla proudícího vzhůru páteří spojené se silným chvěním, křečemi a svíjivými pohyby. Silné návaly zdánlivě nemotivovaných emocí, například úzkosti, hněvu, smutku nebo radosti a extatického vytržení mohou proniknout na povrch a dočasně ovládnout jedince v psyché. Často je tento stav provázen vizemi zářivého světla, archetypálních bytostí i celou škálou niterně vnímaných zvuků nebo také zážitky, které jsou popisovány jako vzpomínky na minulé životy. Celý obraz doplňují naprosto mimovolné a nekontrolovatelné projevy chování-mluvení cizími jazyky, zpívání neznámých písní či invokací (manter), zaujímání jogínských pozic (ásan) a gest (muder) nebo různé zvířecí zvuky a pohyby.

Ačkoli se v nejčistší podobě objevuje v Indii, má svoje důležité paralely i v jiných kulturách a náboženských společenstvích. V jistém smyslu může být probuzení kundaliní rozpoznáno jako centrální mechanismus, který je podkladem různých forem dramatických projevů emočních, psychosomatických a spirituálních, které by v západní medicíně mohly být považovány za projevy psychopatologie (Jyoti, 2000).

Tantrické školy vyvinuly mapy čakr, s jejichž pomocí popisují detailně fyzikální, emocionální a spirituální projevy probuzení kundaliní. Nehledě na obtíže, které probuzení kundaliní přináší, je obecně považována za energii, skrze niž přichází léčba psychosomatických obtíží, pozitivní přeskupení osobnosti a vývoje vědomí. Vzhledem k její mimořádné a často mimořádným způsobem se projevující síle, je celý proces jejího probuzení brán velmi vážně a vždy je doporučována asistence zkušeného průvodce. (Greenwell, 2002).

V průběhu několika posledních desetiletí byly pozorovány zcela nepochybné příznaky probuzení kundaliní u tisíců obyvatel západního světa. Zásahu na tom, že se tento fenomén dostává do popředí pozornosti, má především kalifornský psychiatr a oční lékař Lee Sannella, který zcela samostatně prostudoval téměř tisíc takových případů a své závěry shrnul v knize *The Kundaliní Experience*. (Sannella, 1987)

3. 3. 2. Šamanská krize

Šamanská či iniciační forma psychospirituální krize se projevuje dramatickými epizodami mimořádných stavů vědomí, které bývají na počátku kariéry mnoha šamanů. V průběhu těchto epizod se budoucí šamani zpravidla psychicky nebo i fyzicky stáhnou z

okolního prostředí, přičemž procházejí intenzivními zážitky. Obvykle prožívají cestu do podsvětí, do říše mrtvých, kde jsou vystaveni útokům démonů i nesmírně těžkým zkouškám a mukám (Campbell, 1970).

Toto bolestné zasvěcení vrcholí zážitky smrti a rozčtvrcení, po nichž následuje znovuzrození a vzestup do nebeských sfér. Proces může zahrnovat proměnu v ptáka, například orla, letícího do říše kosmického slunce. Nový šaman může také prožívat situaci, že je tímto ptákem unášen do sluneční krajiny. V některých kulturách je motiv magického letu nahrazen šplháním po stromu života, chůzí po duze nebo výstupem po sloupu s mnoha zářezy či žebříku zhotoveného ze šípů.

Během této svízelné vizionářské cesty se budoucí šaman seznamuje se silami přírody a různými zvířaty, v jejich přirozené i archetypální podobě, takzvanými zvířecími duchy (animal spirits) nebo mocnými zvířaty (power animals) i s totemovými zvířaty neboli se zvířaty reprezentujícími osobní sílu jedince. Jsou-li tyto vizionářské cesty úspěšně dokončeny, mohou mít hluboce léčivý výsledek. Během tohoto procesu se budoucí šaman zbavuje vlastních emočních, psychosomatických a dokonce i tělesných neduhů.

V mnoha případech tato nedobrovolná iniciace může přinést hluboké vhledy do oblasti problematiky energetických a transpersonálních příčin onemocnění a zasvěcenec získá poznatky a schopnosti, jak léčit nejen sebe, ale i ostatní. Jedinec se po úspěšném završení iniciační krize stává šamanem a vrací se ke své komunitě jako její plně prospěšný a uctíváný člen, který přebírá úlohu kněze, vizionáře i léčitele (Gennep, 1996).

3. 3. 3. Zážitky sjednocujícího vědomí – vrcholné zážitky

Do této kategorie jsou řazeny především spontánní mystické zážitky. Americký psycholog Abraham Maslow v rámci svého studia jedinců, kteří měli sjednocující mystické zážitky, pro ně zavedl termín vrcholné zážitky „peak experience“ (Maslow 1962). Ve svém popisu ostře kritizoval tehdejší psychiatrickou praxi, která většinou tyto vrcholné zážitky směřovala s duševními chorobami. Maslow se domnívá, že by tyto zkušenosti neměly být považovány za abnormální, ale spíše za nadnormální jevy. Dále Maslow pozoroval, že pokud nejsou tyto stavy narušovány a je jim ponechán přirozený průběh, vedou obvykle ke zkvalitnění vlastní funkčnosti a seberealizace jedince ve světě. Člověk, který má zkušenost s takovým zážitkem, je obvykle schopen plněji vyjádřit svůj

tvůrčí potenciál a žije hodnotnějším a uspokojivějším životem.

Walter Pahnke, psychiatr a odborník v oblasti výzkumu vědomí, vytvořil formalizovaný popis základních znaků charakterizujících nejčastější vrcholné zážitky. Při svém popisu vychází hlavně z díla A. Maslowa a W. T. Staceho (in Pahnke, Richards 1966). Uvádí těchto 8 charakteristik:

- a) pocit jednoty (vnitřní i vnější) – namísto fragmentace je uvnitř sebe samého prožíváno sjednocení
- b) výrazně pozitivní emoce
- c) transcendence, překročení hranic času a prostoru v té podobě, jaké čas a prostor běžně známe
- d) vnímání posvátnosti (numinozita) – svět není banální, ale je to dimenze, která je posvátná
- e) paradoxní povaha – zážitek, že ego zmizelo, ale současně se rozšířilo na celý vesmír
- f) proměna objektivitu a reálnosti vzhledů – pocit probuzení se ze sna
- g) nemožnost slovního popisu
- h) pozitivní důsledky – pocity míru, uspokojení, extatické vytržení

Tyto body mohou pomoci k lepšímu popisu vrcholného zážitku. Člověk, který vrcholný zážitek zažívá, většinou cítí, že překonává rozdělenost těla a mysli, prožívá stavy sjednocení a celistvosti. Překračuje hranice mezi subjektem a objektem, zakouší stav extatického sjednocení s lidstvem, přírodou, vesmírem, Bohem. Tyto stavy provázejí pocity radosti, blaženosti, klidu a pokoje. Lidé prožívající vrcholné zážitky mívají pocit, že opouštějí běžnou trojrozměrnou a časově lineární realitu a vstupují do metafyzické transcendentní oblasti, kde tyto kategorie již neplatí, nekonečnost a věčnost jsou skutečné. Náboženská orientace jedince nikterak neovlivňuje pocit posvátné kvality těchto pocitů, člověk je přesvědčen, že přímo vnímá božskou povahu skutečnosti.

Popisy vrcholných zážitků zpravidla bývají plné paradoxů. Jedinec může mít pocit, že je zároveň vším i ničím, hovoří o ztrátě vlastní totožnosti a ega, cítí, že se jeho bytost rozpíná natolik, že je schopna pojmout celý vesmír.

Někdy může cítit, že vrcholný zážitek zprostředkovává přístup k veškerému vědění a moudrosti. Upanišady toto popisují jako „znalost Toho, jehož vědění přináší poznání

všeho“. Toto poznání, k němuž člověk během vrcholných zážitků dospívá, nelze popsat slovy. Vypadá to, jako by struktura našich jazykových prostředků byla pro tento účel zcela nedostatečná. Přesto může tento stav hluboce ovlivnit jedincovu soustavu hodnot i celkové životní zaměření.

Vzhledem k tomu, že vrcholné zážitky mají pozitivní hodnotu i potenciál, je tato kategorie vzhledem ke stavům psychospirituální krize nejméně problematická. Vrcholné zážitky mají přechodný charakter a nemají negativní důsledky, i přes tento fakt mohou být mylně vykládány a zbytečně patologizovány.

3. 3. 4. Aktivace centrálního archetypu jako cesta k probuzení

Tento důležitý typ psychospirituální krize bývá natolik hluboký a intenzivní, že u něj nejčastěji dochází k záměně za vážnou duševní chorobu.

Psychiatr a jungiánský analytik John Perry se tímto procesem důkladně zabýval a nazval jej *obrodný proces* (Perry 1976). Povrchnímu pozorovateli by se prožitky postižených osob mohly zdát natolik podivné a extravagantní, že by je zcela logicky považoval za důsledky neznámé patologie postihující mozkovou činnost.

Na začátku této krize obvykle bývá mimořádný stav vědomí, v jehož rámci se vše zdá změněné. Dochází k dramatu, v němž jedinec prožívá sama sebe jako toho, kdo je centrem. Postižení bývají plně zaujati motivy smrti, obětování, mučednictví, posmrtného života, fascinování problematikou protikladů. Duševní stav člověka může připomínat bojiště mezi silami dobra a zla, světla a tmy. Ocítá se ve stavu odlišném od stavu, ve kterém se nachází jeho okolí. Sami sebe klienti prožívají jako centrum fantastických událostí, jež mají kosmický význam a jsou důležité pro budoucnost světa. Jejich vizionářské stavy mají tendenci odvádět je hlouběji, nejen do vlastní biografie, ale i do dějin celého lidstva či dokonce až k okamžiku stvoření světa a původnímu ideálnímu stavu ráje.

Jedinec je ponořený do jakéhosi světa mýtu, cítí se izolovaný, nenachází pochopení. Perry si všiml opakujících se témat jako například:

- a) téma smrti, roztrhání, obětování, symbolické uvěznění
- b) boj mezi silami dobra a zla, v němž Já hraje centrální úlohu. Někdy je v popředí hrozba protikladu (mužské-ženské), jindy podoba mesianická – člověk má pocit, že je vykupitelem, zachráncem lidstva
- c) apoteóza, zážitek zbožštění, identifikace s Pannou Marií
- d) posvátný sňatek, kdy partnerem je imaginární archetypální bytost nebo idealizovaná reálná osoba
- e) nová společnost, nový společenský řád
- f) alchymistická podoba – protiklad solárního a lunárního

Po počátečním období bouří a zmatků většinou přichází období, kdy se zážitky stávají příjemnější a začínají směřovat ke svému vyřešení. Zpočátku si lidé dosažení nádherných prožitků vykládají jako osobní povýšení nad rámec běžného života. Tyto zážitky jsou často doprovázeny hlubokým pocitem duchovního znovuzrození, který střídá předchozí naléhavou tematiku smrti. Jakmile je celý proces dokončen a vnitřně přijat, dotyčný jedinec si uvědomí, že šlo výhradně o jeho vlastní psychickou proměnu, odehrávající se výhradně ve vnitřním světě, nikoliv o vnější skutečnost.

Za problém v tomto procesu je považována prepsychotická osobnost. Ve chvíli, kdy se nahromadí příliš mnoho nezpracovaného materiálu, kolabuje soudržná funkce Já a pokud není jedinec veden k tomu, aby prožitky internalizoval, může snadno dojít k tomu, že je začne promítat do druhých. Ve strukturované situaci, jako je psychotherapeutický vztah, je možno tento proces vidět jako vnitřní drama a začít objevovat jeho vnitřní jádro.

Zajímavá bývá z tohoto pohledu analýza ega. Ego se nejprve s obrazy a procesy aktivovanými v nevědomí identifikuje. Místo toho, aby jedinec prožívající aktivaci centrálního archetypu byl schopen konstatovat: „ v mém nitru se objevil obraz připomínající krále“, cítí se být tímto králem.

Problémem může být, pokud jedinec nepočká, až proces proběhne svou cestou, ale snaží se změnit vnější okolnosti. Ty nelze zdařile integrovat, pokud se nezmění podmínky uvnitř. Možnost úspěšného zpracování takového zážitku závisí na kvalitě Ega a na porozumění a podpoře, kterou daný jedinec získá od svého okolí. Proces obnovy přivádí člověka na cestu osobního rozvoje, o němž Jung mluvil jako o individuaci. Je to cesta plnějšího uplatnění vlastního hlubšího potenciálu.

3. 3. 5. Otevření mimosmyslového vnímání

Tato kategorie zahrnuje mimosmyslové vnímání a jiné parapsychologické jevy. Během psychospirituálních krizí všech druhů dochází často k zesílení intuitivních schopností, výskytu mimosmyslového vnímání a k paranormálním jevům. Příval informací z neobvyklých zdrojů, jenž se projevuje předvídáním budoucnosti, telepatii či jasnovidectvím, bývá v některých případech tak silný a matoucí, že ovládne celou situaci a stává se problémem sám o sobě.

Mezi nejdramatičtější projevy paranormálních schopností patří mimotělní zážitky, kdy jedinec může uprostřed běžného života, a často bez zjevné zevní příčiny, prožívat stav, kdy najednou cítí, jako by se jeho vědomí oddělilo od těla. Zároveň je schopen pozorovat co se děje v jeho blízkosti anebo i na různých vzdálených místech. Informace získané v průběhu těchto stavů mimosmyslového vnímání se po ověření často shodují s konsensuální realitou. K mimotělnímu vnímání dochází s vysokou četností během zážitků blízkých smrti (Ring a Valarino 1998).

Lidé prožívající tento typ intenzivního otevírání vlastní psychiky mohou projevovat pozoruhodné telepatické nebo jasnovidecké vnímání. Tyto stavy mohou děsit a dráždit nejen je samotné, ale i jejich okolí, pro které bývá objevení těchto fenoménů ohrožující z hlediska jejich pojmání reality.

Při mediálních stavech člověk pocítuje ztrátu vlastní identity a získání identity jiného jedince. Tento zážitek je doprovázen přejímáním podoby těla, postoje, gest, výrazu obličeje a dokonce i pocitů a myšlenkových procesů dané osoby (Castaneda, 1996). Uznávání šamanů a jasnovidců využívají tyto stavy produktivním způsobem. Během psychospirituální krize může nekontrolovaná ztráta vlastní totožnosti působit značně hrozivě.

Do skupiny krizí spojených s otevíráním mimosmyslového vnímání patří i zkušenost, kterou C. G. Jung popsal jako synchronicitu neboli smysluplnou koincidence dvou nebo více událostí, přičemž se jedná o něco jiného než o náhodnou pravděpodobnost (Jung, 1965).

Pokud jsou zážitky pro svou novost a intenzitu spojeny s úzkostí, např. strachem z duševní choroby, je důležitým terapeutickým krokem nalezení takového rámce naší mysli, který umožní, aby prožitek byl akceptován jako možnost, kterou nabízí rozšířené

vědomí. (Vodáčková, 2002)

3. 3. 6. Karmické vzorce nebo vzpomínky na minulé životy

Do této kategorie patří zážitky, které se odehrávají v jiných historických obdobích a často i v jiných zemích. Obvykle bývají provázeny silnými emocemi a tělesnými vjemy. Často zobrazují konkrétní osoby a okolnosti. Jejich součástí bývá přesvědčivý pocit, že člověk již něco takového kdysi viděl – dejá vu nebo zažil – dejá vecu.

Zážitky z minulých životů mohou člověku různým způsobem komplikovat život. Předtím, než se jejich obsah plně vynoří ve vědomí a stane se zjevným, může být jedinec obtěžován silnými emocemi, tělesnými vjemy a vizemi, aniž by věděl, odkud přicházejí a co znamenají. Jelikož jsou prožívány bez zřetelných souvislostí, jeví se přirozeně jako nesrozumitelné a proto iracionální. Někdy se může stát, že se obzvláště silný karmický prožitek začne dostávat do vědomí uprostřed každodenních činností a zasahovat do běžného života.

Tato kategorie zážitků vyvolává otázku, jestli náš život začíná narozením a končí smrtí. Nehledě na to, co si myslíme, je třeba se takovými stavy vážně zabývat ve chvíli, kdy se objeví.

3. 3. 7. Channeling

Takzvaný channeling je nejčastěji psychologicky popisován jako jedna z forem intuice. Intuice je zde chápána jako mentální proces s různou mírou intenzity, při němž může dotyčný zažít, že dostává informace do mysli přímo, aniž by byly využívány běžné senzorické vstupy, kognitivní mechanismy nebo paměť.

Osoby, které zažívají tento druh zkušenosti, hovoří o tom, že se při channelingu stávají jakýmsi průlivem, kanálem, skrze nějž dostávají většinou formou hlasů nebo tzv. automatického psaní informace, jejichž podklad není možno nalézt v životní historii jedince.

Channeling jako západní pojem pro tuto intenzivní formu intuice byl a je pod různými názvy viděn jako důležitý prvek učení (zejména v kontextu vnitřního rozvoje) ve všech

kulturách. Této formě intuice jsou připisována díla jako jsou staroindické Védy, Kniha Mormon, Korán, některých částí Bible atd.. Asi nejznámější knihou psanou skrze osobní zážitek přímého sdělení je Kurz zázraků (sepsaná psycholožkou Helen Schucmanovou) nebo populární Hovory s Bohem (N.D.Walsh, 1997).

Do této kategorie řadíme rovněž komunikaci s něčím, co můžeme nazvat a vnitřně zakoušet jako vnitřního průvodce nebo duchovního rádce (přičemž zde nehodnotíme, jestli se jedná o komunikaci primárně vnitřních psychologických faktorů nebo "vnější" extrasubjektivní fenomény). Často tuto zkušenost provází nějaká forma transu nebo extatického zážitku v různé míře intenzity, který bývá pocíťován jako přímý osobní prožitek vnitřního provázení. Příležitostně přináší channeling opakovaně přesné informace i o předmětech, s nimiž se dotyčný nikdy nesešel.

Podobné zážitky mohou vyvolat vážnou krizi či vnitřní zmatek hlavně proto, že často jde o informace na škále od nepřilíš inspirativních "řečí" až po vysoce spolehlivé a kvalitní informace získané z velmi dobrého zdroje bez ohledu na jeho "skutečnou" ("vnitřní/vnější") povahu, které se ani zdaleka nepodobají produktům psychotických pacientů. Tzv. hlasy zde však nemají imperativní nebo negativně konfrontační charakter jak je běžné u schizofrenního spektra vnitřních hlasů.

Všechny tyto zážitky mají potenciál krize, obvykle proto, že si je daný jedinec začne vykládat jako příznak počínající duševní choroby, což bývá velice časté, protože "hlasy" jsou, jak již bylo zmíněno, obecně známým příznakem paranoidní schizofrenie.

Další zdroj problémů pramení z faktu, že tzv. duchovní průvodce pak obvykle dotyčný vnímá jako bytosti s vysokou úrovní vývoje vědomí, mimořádnou inteligencí a výjimečnou mravní integritou. To může vést k inflaci ega u dotyčného příjemce: v tom, že byl vyvolen k zvláštnímu poslání, spatřuje důkaz své nadřazenosti a výjimečnosti.

3. 3. 8. Zážitky blízkosti smrti

Světová mytologie, lidové tradice, duchovní texty, to vše oplývá řadou velmi sugestivních popisů zážitků, které se pojí se smrtí a umíráním. Popisům procesu smrti a umírání se věnují různé texty. Mezi nejznámější patří Tibetská kniha mrtvých (Bardo Thodol, 1995), Egyptská kniha mrtvých (Pert em hru) a ze současných titulů Dopisy

umírajícímu příteli (Grosz, 2001). Na začátku minulého století panovala domněnka, že tyto starověké texty, stejně jako eschatologická mytologie, jsou výplodem lidské fantazie a strachu z pomíjivosti a smrti.

Změnu v tomto nazírání přinesla kniha Raymonda Moodyho *Život po životě*. Tato kniha se velmi rychle stala bestsellerem. V knize bylo shromážděno 150 výpovědí jedinců, kteří se ocitli v těsné blízkosti smrti, nebo byli prohlášeni za klinicky mrtvé, ale znovu se vrátili do života. Své zážitky často popisují jako fantastické transpersonální dobrodružství. (Moody 1975).

Moody popisuje, že lidé, kteří prošli stavem blízké smrti, často sledovali barvitý neuvěřitelně zhuštěný záznam svého života, jakýsi zpětný přehled, trvajícím několik sekund. Podle jejich výpovědí se vědomí zpravidla oddělilo od těla a volně se nad ním vznášelo a celou scénu pozorovalo s jistou zvědavostí a nezúčastněným pobavením nebo také cestovalo do vzdálených míst. Mnozí lidé líčili cestu temným tunelem nebo trychtýřem, která je vedla k neobyčejně zářivému a nádhernému božskému světlu.

Toto světlo nebylo fyzikální podoby, ale mělo osobní vlastnosti. Lidé je popisovali jako světelnou bytost, vyzařující nekonečnou všeobjímající lásku, odpuštění a přijetí. Při osobním kontaktu, často vnímaném jako setkání s Bohem, se dotyčným jedincům dostalo poučení o smyslu života a univerzálních zákonů i příležitosti zhodnotit svou minulost podle těchto nových kritérií. Poté se rozhodli vrátit se do nám běžně známé reality a vést zcela nový život v souladu s poznáním, jímž byli obdarováni.

Většinu lidí, kteří přežili setkání se smrtí, tento zážitek hluboce změnil. Získali duchovní náhled na realitu, vytvořili si novou stupnici hodnot a zaujali radikálně odlišný přístup k životu. Vysoce si cení života, cítí hlubokou sounáležitost se všemi živými bytostmi a projevují zájem o budoucnost lidstva a celé planety. I když skutečnost, že setkání se smrtí má vysoce pozitivní potenciál, ještě neznamená, že tato proměna je snadným procesem (Kubler-Rossová, 1993).

Zážitky blízké smrti velmi často vedou k duchovním krizím, neboť zcela zásadně mění představy o skutečnosti, které do té doby dotyční jedinci měli. Jsou totiž bez varování katapultováni do jiného světa. Autonehoda nebo infarkt při sportu může jedince v několika okamžicích přenést do fantastického vizionářského dobrodružství, které trhá na kusy dosud známou realitu. V důsledku této skutečnosti mohou daní jedinci potřebovat zvláštní pomoc, radu, podporu, aby byli schopni své mimořádné zážitky začlenit do

běžného života (Greyson, Harris, 1987).

3. 3. 9. Posedlost

Lidé procházející tímto druhem psychospirituální krize mají pocit, že jejich duši i tělo zachvátila a ovládá jakási zlá bytost nebo energie, která má osobnostní rysy. Vnímají ji jako rušivý a nepřátelský prvek, vstupující zvenčí do jejich osobnosti. Člověk prožívá svoji mimiku, gesta, hlas jako patřící někomu jinému. Často bývá identifikována jako zmatená netělesná bytost, démonická bytost nebo vědomí zlé osoby, které se jich zmocňuje. Součástí bývá i výrazná komponenta hlasů.

Tento stav se projevuje v různých podobách a stupních intenzity. V některých případech celý problém ústí do závažných psychopatologických projevů jako je asociální chování, trestná činnost, sebevražedné deprese, vražedná agresivita nebo sebedestruktivní chování, promiskuitní a deviantní sexuální chování, nadměrné požívání alkoholu a drog. V jiných případech si posedlý člověk přítomnost „zlé bytosti“ uvědomuje a vynakládá značné úsilí, aby se jejímu vlivu ubránil.

Mechanismem vzniku tohoto neobvyklého a obtížně pochopitelného jevu je zřejmě oddělení určité části Já a její potlačení do nevědomí. Toto oddělení se od sebe liší stupněm a obvykle je lze rozeznat na kontinuu od disociativních stavů až po tzv. mnohočetnou osobnost.

Stavy posedlosti jsou výsledkem bolestivých traumatických životních zkušeností, nejčastěji zneužití v dětství, a jsou považovány za tvůrčí formu vyrovnání se s obtížně překonatelnou situací.

3. 3. 10. Zážitky setkání s UFO

Vyskytují se jako osobní zkušenost s určitými formami komunikace, nebo blízkého kontaktu s cizími bytostmi nebo zkušenost únosu těmito bytostmi. Existují různé podoby výpovědí od popisu klidných a vítaných kontaktů až k nedobrovolným, invazivním únosům. Tyto zážitky mohou často vyvolat vážnou emoční a intelektuální krizi.

Různé pohledy na problematiku UFO:

- a) jedná se o skutečnou návštěvu mimozemské civilizace
- b) podvod
- c) klamnou záměnu přírodních úkazů
- d) psychotickou halucinaci

Alvin Lawson se pokusil vysvětlit zážitky UFO jako mylný výklad porodního traumatu (Lawson 1984).

C. G. Jung věnoval problematice „létajících talířů“ zvláštní studii, ve které předkládá návrh, že tyto jevy by mohly být spíše archetypální vize, vycházející z kolektivního nevědomí, než psychotické halucinace či skutečné návštěvy mimozemšťanů ze vzdálených civilizací (Jung, 1999). Svou teorii opírá o pečlivou analýzu legend o létajících discích, které byly v průběhu dějin lidstva zaznamenány, a zprávami o jejich pozorováních, vyvolávajících někdy poplach a davovou paniku.

Zároveň bylo poukázáno na to, že zaznamenaná setkání s mimozemskými bytostmi obsahují významné paralely se světovou mytologií a náboženskými systémy, které mají své kořeny v kolektivním nevědomí. Lidé, kteří byli údajně uneseni nebo pozváni k projížďce, popisují cizí vesmírné lodě a kosmický let způsobem, jenž připomíná určité pasáže některých duchovních textů, například legendární kočár védského boha Indry či ohnivý stroj v biblickém Ezechielově podání. Města vyspělých civilizací i bájně krajiny cizích planet, spatřené během těchto cest se podobají vizím ráje, nebeských říší a měst světla.

Unesení jedinci často vypovídají, že je mimozemšťané odvedli do zvláštní laboratoře, kde je za pomoci různých exotických nástrojů podrobovali experimentům a bolestivým zkouškám. Rovněž časté jsou záznamy o genetických pokusech s cílem vyvinout hybridní potomstvo. Tyto zásahy jsou velmi bolestné a někdy hraničí až s mučením, což výrazně připomíná iniciační krizi šamanů nebo náročné zkoušky neofytů v domorodých přechodových rituálech.

Na mimozemské návštěvníky se často nazírá jako na příslušníky civilizací stojících na nesrovnatelně vyšším vývojovém stupni a to i duchovním a morálním. Taková setkání mají výrazně mystický nádech. Za těchto okolností mohou lidé, jimž se této pozornosti dostalo, podlehnout pokušení si svůj zážitek vykládat jako příznak vlastní výjimečnosti.

Unesení jedinci mohou nabýt dojmu, že přitahují zájem vyšších bytostí z vyspělejších civilizací, které si je pro svou jedinečnost vyvolili a pověřili zvláštním posláním. V jungiánské terminologii se taková situace, kdy jedinec spojuje oslnivý lesk

archetypálního světa se svou vlastní osobou, nazývá inflace ega.

Lidé, vystavení působení podivného světa fenoménu UFO a zážitkům únosů mimozemskými bytostmi nutně potřebují odbornou pomoc profesionálů, kteří se alespoň částečně orientují v archetypální psychologii.

Vzhledem k tomu, že v současnosti je neudržitelná představa některých tradičních psychiatrů, že jde o výplody neznámých patologických procesů, přiklání se odborníci pracující s psychospirituální krizí k tomu, že zážitky setkání s UFO chápou jako projevy archetypálních prvků pocházejících z kolektivního nevědomí.

Na závěr kapitoly chci upozornit, že potřeba přesnějších definic a případné alternativní klasifikace aplikované v současných kulturních kontextech a za pomoci maximálně neutrálního psychologického jazyka je pro další výzkum důležitým byť i nesnadným úkolem.

Základními otázkami pro rozvoj psychologického poznání v dané oblasti se jeví následující témata:

1. Jaké jsou základní prvky pojmů *náboženství* a *spiritualita* a jak se vzájemně liší a jak se liší od dalších systémů lidského hledání významu a zejména psychologie?
2. Jaký je vztah mezi psychologií a spiritualitou? Z dosavadního výzkumu je patrné, že existuje mnoho vzájemně obohacujících přístupů a důležitého „materiálu“ pro rozvoj tohoto vztahu, které mohou mít významný vliv na jejich teorii i praxi.
3. Existuje identifikovatelná a popsatelná vývojová trajektorie spirituálního rozvoje a jaký má vztah k psychologickému rozvoji?

4. LÉČBA

Vzhledem k tomu, že psychospirituální krize je poměrně novým pojmem, který ještě nezakotvil v klinické praxi, neexistuje dosud jasné vymezení terapeutických postupů a přístupů, které jsou vhodné pro práci s těmito stavy.

Podle etických principů pro psychology a zásad chování (APA 1992) mají psychologové

etickou odpovědnost brát v úvahu sociální a kulturní faktory, které mohou ovlivnit hodnocení a léčbu (Canter, Bennet, Jones, Nagy 1994). Protože religiozní a spirituální rozměr kultury patří mezi nejdůležitější faktory tvořící lidskou zkušenost, víru, hodnoty, chování, stejně jako vzorce nemocí je citlivost k religiozním a spirituálním otázkám důležitou součástí znalostí kulturní diversity psychologů a psychoterapeutů.

Zároveň 100% lékařů ve výcviku uvedlo, že se nesetkalo s žádnou výukou nebo výcvikem v oblasti religiozně spirituální problematiky během svého postgraduálního studia. Výsledky různých studií napovídají, že tento nedostatek výcviku je normou v celé oblasti profesí týkajících se mentálního zdraví (Sansone, Khatain, Rodenhauser 1990).

V přehledu psychologů, členů APA, 60% uvádělo, že klienti často vyjadřují osobní zkušenosti religiozním jazykem a že nejméně 1 ze 6 nemocných přichází s problémy, které přímo souvisejí s náboženstvím či spiritualitou (Shafranske a Maloney 1990). Další studie psychologů uvádí, že 72% se během praxe setkalo s religiozními nebo spirituálními problémy (Lannert 1991). Ve vzorku, který obsahoval psychology, psychiatry, sociální pracovníky a manželské a rodinné terapeuty, uvádělo 29%, že náboženská hlediska jsou závažná v léčbě všech či mnoha z jejich klientů (Bergin, Jensen 1990). Anderson a Zouny (1988) soudí, že „všichni klinici jsou postaveni před problematiku léčby nemocných s religiozními problémy či zaměřením.“ (s. 532) Zatímco je jen málo známo o prevalenci specifických druhů religiozních a spirituálních problémů v terapii, demonstrují tyto studie, že se v psychoterapii často těmito problematikami musíme zabývat.

Dnes jsou známy tři možné základní způsoby, jak se lidé vyrovnávají se zážitkem psychospirituální krize.

Prvním je plynulá integrace zážitku do jejich běžného života a posun dopředu v seberozvoji směrem k transpersonálním úrovním. Další možná cesta je na nějakou dobu být zahlcen psychospirituální krizí, ale nakonec akceptovat tuto zkušenost jako součást vlastní reality. Třetí způsob je neschopnost integrace takového zážitku a deteriorace do chronického stavu fragmentace (Sperry, Shafranske 2005).

Metody a postupy, které se v současné době v léčbě psychospirituální krize využívají,

zahrnují především veškeré techniky krizové intervence a poté je většinou volbou terapeuta, jaký další směr práce zvolí.

V dalším sdělení se budeme zabývat třemi směry, které terapeuti pracující s problematikou psychospirituální krize v Čechách, v souladu s zahraničními kolegy, úspěšně používají (viz. Empirická část). Je to již zmíněná krizová intervence, PBSP terapie a biosyntéza. Jsme přesvědčeni, že k terapii psychospirituální krize mohou úspěšně přispět všechny terapeutické směry. Jistě lze použít prvky z arteterapie při práci s vyjádřením zážitku krize, prvky z Gestalt terapie při práci s uzavíráním procesu, Rogersův přístup při otevřeném přijímání klienta s tím, s čím přichází. Disertační práce se zaměřila na již zmíněné směry, protože vzhledem k praxi autorky u nich byla schopna demonstrovat jejich praktické použití.

Už v teoretické části bylo poukázáno na to, jak je tělo citlivé při stavech psychospirituální krize. Proto i do komplexu péče o klienty v procesu psychospirituální krize je vhodné uvažovat o nějaké modifikaci psychoterapeutické práce s tělem.

4. 1. Krizová intervence

V současných podmínkách naší společnosti a kultury jsou při zvládání psychospirituální krize nejvíce využitelné praktiky krizové intervence, což je soubor dovedností, praktik a znalostí, zaměřený na zvládání krize (Kastová 2000). Krizové centrum, které je nízkoprahové a otevřené, je nejčastějším místem, kam se lidé tomto stavu obrací ve chvíli, kdy hledají profesionální pomoc.

Krizová intervence je metodou, kterou shodně využívají terapeuti pracující se stavy psychospirituální krize u nás i ve světě (Lukoff 1993). Již z podstaty definice psychospirituální krize jako stavu, který je třeba facilitovat, podporovat, a ne léčit, jsou prvky krizové intervence nejbliže tomuto pohledu. Pokud je člověku procházejícímu psychospirituální krizí poskytnuta adekvátní krizová intervence, není již většinou třeba sahat k hlubším terapeutickým metodám.

V centrech pracujících s lidmi v psychospirituální krizi se využívají hlavně tyto techniky

a to ne jen psychoterapeuty, ale i sociálními pracovníky a dalším pomocným personálem. Což je i jednou z výhod krizové intervence, že nevyžaduje striktně psychologickou erudici (Eis 1994).

Je třeba zdůraznit, že možnosti a způsoby pomoci se velmi liší podle toho, v jaké fázi psychospirituální krize se na terapeuta klient obrátí, jestli se jedná o akutní fázi s bouřlivým průběhem nebo jestli klient potřebuje zpracovat již proběhlou krizi.

To, co se stane mezi klientem a terapeutem ve chvíli, kdy dojde k prvnímu kontaktu je nesmírně důležité.

V první fázi je zásadní, aby byl terapeut schopen správně diagnostikovat, jestli klient zažívá psychospirituální krizi nebo mentální poruchu.

První kontakt

Mnoho prvních kontaktů se kvůli anonymitě tazatele a choulostivosti stavu děje přes telefon nebo email. Klient nebo jeho blízcí se obracejí na linku důvěry nebo na mailovou adresu krizového centra, případně přímo na terapeuta. Často se potřebují ujistit, že jejich prožitky ještě nemusí znamenat psychiatrickou diagnózu. V takovou chvíli je nesmírně důležité pozitivní přerámování celého procesu. Například, když si klient myslí, že se „zbláznil“, je jednou z možností přerámovat jeho zážitek jako hluboký proces sebepoznávání a možnosti nahlédnout realitu z jiného úhlu pohledu. Zároveň je již v rámci prvního kontaktu vhodné ihned začít s diferencíální diagnostikou. Pokud se terapeutův první diagnostický odhad blíží definici psychospirituální krize, je zásadní poskytnout klientovi pozitivní rámec této zkušenosti.

1. Lékařské vyšetření

Klient přicházející se symptomy podobajícími se psychospirituální krizi by měl být v ideálním případě vyšetřen lékařem. Je důležité posoudit, jestli změny vnímání, emocí, kognitivních a somatických funkcí jsou způsobeny psychospirituální krizí nebo infekcí, nádorem, kardiovaskulárním problémem nebo degenerativním poškozením mozku. Některé symptomy, připomínající psychospirituální krizi se mohou vyskytovat například při diabetu, toxických stavech nebo onemocněních srdce (Grof 1986).

2. Minimální použití medikace

Psychiatrická medikace by se měla používat jen minimálně, protože pokud jde o psychospirituální krizi, tato medikace inhibuje přirozený proces a možnost jeho integrace.

Dalším důležitým důvodem pro minimální použití psychofarmak je možnost pozorovat vývoj procesu, což často přispěje k jeho správnému diagnostikování.

Pokud terapeut již diagnostikoval psychospirituální krizi a klientovi je poskytována péče, lze občas použít nízké dávky léků na spaní, abychom zabránili případnému vyčerpání klienta, pokud je součástí projevů krize nespavost.

Existují ale i situace, kdy je na místě účelná a selektivní farmakoterapie. Jedním z nich je chvíle, kdy je klient nebezpečný sobě nebo okolí. Dalším je případ, kdy se klient cítí neschopen situaci zvládnout a žádá úlevu od rušivých příznaků (Bragdon 2006).

3. Tiché a bezpečné prostředí

Člověk procházející psychospirituální krizí je typicky vysoce emocionálně senzitivní. Může tak být snadno zahlcen stimuly jako je ostré světlo, hluk nebo příliš mnoho neznámých lidí.

Ideální místo na první schůzku s klientem, který může procházet psychospirituální krizí, je tichá jednoduše zařízená místnost s přirozeným osvětlením. Takovýto prostor pomůže klientovi soustředit se na jeho vnitřní dění spíše než na okolní prostředí.

4. Role terapeuta

Ideálně by terapeut měl znát model psychospirituální krize a měl by disponovat alespoň základními technikami krizové intervence.

Užitečné je i alespoň bazální orientace v přesahových tématech jako například bazální informace o víře a spiritualitě. Terapeut by měl zároveň disponovat slovníkem týkajícím se těchto témat.

5. Informace o psychospirituální krizi

Součástí práce s klienty procházejícími psychospirituální krizí, ale i těmi, kteří mají již podobnou zkušenost za sebou, je podání základních informací o tomto procesu.

Jedním z aspektů, který nahání nejvíce obav a strachu ze psychospirituální krize je, že klient (ani jeho okolí) většinou neví a nerozumí tomu, co se děje.

Úkolem terapeuta je nabídnout konceptuální rámec, strukturovat klientovo porozumění

spirituálním zážitkům a psychospirituální krizi. Tento rámec pomůže zmírnit klientův strach a pomůže mu vnímat psychospirituální krizi pozitivně. Materiály jako knihy, články, kazuistiky nabídnuté v pravý čas mohou významně napomoci integraci celého procesu.

Poté, co byl klient diagnostikován, je důležité během krizové intervence v akutním stadiu psychospirituální krize držet se těchto bodů:

1. Zůstat v kontaktu.

Ideálem je, pokud terapeut může být stále k dispozici tak, aby klient s ním mohl mluvit, kdykoliv cítí potřebu. Důležité je udržovat oční kontakt a zároveň by klient neměl zůstat dlouho o samotě. Pokud je to možné, je na místě takto poskytované služby modifikovat. Zasadit zkušenost klienta do pozitivního rámce je dalším způsobem, jak udržovat klienta v kontaktu.

2. Zůstat v přítomnosti.

Terapeut by se měl při navazování kontaktu ptát klienta na to, jaké pocity cítí ve svém těle, co vidí kolem sebe (jako např. vidím v rohu kytku, která má deset centimetrů dlouhé listy, ...). Tyto kroky pomáhají lidem orientovat se v jejich okolí a oddělit, co jsou oni a co je kolem nich.

Tato technika je zvláště užitečná ve chvíli, kdy se klient cítí zasažen svým zážitkem nebo má problémy v rozlišování hranic. Explorovat, ptát se klienta na základní potřeby (jako např. chci jíst, mám žízeň, chci vás držet za ruku, ...).

Terapeut by měl také umožnit klientovi sdílet jeho emoce, podporovat jeho sebeúctu a sebecit, vytvářet symetrickou pracovní alianci (jako např. podporuji vás, jsem rád, že mohu s vámi sdílet tento zážitek).

3. Potvrzení hranic

Všichni lidé procházející psychospirituální krizí jsou velmi citliví na svůj osobní prostor a hranice svého těla. Velmi citlivě reagují na narušení tohoto prostoru jinými lidmi. Je důležité ubezpečit klienta o tom, že si je terapeut vědom jeho osobního prostoru a že ho nehodlá narušit, ale naopak, že bude podporovat jeho intimitu. Dalším doporučením je například koupel, biodynamická masáž nebo jiná práce s tělem, která může vysoce

napomoci pocitu hranic vlastního těla.

4. Kreativní vyjádření

Často bývá velice užitečné podpořit klienta, aby vyjádřil své spirituální zážitky tancem, malbou, prací s keramickou hlinou, hudbou nebo básněmi či jiným psaným slovem. Umělecké vyjádření symbolickým jazykem nebo metaforou může lidem pomoci spojit spirituální zážitek s běžným vědomím.

5. Podpořit spojení s lidmi a s přírodou

Někdy mají lidé v psychospirituální krizi potíže se vztahy k jiným lidem. V takovém případě může terapeut klientovi doporučit procházku přírodou nebo kontakt se zvířetem. Příznivě může působit i kontakt s člověkem nebo se skupinou lidí, kteří zažili podobný proces.

6. Jídlo

Lehké jídlo, tvořené hlavně ovocem a zeleninou často používají různé spirituální cesty k zesílení například prožitků během meditace. Těžké jídlo jako maso a mléčné výrobky má opačný efekt. Pomáhá lidem být více ve spojení s fyzickým světem. Těžké jídlo, které vyžaduje více energie na trávení, může pomoci člověku ve psychospirituální krizi „přistát zpátky na zem“. Velmi se osvědčují kořeněná sladká jídla, čokoláda a orientální kořeněné sladkosti, citrusové plody. Pokud se člověk nachází v psychospirituální krizi, jejíž součástí jsou nepředvídatelné návaly energie, může být těžké přijímat jakékoliv jídlo. Různé spirituální směry se těmito otázkami zabývají hlouběji.

7. Jednoduchá rytmická aktivita

Procházky, vytírání podlahy, plavání, pletí zahrady, hrabání listí, úklid. To všechno jsou aktivity, které obsahují opakující se rytmický pohyb, při kterém se celé tělo koordinovaně pohybuje. Všechny výše zmíněné aktivity mohou napomoci facilitaci psychospirituální krize.

8. Literatura

V mnoha případech se jeví jako užitečné nabízet lidem v psychospirituální krizi literaturu, jako např. knihy, články nebo kazuistiky lidí, kteří prošli podobným procesem.

4. 2. Pesso Boyden System Psychomotor

Jejím autorem je americký manželský pár Albert Pesso a Diana Boyden. Odtud zkratka PBSP (Pesso Boyden System Psycho-motor). Oba autoři, prošli kariérou špičkových výrazových tanečníků. Po ukončení kariéry působili jako učitelé tance a herectví. Na základě pozorování emocionálních stavů svých žáků během nácviu citově vypjatých rolí začali od konce 50. let rozvíjet psychoterapeutickou metodu. Během následujících desetiletí ji plně rozvinuli a rozšířili do světa.

V Pesso Boyden psychoterapii se spojují psychoanalytické a na rodinu orientované principy s přístupem zaměřeným na klienta. Vytvářejí tak jednu filosofii, která vrcholí v terapeutické metodě založené na znalosti psychologického a tělesného vývoje člověka. Myšlenky, vzpomínky a představy, stejně tak jako držení těla, pohyby, tělesné příznaky a obtíže, upozorňují klienta a terapeuta na emoční konflikty, nenaplněné potřeby a traumatické zážitky.

Na těle založená podstata Pesso Boyden psychoterapeutického přístupu nabízí klientovi příležitost objevit nevyřešené emoční konflikty z minulosti a zabývat se jimi, nejen v diskusi, ale také v rámci tělesného prožitku. Zážitková podstata Pesso Boyden psychoterapie je zřejmá ze skutečnosti, že sebezkušenost klient získává v průběhu tělesných interakcí (*Experience in Action*, Pesso 1994).

Základem Pesso Boyden psychoterapie je optimistický obraz lidské bytosti. Člověk se přirozeně snaží nalézat cesty, jak se radovat ze života; s potěšením, uspokojením, smyslem a sounáležitostí. Lidé očekávají, že uskuteční svou jedinečnost a potencialitu, a směřují k integraci svých polarit, např. síly a zranitelnosti. Mají vrozené přání rozvíjet své vědomí a poznat smysl svého života. Předpokládá se, že existuje vrozené nutkání, které zevnitř těla motivuje osobu přijmout tyto vývojové úkoly. Během vývoje dítěte musí rodiče nebo jejich zástupci konkrétně uspokojovat jeho základní potřeby, jako je sociální/fyzické místo, výživa, ochrana, podpora a hranice. Následně musejí být tyto potřeby uspokojovány na symbolické úrovni, kdy dítě má *místo* v srdci rodičů, je *živena* jeho sebedůvěra, je *podporováno* ve svém úsilí, jsou *ochraňována* jeho práva a je mu pomáháno objevovat své vlastní možnosti a *hranice*. Když je tato péče a pozornost

internalizována, mohou dospělí nakonec uspokojovat své vlastní potřeby, cítit se někde doma, pečovat o sebe, nacházet podporu, ochraňovat a limitovat se ve svém vlastním zájmu a v zájmu společenství.

V rámci práce s psychospirituální krizí si lze všimnout, že se v PBSP objevují frustrované potřeby, které nejsou z oblasti lidských vztahů, jako např. místo nehostinné bez vztahu, kdy se klient upne ke spirituálním obsahům. Nebo v rámci potřeby péče nikdo o klienta nepečoval, klient může začít pečovat o boha a mít pocit, že Bůh o něj pečuje. Pomine běžné lidské vztahy, ve kterých nenachází bezpečí, jediné bezpečné místo je pro něj místo s Bohem.

Pocitujeme-li bolest, frustraci, zoufalství a odcizení, něco nám chybí a růst stagnuje. PBSP předpokládá, že pod obtěžujícími příznaky se nacházejí zdravé léčivé síly, které můžeme během terapie oslovit: „stačí, když na světě přivítáme to, co si říká o zrození“ (Pesso 1994). Terapeutickým úkolem je povolat blokovanou energii, nechat klienta uvést tuto energii do akce tím, že podpoříme jeho přirozené hledání patřičné uspokojující interakce.

Pesso Boyden psychoterapie je slučitelná s řadou dalších hledisek psychoanalýzy, obzvláště s teorií objektivních vztahů, ego-psychologie a selfpsychologie. Pro Pesso Boyden psychoterapii je specifický předpoklad, že nevědomý konflikt mezi potřebou vyjadřovat energii a internalizovaným odmítnutím energie se manifestuje tělesnými příznaky. To znamená, že tělo nepředstavuje pouze prostředek pro vyjádření, ale také nástroj k ovládnutí a někdy potlačení emocí a potřeb. Přítomnost vnitřního konfliktu se stává zjevnou v tělesných pocitech, v nakládání s hlasem, ve výrazu tváře, v postoji, v pohybu a v neočekávaném chování. Tělo také může svým vlastním způsobem symbolizovat a ukládat informace. Má takřka svůj vlastní jazyk a paměť.

Jednou ze silných stránek Pesso Boyden psychoterapie je, že individuální, idiosynkratické významy tělesných výrazů mohou být zkoumány v terapeutickém prostředí, kde je možné experimentovat s novými akcemi a interakcemi. Prostřednictvím tělesných prožitků vytvořených experimentálními interakcemi klient objevuje vztah mezi

verbálním a neverbálním jazykem, mezi současností a vývojovou historií.

Některé vlastní zkušenosti s použitím PBSP při práci s psychospirituální krizí:

1. Tento systém nám pomáhá v porozumění a zmapování klientovy situace, napomáhá při prvním odhadu, co přispělo k vytvoření krize a to zejména s ohledem na současné uspokojování bazálních potřeb. Například, jestli se momentálně změnilo něco v uspokojování základních potřeb nebo dospělé potřeby byly v nedávné minulosti zásadně frustrované, např. někdo přišel o místo, ztratil blízkého člověka apod.
2. Při diagnostice, jak může současná krize souviset s vývojovými deficity.
3. Práce s klientem, vytváření podmínek, aby klientovy momentální potřeby v krizi byly ideálně syceny, to je např. udělat mu dobré místo teď a tady.
4. Při tvorbě kontraktu, terapeut naplňuje potřebu bezpečí, která je nedílnou součástí dobrého kontraktu.
5. V rámci mapování, kdo ještě by mohl přispět k naplnění klientových potřeb a zvládnutí krize.
6. PBSP tvoří srozumitelný rámec pro krizovou intervenci a terapeutickou práci, v terapeutické práci se objevují obsahy, kterým se dává rámec (např. s klientovou představou anděla lze pracovat jako s bytostí co dodává bezpečí).
7. Metoda původně ego analytická se zaměřuje na porozumění výsledkům vývojových deficitů ega a v terapeutickém působení vyjasňuje a strukturuje ego, což je v rámci práce s psychospirituální krizí zvláště důležité.

Diagnostická kategorie psychospirituální krize je mladá a stává se výzvou pro nejrozličnější terapeutické směry a přístupy, bylo by zajímavé a jistě i užitečné vést diskuzi o možnosti různých terapeutických škol a směrů, co z jejich „inventáře“ by bylo možné pro práci s takovými stavy využít.

Je pravděpodobné, že každý přístup by mohl přinést inspirace a prvky, které mohou klienty v psychospirituální krizi oslovit a posílit. Zmíníme se ještě o jednom psychoterapeutickém směru, biosyntéze, a to proto, že jsem ji já i další terapeuti úspěšně používali při práci s klienty procházejícími psychospirituální krizí.

4. 3. Biosyntéza

Biosyntéza jako psychoterapeutický směr vychází z Reichovy bioenergetiky. Ta byla posléze rozpracována do teorie tělově charakterových struktur v souvislosti s tzv. tělově energetickými bloky. Rozvedení původní Reichovy teorie se opírá o egoanalytický vývojový koncept. Tato báze byla postupně rozšířena rozmanitými prvky práce s tělem a energií, které vznikaly v původních kulturách a zůstaly dochovány jako různé spirituální, meditační a léčitelské postupy (Boadella 1992).

Důležitou inspirací pro práci s klienty v psychospirituální krizi by mohlo být bližší studium schizoidní osobnosti a tělové intervence, které u osobností s těmito rysy nabízejí možnosti rychlého zklidnění a uzemnění. Právě u této osobnostní struktury se zdá, že je nejvíce predispozicí k prožívání obsahů, které mohou vést k psychospirituální krizi. Nutno dodat, že schizoidní charakterová struktura popisovaná v Biosyntéze neodpovídá poruše osobnosti nesoucí tento název.

Schizoidní charakterová struktura se vyznačuje:

1. rozštěpením jednotného fungování osobnosti. Dotyčný má sklon rozdělovat např. myšlení a cítění. Co si myslí, nezdá se mít souvislost s tím, co cítí a jak se chová.
2. stažením se do sebe, přerušením nebo ztrátou kontaktu s vnějším světem nebo s realitou. Schizoidní člověk není schizofrenní a ani nemusí nikdy být, ale tyto popsané tendence jsou v jeho osobnosti přítomny. Bývají většinou dobře kompenzovány.

Mezi psychologické průvodní znaky schizoidní osobnosti patří nedostatečné pocíťování sebe, protože jedinec se nedostatečně identifikuje se svým tělem. Jedinec nemá pocit integrity. V tělesné úrovni je patrné nedostatečné energetické spojení mezi hlavou a zbytkem těla, které vede k určitému rozštěpení osobnosti do dvou protichůdných tendencí. Často je pozorován arogantní postoj, který je doprovázen pocíťováním méněcennosti a ponížení. Například schizoidní žena se může současně považovat za pannu i prostitutku.

Schizoidní charakter je přecitlivělý, což se vztahuje ke slabému vymezení Já. Tato

slabost zmenšuje sílu odporovat vnějšímu tlaku a nutí takového člověka stáhnout se za obranné valy.

Schizoidní charakterová struktura má výraznou tendenci zabraňovat intimním citovým vztahům. Akce a činy jsou motivovány rozumem, což dodává schizoidnímu chování zdání nepřirozenosti a nepřiléhavosti. Tento fenomén se nazývá „jakoby chování“. Zdá se, že vychází z citu, ale akce sama nevyjadřuje žádný cit (Boadella 1992).

Výraz schizoid označuje člověka, který má omezené pocíťování sebe sama, slabé Já a silně redukovaný kontakt ke svému tělu a jeho pocitům.

Další inspirací k práci s psychospirituální krizí by mohlo být využití konceptu grounding, centering, facing. Tento koncept nabízí postupy, které mohou produktivně ovlivňovat tělově emoční prožívání, stabilizovat ve chvílích chaosu, nezvladatelného napětí a fragmentace na tělově psychologické úrovni.

Bioenergetická metoda **grounding** má za cíl znovu zajistit člověku pevnou půdu pod nohama. Ve chvíli, kdy má člověk pevnou půdu pod nohama, nemůže být bržděn a blokován. Kdo je dobře uzemněn, má dobrý kontakt s realitou.

Grounding, uzemnění, jako jeden z hlavních aspektů stability, mohou například zvyšovat hmotné, takzvané „zemské dotyky“, zvýrazňování prožitku váhy vlastního těla, prožívání směru dolů, či stabilizační postoje či polohy. Pro grounding je důležitý dotyk těla s podložkou, tlak nohou proti podložce, déledobější uvědomování si obrysu a váhy těla, tlak proti ramenům, kolenům, dotek na křížovou kost, na temeno hlavy a vše, co přináší zahřívání.

Centering jako hlavní aspekt harmonie a rovnováhy a opak roztržštění, fragmentace, mohou zvyšovat jednoduchá dechová cvičení, prožívání symetrie těla a vnímání jeho osy. Během centeringu je terapeutickým cílem přivádět klienta k sobě, pracovat na tom, jak se cítí včetně pozornosti k vlastnímu tělu, svědkování, zpřítomnění, sledování tělových pocitů a focusing.

K centeringu dále patří zvyšování pocitu svého středu, rovnováhy, např. dech do středu těla pozornost mezi obočí, jemné vyvažovací techniky navozující rovnováhu v těle a

různá dechová cvičení.

Facing je spojen se schopností prožívat, užít, abreagovat tělesnou energii, což může rychle a výrazně snížit tělovou tenzi a paniku z vlastní neusměrněné energie. Realisticky testovat každodenní úkoly, plánování toho, co je před klientem, strukturování času, krok po kroku, aktivity zvyšující zájem o každodenní život, praktické kroky, plány, kontrakt týkající se budoucnosti, zvládání situací.

V rámci facingu klient uvolňuje energii, která jde ven, lze nabídnout drobné abreaktivní cvičení vedoucí k uvolnění aktuálního tělového napětí- například zařvat, zesilovat tlak a povolit, napětí proti zdi rukou atd. Cílem facingu je formovat a uvolnit energii, která je chaotická a zatěžuje tenzí, to znamená, že facing pracuje s odbouráváním stresu (Boadella 1992).

Biosyntéza je směr, který obsahuje mnoho technik užitečných pro práci s psychospirituální krizí. Ty, které jsem zde zmínila, v podstatě provázejí klienta celou krizí.

V úvodních fázích se osvědčuje použití groundingu, jak práce se zážitky postupuje, je vhodné použít centering. V závěrečné fázi práce s psychospirituální krizí, kdy je potřeba dát tenzi klienta tvar se velmi osvědčuje facing.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Tématem psychospirituální krize jsem se začala zabývat při práci v krizovém centru Riaps. Měla jsem možnost pracovat s některými klienty v této krizi a zároveň se účastnit kazuistických seminářů na toto téma. Postupně, jak jsem některé klienty provázela, jsem se snažila zpracovávat jejich kazuistiky a přemýšlela nad možným využitím svých zkušeností.

Opakovaně jsem se zúčastnila přednášek D. Lukoffa, tvůrce diagnostické kategorie psychospirituální krize, během jeho návštěv v naší republice. Tato setkání byla nesmírně inspirující jak pro moji práci, tak pro psaní této disertační práce. S profesorem Lukoffem jsem některé části disertační práce diskutovala (příloha. 2).

Již během zaměstnání v Riapsu jsem se snažila cíleně mapovat problematiku psychospirituální krize v Česku, což je úkol velmi náročný. Terapeutů pracujících s touto kategorií je málo a tudíž je i málo klientů, kteří jsou takto diagnostikováni.

5. POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU A OTÁZKY STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Vzhledem k tomu, že psychospirituální krize není u nás běžně zavedeným termínem, nebylo možno v rámci disertace počítat s velkým počtem dostupných dat. Proto vycházím z kvalitativních rozborů jednotlivých případů i z názorů či postojů několika terapeutů, kteří mají jisté zkušenosti. Jde tedy o intenzivní šetření, opírající se o jistou formu metodologie, označovanou symbolem N=1.

Také rozhovory jsou přizpůsobeny jednotlivým klientům a jejich potížím a v dané situaci nelze zatím uvažovat o jakési standardizaci rozhovorů, to je otázka budoucnosti.

5. 1. Terapeuti

Empirická část disertační práce je kvalitativním výzkumem, obsahuje tři **kazuistiky** mých vlastních klientů, kteří prošli zkušeností psychospirituální krize. Kazuistiky odrážejí účinnost práce s konceptem psychospirituální krize a její přínos pro zlepšení stavu klienta.

Dále komentáře **8 odborníků** (2 psychiatrů a 6 klinických psychologů), kteří v České republice s problematikou psychospirituální krize pracují. Vzhledem k tomu, že psychospirituální krize není v České republice používána jako diagnostická kategorie, chybí statistické údaje z hlediska prevalence a incidence. Psychospirituální krize se zatím běžně nediodnostikuje, je tudíž poměrně málo terapeutů, kteří s tímto okruhem problematiky pracují. Získání tohoto vzorku 8 terapeutů bylo nesmírně náročné. Použila jsem metodu doptávání – **snow ball technique**, kontaktovala jsem Diabasis, jediné sdružení v České republice zabývající se pomocí lidem v psychospirituální krizi. Toto sdružení mi dalo k dispozici svůj seznam terapeutů, kteří se psychospirituální krizí zabývají. Ne všichni byli ovšem ochotni spolupracovat na výzkumu. Dále jsem kontaktovala bývalé kolegy z krizového centra Riaps, kteří v rámci práce na krizovém centru s tímto okruhem problematiky pracovali. Z celkového počtu 13 terapeutů zabývajících se touto problematikou se mi podařilo uskutečnit rozhovory s již zmíněnými 8. Možná existují ještě další psychologové a psychiatři, kteří se touto

problematikou zabývají, mě se je však nepodařilo dohledat.

Otázky strukturovaného rozhovoru s terapeuty:

- S kolika případy PSK jste se ve své praxi setkal?
- Uveďte základní demografické údaje (např. pohlaví, profese...)?
- Co měli klienti společného?
- Jaká byla životní situace těchto lidí?
- Dokázali byste popsat typický vývoj PSK – popis dynamiky, projevy, trvání?
- Které projevy PSK považujete za klíčové a které za méně časté?
- Jak si vy sám vysvětľujete, že PSK vzniká?
- Co považujete za nejefektivnější formu pomoci?
- Myslíte si, že se nějak mění život klientů po odeznění PSK, když ano tak jak?

Otázky měly za cíl zmapovat, jaký druh klientů v procesu psychospirituální krize v naší zemi terapii vyhledává, jejich společné rysy. Dále bylo mým cílem zmapovat postoje terapeutů k práci s těmito klienty. Zajímalo mě, jak si vysvětľují psychospirituální krizi a jaké metody práce s těmito stavy používají.

5. 2. Klienti

Další částí disertace je **20** strukturovaných rozhovorů s **klienty**, kteří epizodou psychospirituální krize prošli. Tito klienti byli diagnostikováni jako psychospirituální krize terapeutů, se kterými se ať už v akutní fázi nebo po jejím skončení setkali. Jedná se jak o klienty autorky, tak o klienty, kteří mi byli doporučeni odborníky pracujícími s tímto konceptem. Počet klientů s psychospirituální krizí byl v první fázi výzkumu vyšší. Konečný vzorek je menší, protože někteří klienti v akutní fázi nebyli schopni se rozhovorů účastnit. Jiní vzhledem k tomu, že zážitky spojené s psychospirituální krizí jsou často vysoce intimní, se rozhodli rozhovorů nezúčastnit.

Nejedná se o populačně reprezentativní vzorek, nicméně některá data se opakují a bylo možno je kategorizovat a uvažovat o nich jako o náhledu pro budoucí výzkumné kroky.

Poté, co jsem použila otevřené kódování - popisované skutečnosti jsem rozdělila na kategorie, následovalo axiální kódování, kdy jsem spojovala kategorie mezi sebou.

Zaměření strukturovaného rozhovoru s klienty:

- Muž/žena
- V jakém věku vás PSK potkala a co byl první projev, co spustilo PSK?
- Čím se PSK projevovала?
- Jak dlouho trvalo nejintenzivnější období?
- Jak reagovalo okolí, co vám pomáhalo/nepomáhalo?
- Které osoby byly pro vás důležité?
- Co vám scházelo, co jste potřeboval/a?
- Které intervence byly produktivní/neproduktivní?
- Co by byla optimální pomoc?
- Co byla nejhorší zkušenost?
- Podle čeho jste poznal/a, že se vracíte do „normálu“ a jak dlouho to trvalo?
- Změnil se váš život poté, co jste prošli procesem PSK, jestli ano, jak?

Cílem mých dotazů bylo zmapovat, jak klienti prožívali zkušenost psychospirituální krize, jestli jejich projevy odpovídaly charakteristikám popisovaným v literatuře. Dále mě zajímaly jejich zkušenosti s péčí během epizody psychospirituální krize a představy o ideální intervenci.

5. 3. Cíle empirické části

Hlavními cíli empirické části byly orientační odpovědi na tyto otázky:

1. Zda se v našich podmínkách nacházejí lidé odpovídající diagnostickým kritériím psychospirituální krize
2. V popsáných případech najít podobnosti, pokusit se vytvořit obraz typického klienta
3. Zmapovat současnou praxi práce s těmito stavy v Čechách

4. Formulovat typický průběh daných obtíží
5. Formulovat další hypotézy, které by měly být dalším výzkumem prověřeny

6. METODOLOGIE

Tato disertační práce je kvalitativním výzkumem, tj. výzkumem, jehož výsledků se nedosahovalo pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Důvodem, proč byl pro tuto práci zvolen kvalitativní výzkum, je samotná podstata zkoumaného problému. Jde vlastně o popis a porovnání jednotlivých případů psychospirituální krize tj. **případovou studii**.

Případové studie jsou a byly v psychologii vždy bohatě využívány. Podle Břicháčka je vhodné případové studie používat zejména jedná-li se o: velmi řídké jevy, vzácné kombinace vlastností, analýza a popis „typického“ případu jako zástupce určité skupiny (Břicháček 1981). V mém případě se právě jedná o poslední uvedenou kategorii.

Analýza jednotlivých případů v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu lze dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Mayring 1990).

Data o jednotlivých případech jsou shromažďována strukturovanými rozhovory, ty jsou doplněny kazuistikami komplexně popisujícími typický průběh psychospirituální krize.

Při stanovování ideového plánu výzkumu jsem nejdříve mapováním stanovila výzkumný problém tj. použitelnost kategorie psychospirituální krize v našich podmínkách, stanovila jsem si, jaký přínos by daný výzkum měl. V rámci teoreticko-kritické analýzy stavu poznání jsem sestavila přehled dostupné literatury. Stanovila jsem cíl a výzkumné otázky tj. otázku zda se v našem prostředí můžeme s touto diagnostickou kategorií setkat, jaké má charakteristiky a jaký je terapeutický postup. Charakterizovala jsem výzkumný soubor a metodologický rámec.

Metody výběru souboru v rámci kvalitativního výzkumu jsou označovány jako nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru, v souladu s např. učebnicí Brymana (Bryman 2001). Základní požadavky na metodu výběru souboru v kvalitativním výzkumu jsou, že metoda výběru má být podřízena cílům výzkumu tak, aby bylo ve vztahu ke zkoumanému problému dosaženo saturace dat – princip účelového

výběru. A dále metoda výběru výzkumného souboru při aplikaci kvalitativního přístupu není pevně dána a může se měnit v průběhu studie. Obecně pro aplikaci kvalitativního přístupu platí, že s výjimkou tzv. totálního výběru nevíme nikdy dopředu, jak přesně bude výběr vzorku vypadat. Způsob výběru výzkumného souboru se při aplikaci kvalitativních metod v průběhu výzkumu mění, není pevně dán. Snaha výběr vzorku pevně zakotvit se rozchází se základními požadavky na správný postup při výběru vzorku.

V této disertační práci byla použita **nepravděpodobnostní metoda sněhové koule** (Bryman 2001) pro výběr terapeutů, kteří pracují s kategorií psychospirituální krize. Metoda sněhové koule patří v oblasti kvalitativních metod k jedné z nejčastěji používaných. V principu je tato metoda založena na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru. Základním východiskem pro aplikaci této metody je získání kontaktu s první vlnou účastníků výzkumu. To se může dít prostřednictvím využití výběru přes instituce nebo díky předchozímu osobnímu kontaktu samotného výzkumníka. Hovoříme o tzv. nulté fázi. Prostřednictvím prvního kontaktu získáváme skupinu prvních kandidátů pro první fázi. Tato skupina kandidátů je složena z osob, které nominuje účastník nulté fáze a kteří tak tvoří soubor potenciálních účastníků výzkumu. V případě udělení souhlasu s účastí ve výzkumu ze strany kandidátů nominovaných v první vlně začíná druhá fáze. Při ní kromě dat získáme nominaci kandidátů pro druhou fázi. Celý proces se tak opakuje až do dosažení saturace. (Miovský 2006)

Pro výběr klientů, kteří psychospirituální krizí prošli, byl použit **prostý záměrný výběr**. Metoda záměrného výběru je vůbec nejrozšířenější metodou, s jakou se při aplikaci kvalitativního výzkumu setkáváme. Kritériem výběru je právě vybraná vlastnost nebo stav. Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský 2006).

Prostý záměrný výběr představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňující určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s í také souhlasí. Tento způsob výběru uplatňujeme zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný výběrový soubor a osoby náležející do základního souboru jsou poměrně snadno

dostupné (Miovský 2006).

Jako účastníky výzkumu byli stanoveni ti, kteří byli diagnostikováni kategorií psychospirituální krize. O účast ve výzkumu byl požádán člověk, který byl mnou nebo některým z terapeutů takto zařazen.

K tomu, abych získala kvalitativní data, jsem stanovila otázky, které mapovaly proces psychospirituální krize jak ze strany klienta, tak ze strany terapeuta.

Po získání těchto dat jsem je kategorizovala podle metody **zakotvené teorie**, viz níže.

Analýza kvalitativních dat je považována za nejobtížnější fázi realizace studie. Přispívá k tomu velká míra volnosti výkladu jednotlivých metod, nízká standardizace dílčích postupů a velké množství variant vzniklých kombinací jednotlivých metod. Na kvalitativní analýzu lze nahlížet různě. Existují názory, které odmítají jiný než deskriptivní přístup. Výsledkem je pak utřídění a popis získaných dat. Na druhé straně jsou radikální přístupy, které se pohybují na hraně spekulativnosti, kde kvalitativní analýza je chápána spíše jako umění než věda (Miles, Huberman 1994).

Jako kvalitativní metodu jsem využila metodu **zakotvené teorie autorů Glasera a Strause** (1967). V roce 1999 byla v češtině publikována jediná monografie zabývající se některou významnější metodou kvalitativní analýzy (Corbin, Strauss 1999). Od té doby se stala tato metoda dostupnou pro české výzkumníky a začala být používána v oblastech psychologického výzkumu. Jednou z velkých výhod této metody je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale i současně využívat různých přístupů v samotné analýze. Jednou z dalších jejích výhod je její plastičnost, tedy možnost je v rámci definovaných pravidel upravovat dle potřeb a předmětu výzkumu.

Zakotvená teorie je induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je vytvořena a prozatímně ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů. Proto se fáze shromažďování údajů, jejich analýza a samotná teorie vzájemně doplňují.

Důležitým místem zakotvené teorie je tzv. teoretická citlivost. Teoretickou citlivostí je myšlena schopnost vzhledu výzkumníka do souvislostí výskytu, vývoje a charakteru zkoumaného fenoménu. Je to schopnost dát údajům význam, oddělit související od

nesouvisejícího, podstatné od nepodstatného a porozumět tomu. Udržování rovnováhy mezi tvořivostí a vědou je zajišťováno prostřednictvím tří metod:

1. pravidelného odstupování od problému a kladení otázek
2. udržováním skeptického postoje
3. postupování v souladu s ověřenými postupy

Ústředním procesem tvorby nové teorie je kódování, tj. operace pomocí níž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby.

První fází procesu je **otevřené kódování**. Během otevřeného kódování jsem se snažila rozlišit pojmy a vytvořit **základní kategorie**. Na otevřené kódování navazovalo **axiální kódování**, během kterého jsem se snažila pojmy novým způsobem skládat dohromady a nacházet vazby mezi kategoriemi a subkategoriemi. Kategorie jsem rozvíjela, zabývala jsem se bližším určením kategorií, kontextu, strategiemi jednání, interakcemi a jejich následky.

Během procesu otevřeného a axiálního kódování jsou rozpracovány kategorie, jejich charakteristické vlastnosti, dimenze a vzájemné vztahy.

Jako technika kontroly validity byla použita **triangulace**. Tato metoda znamená hledání a určování pozice předmětu výzkumu prostřednictvím tří různých zdrojů dat, úhlů pohledů, způsobů interpretací. Triangulace představuje velmi účinný kontrolní nástroj integrující různé zdroje dat a přístupy k jejich získávání a analýze.

7. VÝSLEDKY

7. 1. Kazuistiky

Nejprve uvádím tři kazuistiky z mé praxe. Kazuistiky ilustrují proces psychospirituální krize v jeho podstatných rysech jako jsou spouštěcí mechanismy, poměrně dramatický průběh zahrnující „neobvyklé fenomény“, ústup příznaků a návrat k běžnému fungování klienta. Se všemi případy jsem se setkala během práce v krizovém centru Riaps.

Kazuistika 1:

Klientka M., 30 let, svobodná, SŠ

Klientka M. přišla z ulice ke krizové intervenci na doporučení své kolegyně. Ta jí řekla, že už delší dobu vypadá „tak divně“, že to nemůže být jenom „nemoc“ a ať se jde poradit s psychiatrem. Tato poznámka klientku velmi znepokojila, uvedla jí do velkého zmatku a tenze, která ve večerních hodinách natolik vzrostla, že už to nemohla vydržet, zavolala taxíka a nechala se odvést na krizové centrum. První dojem, který jsem z klientky měla, byla její nápadná „normálnost“. Byla konvenčně oblečená a i v chování a vyjadřování byla patrná snaha vzbudit dojem, že je vše v pořádku. Její objednávka byla, že chce napsat nějaké psychiatrické léky, nejlépe tablety, protože se bojí injekcí. Jako hlavní důvod uváděla, že jí to radí spolupracovníci. Trvalo dlouhou dobu, než byla ochotna, alespoň trochu poodhalit téma, které jí skutečně přivádí. Kontakt navazovala velmi pozvolna, zpočátku vážila každé slovo, stále se ujišťovala, jestli rozumím tomu, co říká a tak postupně během asi 3hodinového sezení jsem se dozvěděla tento příběh.

Klientka již 9 let pracovala ve státní sféře jako referentka a vedla, jak říkala, normální život. K tomu, že vedla normální život, se několikrát vracela. Jednoho dne v polední pauze si šla něco koupit a rozhodla se jít do obchodu přes Karlův most. Do tohoto obchodu občas chodívala, zvláště když bylo hezké počasí, byla to její oblíbená procházka. Poté, co vstoupila na most ze strany Starého města a prošla branou, „padla jí do oka“ socha svatého a nemohla od ní pohled odtrhnout. Na chvíli se zastavila a jako by jí něco řeklo: „jdi a dotkni se ho“. Hned nato se objevila myšlenka, že je to něco divného, ale nemohla si pomoci. Zamířila proto k soše a letmo se jí rukou dotkla. Udělala několik rychlých kroků po mostě a pak se stalo „TO“. Klientka zpočátku trvala na tom, že mě nemůže popsat ani vysvětlit, co pak nastalo, že o tom nikdy s nikým doopravdy

nemluvila a že je to celé hodně zvláštní. Podporovala jsem jí v tom, že i když je to pro ni tak těžko sdělitelné, že se o to můžeme alespoň pokusit a sdílet to, co se sdílet dá. Klientka se několikrát odhodlávala o svém zážitku vyprávět a znovu se uzavírala, bylo u ní patrné velké rozrušení spolu s vegetativním doprovodem. Postupně krok po kroku jsme zrekonstruovali obraz jejího zážitku: Když udělala několik rychlých kroků po mostě, měla intenzivní zážitek, jakoby vstoupila do jiné dimenze. Jak sama řekla, ocitla se někde, kde je všechno zároveň „strašně velké i strašně malé, kde se všechno děje v nekonečném čase a zároveň ve stejný okamžik. Měla zážitek, že je současně v realitě na mostě, ale zároveň, že ta realita se úplně změnila. Říkala mi: „jako kdybyste se dívala na malou černobílou televizi a najednou ten obraz je jako z velké barevné obrazovky, která navíc vysílá vícerozměrově“. Měla pocit, jako kdyby nešla úplně po zemi, ale byla o něco výš, jako by se na všechno ostatní dívala z vyšší výšky asi 2-3 metrů, Zároveň ale vnímala, že se nohy dotýkají země. Připadala si nejenom větší, ale „řidší“, v těle měla nepopsatelný pocit, tepla, klidu a vřelosti, zejména kolem srdce. Napadla ji myšlenka, že se to týká bratra. Něco v ní bylo velmi znepokojené, ale většina její bytosti byla v naprostém klidu, a jak říkala „sladkosti“, objevila se jí myšlenka, že toto už dobře znám, že to není nic nového. Jak šla dál mostem (použila výraz „jak jsem proudila mostem“), uvědomovala si lidi, kteří jí míjeli, a s úlekem si uvědomila, že útržky slov a vět, které slyší, jsou myšlenkami těch lidí. Cítila se zároveň ohromena, ale i zavalená tím, co k ní přicházelo z okolí. Napadlo ji: „jak se dá tohle unést?“ Hned na to přišla jako odpověď vlna prožitku klidu a jistoty.

V tu chvíli ji napadlo, aha, takhle se učíme. Položím otázku a odpověď mi přijde v podobě pocitu. Přejít přes most prožívala jako nekonečně dlouhou dobu, naplněnou stupňujícím se blahem. Pravděpodobně nějakou dobu stála na mostě se zavřenýma očima, ale neví to jistě. Když se blížila k bráně na druhé straně, měla najednou pocit, jako by vystoupila z nějaké bubliny, fyzicky měla prožitek, jako by se prolnula nějakou neviditelnou stěnou. V jednom okamžiku to všechno zmizelo. Sedla si na křeslo v malé kavárničce na konci mostu a nějakou dobu tam seděla. První pocit byl prázdnota a pocit divné únavy, pak si pamatuje, že se jako automat odebrala do obchodu, tam si koupila jídlo asi i něco snědla, tramvají dojela zpátky do práce, měla pocit, jako kdyby se chovala jako stroj. Teprve večer, když došla domů, začala mít strach, plakala, třásla se, byla úplně zmatená. Napadalo jí, že tohle nemůže nikomu říct. Několik dní „normálně“ fungovala, ale pak se znovu a znovu objevovaly mučivé představy, co se to vlastně stalo.

Asi po týdnu se jí objevila úzkostná myšlenka, že to, co se jí stalo, musí souviset s nějakou nemocí. Vzpomněla si, jak jí kdysi někdo vyprávěl o někom, kdo měl mozkový nádor, že viděl a slyšel divné věci. Její úzkost se zvyšovala a po několika nesnesitelných probdělých nocích se vydala za lékařkou, kde se jí svěřila, že měla takový divný zážitek a naznačila několik podrobností. Byla vyslána na neurologii s tím, že je třeba vyloučit, zda neprodělala epileptický záchvat. Prošla potom několik ambulantních vyšetření, kde se „nic nenašlo“. Klientka pociťovala po celou tu dobu veliký strach a stále víc se u ní objevoval třes rukou, tachykardie, pocení a zejména ve velké úzkosti brnění rukou. Svěřovala se lékařům s těmito obtížemi a zároveň se svojí neschopností fungovat dobře v práci. Byla jí vystavena pracovní neschopnost a doporučena hospitalizace, aby se mohl její zdravotní stav podrobněji zkoumat. Mimo jiné padla hypotéza, že by mohlo jít o roztroušenou mozkomíšni sklerózu. Poté klientka prošla hospitalizací, podrobným vyšetřením s negativním výsledkem. To ji uklidnilo, vrátila se do práce, snažila se „normálně“ fungovat, ale občasný strach, co se to vlastně tehdy na mostě stalo, jí čas od času přepadalo dál. Napadalo jí, jestli není duševně nemocná a zda se to znovu neprojeví. Uvědomuje si, že v té době byla asi uzavřenější než dřív a tak se stalo, že jí kolegyně, která si této změny všimla, dala doporučení, aby si zašla k psychiatrovi.

Poté, co klientka odvyprávěla tento příběh, mohly jsme se více věnovat tomu, co je jádro problému. Klientka to hezky vyjádřila: „no řekněte mě, kde se to ve mně vzalo, vždyť já na takovýchle věci vůbec nejsem“. Z toho, co dál říkala je patrné, že v jejím životě šlo vždy vše zcela „normálně“. Po skončení střední školy se nechala zaměstnat na úřadě, o náboženské nebo spirituální věci se nikdy nezajímala, ani o nich v rodině neslyšela, na takové věci zkrátka nevěřila a lidi, kteří se zajímají „o čakry a takové věci, jsem měla za blázny“. Tyto věci považovala za ujeté a posmívala se jim, viděla je s despektem. Poslední půlhodinu prvního setkání jsme věnovaly zářimování událostí z posledních měsíců, potvrzení toho, že je možné takové zážitky a pocity sdílet. Potvrzení jejího pocitu strachu a zmatení, nabídla jsem jí takový pohled, že je možné mít nečekané nebo nevysvětlitelné zážitky aniž by to znamenalo nemoc nebo závažnou poruchu. Pověděla jsem jí o několika podobných zkušenostech jiných lidí a ona sama připustila, že sama slyšela o takovém příběhu od někoho z okolí.

Odcházela stále ustaraná, ale daleko klidnější a sama se zajímala o datum dalšího setkání. Její poslední věta byla „takže na tu psychiatrii zatím chodit nemám?“

Po této úvodní konzultaci jsme spolu měly 9 setkání většinou každý týden.

Během těchto setkání klientka o sobě a o svém životě mluvila spontánně, nikdy nám nestačila hodina na to, aby řekla vše, co jí napadlo. Zpočátku se vracela k tomu, že proč zrovna jí, tak „normální“ bytost má postihnout takovýhle zážitek. Víc a víc se objevovalo, jak moc se bojí všeho, co není normální. Spolu s tím se začal vynořovat obraz její rodiny a toho, co předcházelo zážitku.

Na otázku, jak by popsala vlastní rodinu, vyhrkla, že je dost nenormální- ale zároveň se tomu hned dokázala usmát a pochopila souvislost. Mnoho toho, co se děje v její rodině, bylo tématem několika sezení. Vztahy rodičů byly skutečně velmi nestandardní, většina komunikace probíhala v hádkách, nepřátelství a naschválech, ale to vše bylo pod poklopem normální slušné bohaté rodiny. Postupně jsme se dostaly k velmi traumatické události, která předcházela jejímu zážitku. Asi měsíc před příhodou na mostě spáchal sebevraždu její o 8 let mladší bratr, který dosud žil s rodiči. Od dětství s ním byly „problémy“. Toulal se, kradl peníze, nějakou dobu žil v partě, ale pak se vrátil domů a často si stěžoval, že v domě, kde žili spolu s ním rozvedení rodiče a kde je plno koček, se nedá normálně žít. Zabil se trhavinou v jídelně domu a následky tohoto činu potřísnily dům tak, že byl po dlouhou dobu neobyvatelný. Klientka se od té doby cítila jakoby „zmražená“ hrůzou, na povrchu fungovala, pomáhala s pohřbem, a myšlenky na bratra se jí dařilo odhánět. Sama objevila souvislost zážitku na mostě s velkou bolestí, která souvisela se ztrátou bratra, když se vrátila k momentu, kdy jí problesklo na mostě hlavou, že se to nějak týká bratra.

Hodně času našich dalších setkání jsme pak věnovaly uchopení a zpracování této rány. Klientka projevovala hodně bolesti, zlosti, zoufalství, pocitů viny, ale také začala otvírat otázky, co se vlastně stane, když člověk zemře. Byla to pro ni dosud nikdy neotevřená a neprobádaná oblast. Potýkala se s takovými tématy, jako jestli existuje duch, duše a jestli je možné mít kontakt s lidmi po smrti, zároveň sama sebe devalvovala, že o takových „blbostech“ mluví, když na ně nevěří. Na posledním setkání se klientka vrátila k pocitům blaha, které na mostě zažila a poznamenala, že tak možná vypadá nekonečná láska, o které slyšela mluvit jednoho člověka, který chodí do kostela. V té době byla schopna chodit do práce a přiměřeně fungovat a dohodly jsme se, že se může ozvat později, kdyby něco potřebovala.

Asi za 5 měsíců se sama ozvala a požádala o setkání. Na to pak navazovala další 4

setkání, ve kterých klientka měla potřebu vrátit se ke zkušenosti na mostě, tentokrát byla schopna o svých zkušenostech mluvit bez úzkosti, se zvědavostí a jak vyplynulo, přečetla si několik knih, které se zabývají spiritualitou, z nichž jedna ji opravdu zaujala. Sama nyní nahlížela, že zážitek na mostě souvisel s extrémní situací smrti bratra a sama dodala, není divu, že se to někde muselo „vyboulit“.

Poměrně jasně nahlédla, že vegetativní a úzkostné obtíže nejsou součástí zážitku na mostě, ale reakce na něj. S pláčem si vzpomínala na úzkosti v nemocnici a kolik energie musela věnovat obavě z nemoci.

Důležité téma těchto setkání, které opatrně otvírala, byl její opakovaný zážitek, že její bratr je jaksi v její přítomnosti. Zpočátku se toho velmi bála, dokonce jednou měla náznak paniky, ale pak si vzpomněla na klid, který zažila v zážitku na mostě. Pomáhal jí v tom hluboký klidný dech. Při „posledním“ setkání s bratrem cítila, jak jí vstoupily slzy do očí, stála tam, nechala je kanout a zároveň měla pocit, že bratrovi už je dobře. Pocítila k němu velkou lásku a měla zážitek, že i láska přichází k ní. Její život se začal měnit i v jiných ohledech, začala chodit na koncerty vážné hudby, nejčastěji na varhanní koncerty a začala pracovat s hrnčířskou hlinou. Rozešly jsme se s tím, že to, co potřebovala zrekapitulovat, se podařilo a že se bojí všeho daleko méně než předtím.

Navštívila mě asi za rok a půl po tom všem, přinesla mi květinu, a jak říkala, přišla se jen tak ukázat. Nezůstala dlouho, jen mi chtěla říci, že se má docela dobře a že jí věci teď daleko víc zajímají. Udělala několik dobrých změn ve svém osobním i pracovním životě. Odcházela s tím, že už je zase všechno normální, ale tak trochu lepší.

Pokud vím, tato klientka nikdy předtím ani potom podobný prožitek jako ten na mostě neměla. Zdá se, že z tohoto ojedinělého zážitku se jí podařilo pro sebe vytěžit pozitivní změny.

Kazuistika 2:

Klient, 24 let, svobodný, student VŠ

Brzy ráno přišel na krizové centrum mladý muž. Měl atletickou postavu a stenické vystupování a zároveň působil vystrašeně a nejistě. Když jsem se ptala, jakou má objednávku, staženým nejistým hlasem říkal, že potřebuje psychiatrickou medikaci nebo

posouzení odborníkem, protože má strach, že má duševní onemocnění. Trochu váhal mluvit se mnou, protože si nepřál mluvit s psychologem, měl k tomu nedůvěru. Nabídl jsem mu, že spolu můžeme mluvit jen o tom, co potřebuje, abych mu mohla najít adekvátního lékaře, nebo ho odeslat do takové služby jakou potřebuje. Ptala jsem se ho, podle čeho soudí, že má duševní onemocnění a on nějakou dobu „klouzal“ po povrchu, dával nejasné odpovědi. Po nějaké době se začal uvolňovat a uklidňovat a svěřil se mě, že si myslí, že je nenormální, protože má nenormální stavy. Když jsem explorovala, o jaké stavy jde, uváděl, že například se dívá do zrcadla, jestli nevypadá divně a že mnohokrát za den se přistihne při tom, že se pozoruje, jestli se chová normálně. Asi až po půl hodině, kdy jsem ho podporovala a zvyšovala jeho pocit bezpečí, se mi svěřil s následujícím zážitkem.

Od chlapeckých let byl členem horolezeckého oddílu a během adolescence absolvoval pravidelné horolezecké výpravy s oddílem. Ve 22 letech se účastnil první velké horolezecké výpravy v zahraničí, kde se „osvědčil“ a získal sebedůvěru. Minulé léto se vydal na další náročnou expedici, v té době byl studentem 4 ročníku medicíny, takže zastával i část zdravotnické péče v expedici. Během výstupu došlo k neštěstí, lezl jako první a muž, který ho jistil, uklouzl a strhl ho dolů. Klient přistál na římsce skalní stěny. Ta byla tak malá, že na ní mohl jen sedět, neměl žádnou informaci, co je s ostatními členy výpravy a velmi rychle prochládl a dostal se do stavu velké paniky a strachu. Vzpomínal si, že se velmi třásl, plakal, měl bolesti v celém těle a cítil stále větší ochromení, tak že nemohl pohnout ani rukou. Měl prožitek nekonečně dlouhého času. Hlavou mu vířily slova, vzpomínal si, že se mu například opakovala slova: „to je konec, to je konec“. Objevovala se mu tříšť vzpomínek a obrazů a prožíval návaly ohromného zoufalství a bezmoci a emoční bolesti. Neví, jak dlouho tento stav trval. Tento stav se prohluboval a neustále se vracel až do neúnosnosti. Pamatuje si, že křičel a domníval se, že chvílemi ztrácel plné vědomí. V jednu chvíli se z tohoto stavu probral s pocitem, že odněkud zleva nad ním je něco, co se na něj dívá. Pootočil se a uviděl anděla. Seděl na výstupku nad ním a měl klidný a „krotký“ výraz. Byl hmotný a zároveň nehmotný. Možná, že byl tvořen jen nějakým světlem. Nicméně zřetelně viděl každou část jeho těla. Nijak ho nekontaktoval, nemluvil na něj, jen tak s ním „trpělivě“ byl. Klienta to napřed trochu překvapilo, ale pak mu to připadlo úplně samozřejmé. Pocítil proud klidu, přestalo ho bolet tělo, vlastně přestal cítit tělo jako takové a v hrudníku pociťoval pulzující teplo. Rozléval se v něm pocit usmíření, přitakání a uvědomoval si, že se usmívá. Začalo se

smrákat a pak rychle nastala tma. Neví, jestli byl celou noc vzhůru, pravděpodobně pospával, ale ve chvíli, kdy byl plně při vědomí, nepocíťoval žádné ohrožení nebo nebezpečí. Klient několikrát opakoval, že zážitek je nepopsatelný, ale podstata se dá vyjádřit výrokem „všechno je tak, jak má být“. Před jeho vnitřním zrakem se mu promítaly zážitky lidí v podobných situacích. Když se začalo rozednívat a uviděl červený proužek na obzoru, pocíťoval neobyčejné pohnutí a plakal. Ještě než se úplně rozbřeslo, přiletěl záchranářský vrtulník, který se mu snažil hodit lano. Klient byl v takovém rozpoložení, že nebyl schopen vyvinout aktivitu, aby se lana chytil. Nakonec pro něj musel slanit záchranář ze shora. Když se ocíťoval ve vrtulníku, nemohl dost dobře reagovat na vítání a objímání svých kolegů z výpravy, kteří byli se záchranáři ve vrtulníku. Informace o tom, že všichni přežili a že se nikomu nic závažného nestalo, k němu doléhala jakoby z dálky. Cíťoval se tak naplněn zážitkem s andělem, že to zastíralo všechny ostatní podněty. Záchranáři se velmi podívovali, že nemá omrzliny ani není závažně prochladlý a stále se ho vyptávali, jestli ho něco nebolí nebo jestli něco nepotřebuje. Klient na oplátku se jim snažil ze všech sil vypovědět a popsat zážitek s andělem.

Neuniklo mu pár poznámek kolegů o tom, že mu hráblo a že je v šoku, on se je snažil přesvědčit, že je úplně v pořádku, bylo mu do smíchu a pamatuje se, že kamarádům říkal, víte ono je na světě vlastně všechno úplně jinak. Všiml si vyděšených pohledů a než ho odtransportovali do nemocnice, tak mu jeden kolega dobromyslně poradil, aby si tyto věci radši nechal pro sebe a ať se nebojí, že se z toho určitě dostane. V nemocnici se rychle potvrdilo, že je fyzicky úplně v pořádku a celá skupina se chystala k odjezdu.

Cestou domů se jak říká už „unormálnil“, jenom se mu ten zážitek s andělem vracel a on se musel usmívat. Několikrát se snažil svým kamarádům popsat svůj prožitek, ale vždycky narazil na odmítnutí, zlehčení a dokonce mu jeden kolega z výpravy řekl, že slyšel, že takhle může začínat také schizofrenie. Po návratu do Prahy se začal učit na náročnou zkoušku a měl dojem, že se hůř soustředí. Přistihl se, že často kouká „do blba“ a vrací se mu v nějaké podobě vzpomínka na noční zážitek s andělem. Mnoho věcí mu najednou přišlo jinak, věci, které předtím pro něj byly důležité, jakoby vybledly. Přestalo ho těšit stýkat se s některými lidmi a dostával víc a víc zpětných vazeb, že se chová divně. Začala v něm klíčit obava, zda to, co zažil, nebyl začátek duševního onemocnění. Začal se pozorovat, zkoumal svůj obraz v zrcadle, až ho zvyšující úzkost přivedla do krizového centra. To bylo asi čtyři měsíce po popisované události.

Už během prvního kontaktu jsem se zaměřila na možnosti změny jeho vztahu k oné události. Protože klient byl nesmírně nastavený na studium problematiky, (dlouhé hodiny si četl v Repetitoriu a učebnicích psychiatrie), nabídla jsem mu možnost přečíst si i další knihy, které mají trochu jiný úhel pohledu. Měla v pracovně po ruce některé Grofovy knihy, vybral si jednu z nich. Možnost studovat zážitek ho zaujala a velmi bystře reagoval i na poukázání, že by bylo dobré zkoumat, v čem je skutečně problém. Byl to jeho zážitek nebo přijetí tohoto zážitku okolím? Dohodli jsme se, že hned druhý den za mnou opět přijde a příznivé okolnosti nám dovolily mít druhý den prostor více než dvou hodin na práci. Poměrně rychle se nám podařilo rozplést jednotlivé vrstvy problému a zkoumali jsme spolu, jak znejišťující pro něj byla reakce kamarádů poté, co ho zachránili. Zároveň ale byl schopen pochopit a reflektovat jejich chování. Velmi důležitý byl pro něj hovor o tom, že ve výjimečných situacích lidé mívají výjimečné zážitky a že to obvykle nijak nesouvisí s patologií. Sám přicházel s podobnými příběhy, které vyprávěli jiní horolezci, vzpomínal si, že viděl film, kde byla výpověď člověka, který se topil a před jehož zraky proběhl celý jeho minulý život. Jeho úzkost z možného psychiatrického onemocnění se rychle rozplývala. Pak jsme spolu mluvili o tom, co by mu mohlo pomoci zvládat jeho každodenní úkoly, přípravu na zkoušky a podobně.

Další schůzku jsme si dali asi za 10 dní s tím, že mě může vyhledat dřív, kdyby potřeboval. Na tuto schůzku nepřišel, omluvil se s tím, že se ozve později. Třetí setkání inicioval klient až za několik týdnů, kde potřeboval především zreflektovat to, že se v jeho životě opravdu něco změnilo. Potřeboval se vyrovnat s tím, že někteří kamarádi mu už nic „neříkají“. Začaly ho zajímat věci, které ho dřív neoslovovaly, například hudba. Poprvé v životě začal vážně uvažovat o tom, co bude dělat ve svém profesním životě. Byl schopen víc vidět, co nechce dělat („rejžovat prachy, abych si mohl koupit mercedes“) a zároveň ale nevěděl, co by to mělo být. To je teď jeho hlavní úkol. Svou změnu hezky vyjádřil, když říkal, že to hlavní, co mu zbylo z toho zážitku, byl úsměv.

Naposledy mě klient kontaktoval přibližně po roce, blížil se ke konci svých studií. Potřeboval mluvit o svém partnerském životě a nahlas uvažoval o zodpovědnosti ve vztahu. Ke svému zážitku se neměl potřebu vracet a z toho, co říkal, bylo patrné, že má úplně běžná témata přiměřená jeho věku a okolnostem.

Kazuistika 3:

Klientka S., 45 let, rozvedená, VŠ

Klientka S. se přišla poradit poté, co jí opakovaně bylo velmi špatně po obtřicích páteře. Ty jí byly indikovány pro silné nespecifické bolesti, které vystřelovaly z oblasti kostrče až do hrudní páteře. Po obtřicích zvracela, zatmívalo se jí před očima, pokoušely se o ni mdloby a měla intenzivní pocit, jako by jí někdo do těla „napustil“ jed. Ošetřující lékař se velmi pozastavoval nad její reakcí, doporučil jí, aby šla na neurologii a pak léčbu přerušil. Kamarádka jí řekla, že její obtíže mohou být psychosomatické a podpořila jí, aby šla za psychologem. Začaly jsme spolu pátrat, o čem by si s psychologem potřebovala popovídat. Nejvíce jí trápil pocit, že se jí dějí divné věci, kterým nerozumí. Postupně jsme se dostávaly k tomu, co se děje divného s jejím tělem a já jsem jí nabídla pracovat s časovou osou. Se zájmem pracovala s instrukcí zachytit uzlové body a změny v tělovém prožívání, až jsme se dostaly k tomu, kdy se její obtíže začaly projevovat. Tady klientka znejistěla a bylo vidět, že upadá do rozpaků, chvíli jsme musely spolu vytvářet podmínky pro sdělení něčeho, co jí přišlo, jak říkala, velmi intimní.

Poslední roky jejího života byly poznamenány rozvodem s manželem, klientka prožívala velké znechucení ve vztazích k mužům vůbec, stahovala se spíše do ústraní. Shodou okolností děti v této době „vylétly z hnízda“. Před několika týdny se jí stala velmi nečekaná a zarážející věc. Na služební cestě si „padli do oka“ s mužem, kterého předtím nikdy neviděla. Velmi rychle s ním navázala kontakt, což bylo vzhledem k její životní zkušenosti zcela mimořádné. Cítila se tímto mužem velmi přitahována, přímo jí „uchvátila“ jeho vůně. Strávili pak spolu celou noc a klientka to popisuje nejenom jako zcela výjimečný sexuální prožitek, ale také zážitek „otevření srdce“ a prožitek velké milosti. „Jako bych to ani nebyla já“ říká klientka. Během té noci jsem pochopila, o čem je spousta knih i divadelních her. Ráno se spolu rozloučili a už se nikdy nesetkali. Asi třetí nebo čtvrtý den po této zkušenosti se klientce začaly objevovat zcela nové pocity a prožitky. Napřed to byly velmi živé erotické a sexuální obsahy ve snech, později tak imperativní sexuální prožitky, že měla strach, že ji roztrhají. Někdy v té době začala pociťovat „žhavou kouli“ v podbřišku, která měla tendenci putovat po celém jejím břiše. Občas vnímala pohyby v břiše, jako když byla těhotná. Měla přemíru energie, téměř nepotřebovala spát. Po několika dnech se začala objevovat prudká bolest v oblasti kostrče a kříže, která vystřelovala jak šípy k lopatkám. Zároveň zažívala pocit plnosti v břiše a byla velmi překvapená, když zjistila, že jediné, co jí pomáhá, je nastavovat své

tělo do různých spleťtých a jakoby nesmyslných pozic, ve kterých setrvala. K bolestem se přidala i nevysvětlitelná velká rudá horká skvrna mezi lopatkami, velmi bolestivá na dotek, která svědila nebo v ní pociťovala mravenčení. Někdy v té době se jí začaly objevovat obrazy mužů, kteří měli souvislost se spiritualitou nebo vírou. Někdy měla zážitek jejich blízké přítomnosti, byli to například mniši, kněží, svatí nebo muži, kteří se nějak obětovali pro ostatní. Byla pužena chodit do kostelů a velmi jí uklidňoval pohled na mužské postavy. Jak sama říkala, poprvé si uvědomila a prožila atributy mužství, které dřív nevnímala. Čistotu, jakousi posvátnost, zároveň křehkost a sílu, která nezraňuje. Často celé hodiny slzela, jako by tento pláč očišťoval staré rány, které utržila ve vztahu s mužským světem v dětství a dospívání. „Pochopila jsem, co to je ta vyšší láska“. Byly chvíle, kdy pociťovala velké štěstí, ale zároveň chvíle, kdy se svíjela v bolestech. V té době vyhledala lékaře, ale nebyla schopna snést žádný lék. K tomu se přidaly úporné bolesti hlavy a krvácení z nosu. Ulevovalo jí posezení v kostele. V té době už nebyla schopna chodit do práce, měla neschopenku „na záda“. To byla chvíle, kdy vyhledala právě naši pomoc. Během tohoto prvního setkání se nám nepodařilo víc než situaci popsat. Nabídla jsem jí hospitalizaci na lůžkovém oddělení krizového centra, protože jsem intenzivně cítila, že potřebuje bezpečné místo pro tak intimní proces. V následujících čtyřech dnech hospitalizace jsem se postupně snažila jí nabízet informace, které by jí mohly pomoc pochopit energetické změny v jejím těle. Naštěstí jsem měla k dispozici literaturu, která se toho týká. Klientka tím byla velmi zaujatá, a když jsme spolu procházely obraz probuzení kundalíní, byla schopna mluvit o dalších zkušenostech, které předtím neuměla popsat a vyjádřit. Například prožitek, jako kdyby jí procházel elektrický proud nebo nechtěná spontánní vokalizace nebo zášlehy světla v hlavě. Klientka přijala během hospitalizace nabídku práce s tělem, na kterou velmi příznivě reagovala uvolněním a zklidněním symptomů. Mluvily jsme také o změně jídelníčku, který může proces „uzemnit“ a zklidnit.

Klientka měla již před tím chuť na čokoládu a skořici, kamarádka jí přinesla doporučený jogi čaj, který pila s mlékem a medem. Ke konci hospitalizace zažila klientka prudkou bolest spojenou s pocitem, že se jí „rozskočí“ hlava a silným krvácením z nosu. Byla vyšetřena internistou, ale veškerý nález byl v normě. Když bolest odezněla, klientka pociťovala velkou úlevu a sama říkala, že je to „tečka za tím vším“. V několika dalších měsících klientka opakovaně přicházela, když se symptomy znovu objevovaly. Neměly už takovou sílu, a byla schopna ve svém běžném životě víceméně fungovat. Přesto si o

tom všem potřebovala popovídat. Svůj zážitek asi po necelém roce shrnula tak, že to bylo velmi těžké období, ale že poznala „druhou část světa“, kterou předtím nemohla nikdy zahlédnout.

Diskuse ke kazuistikám:

Všechny tři kazuistiky spojuje jeden z výrazných rysů popisovaných již v teoretické části práce. U všech nebyla až do chvíle vypuknutí „zvláštních fenoménů“ v anamnéze patrná žádná nápadnost nebo zvláštnost, všichni tři klienti přiměřeně fungovali, jak v oblasti vztahové, tak v oblasti studijně-pracovní. Zároveň je ve všech kazuistikách přítomný spouštěč krize, ať už je to úmrtí bratra, extrémní fyzické vypětí nebo silný sexuální prožitek.

U všech tří také došlo po etapě bouřlivého prožívání k úplnému odeznění příznaků a návratu do „normálu“ i když tento „normál“ byl jiný než ten před vypuknutím procesu psychospirituální krize.

Nejméně u dvou z nich je patrný posun v oblasti hodnot sebeprožívání a pohledu na život jako takový.

Kazuistiky spojuje také to, že hlavní problém nebyl v zážitku samotném, ale v potížích spojených na jedné straně s reakcemi okolí, na straně druhé s obtížemi integrovat tak zvláštní proces a moci z něj vytěžit. Je patrné, jak důležitá je v tuto chvíli edukace, vysvětlení celého procesu a možnost klienta najít pro sebe přijatelné vysvětlení fenoménů a zážitků tento proces doprovázejících. Tak, jak se objeví níže, i části rozhovorů, negativní reakce okolí, ať již odborníků nebo soukromí – nepochopení, odmítnutí, psychiatrizace jsou pro klienty v tomto stavu velmi zraňující.

Dále všechny případy ukazují, že i poměrně krátkodobá krizová intervence, může produktivně a rychle nabídnout podporu. Důležitým aspektem tohoto procesu je podpora změny klientova pohledu na sebe a na celý proces. Zároveň je patrné, jak nesmírný význam může mít podání adekvátních informací. Důležitým prostředkem se jeví postoj toho, kdo pomoc nabízí, jeho dobrá informovanost a střízlivý postoj k celé situaci.

Jsem přesvědčena, že ve všech třech kazuistikách je také zřejmé, jak terapeutův respekt

ke klientovi a jeho procesu pomáhá klientovi získat a udržet si respekt sám k sobě a to je důležité, zejména když se objevuje téma velmi intimní, ať už je to otázka víry nebo sexuality. Vybrala jsem tyto kazuistiky proto, že zachycují proces psychospirituální krize poměrně v počátku, což je optimální moment pro poskytnutí služby. Do budoucna, bude-li tomuto tématu věnována další pozornost, by bylo jistě velmi zajímavé a přínosné zabývat se kazuistikami, které zachycují příběhy lidí, kteří včasnou pomoc nedostali nebo dostali pomoc „neadekvátní“.

7. 2. Shrnutí rozhovorů s terapeuty

V části shrnutí rozhovorů s terapeuty jsou popsány a rozebrány odpovědi na otázky strukturovaného rozhovoru. Vzhledem k použité metodologii mohly být odpovědi řazeny do několika kategorií, takže četnosti neodpovídají počtu terapeutů. Forma tabulek byla zvolena pro názornost s vědomím, že počet terapeutů je poměrně malý.

Rozhovory byly uskutečněny s 2 psychiatry a 6 klinickými psychology, kteří byli buď mými kolegy v Riapsu a zabývali se otázkou psychospirituální krize nebo mi byli doporučeni sdružením Diabasis, které ze psychospirituální krizí zabývá. Pro získání tohoto vzorku jsem použila snow ball technique.

1. S kolika případy PSK jste se ve své praxi setkal

S kolika případy PSK se terapeut setkal	Četnost
3	1
4	2
5	1
6	1
Víc než 10	1
37	1
100	1

Jak ukazuje 1. otázka strukturovaného rozhovoru, četnost výskytu klientů procházejících psychospirituální krizí je poměrně malá. Myslím, že to je dáno jednak „novotou“ této

kategorie, to znamená, že je malé množství terapeutů, kteří tuto kategorii používají a zároveň lidé nejsou „zvyklí“ se v těchto stavech obracet pro psychologickou pomoc. Jistě hraje roli i častá obava klientů „že se zbláznili“ a nechutí, pokud to není nutné, se obracet pro pomoc. Pravděpodobně většina klientů v těchto stavech je diagnostikována podle zásah ICD-10, která neumožňuje tyto stavy odlišit.

2. Uveďte základní demografické údaje (např. pohlaví, profese...)

Demografický údaj	Četnost
častěji ženy	6
věk 20 – 45 let	8
celé spektrum profesí	8

Podíváme-li se na základní demografické údaje, které terapeuti o svých klientech uvádějí, je patrné, že častěji do terapie přijdou jako klienti ženy, procházející touto zkušeností. Tento údaj ovšem nelze brát jako konečný, protože ženy obecně častěji vyhledávají psychoterapeutické služby.

Věk těchto klientů je 20-45 let.

Z rozhovorů vyplývá, že neexistuje typická profese, nebo úroveň vzdělání klientů v psychospirituální krizi. Terapeuti udávají celé spektrum profesí od lékaře po ženu v domácnosti.

3. Co měli klienti společného

Co měli klienti společného	Četnost
staženost	7
strach	7
zmatenost	6
„normálnost“	5
specifická témata, zážitky, které nešlo integrovat	5
nespokojenost s diagnózou psychóza	3

osobnost narcistická, závislá	2
malé zakotvení v těle, v realitě	2
křehkost	1
větší introverze	1
podpora v hodnotách z dětství	1
zatěžující zážitek v rané dospělosti	1

Daleko typičtěji již lze popsat to, jak klient přicházející v takovém stavu vypadá. To, co uvádějí terapeuti v rozhovorech, koresponduje s popisem lidí v psychospirituální krizi, který uvádí Grof a Lukoff (Grof 1999, Lukoff 1985). Podle terapeutů je typická staženost, strach a zmatenost, které se pojí k nesrozumitelnosti a nezařaditelnosti stavů, které klienti prožívají. Častá je obava, že se zbláznili, ale zároveň nespokojenost s diagnózou psychózy. Klienti přicházejí se zážitky, které je pro ně problematické v rámci jejich chápání reality integrovat. Zároveň jsou klienti – často zejména v akutní fázi krize, málo zakotveni v těle a v realitě.

Někteří terapeuti si všímají vývojových aspektů toho, co měli klienti společného, jako jsou např. introverze, zatěžující zážitek v rané dospělosti, křehkost, narcistická či závislá osobnostní struktura.

4. Jaká byla životní situace těchto lidí

Životní situace lidí v PSK	Četnost
u každého jiná	7
častěji zatěžující zážitek v minulosti	4
rozhodování	4
krize	4
vnitřní nespokojenost s životní situací	4
nečekané prožitky	4
zpochybnění dosavadních hodnot	3

Co se týče životní situace těchto lidí, terapeuti se shodnou na tom, že u každého klienta byla jiná. Objevuje se situace krize, rozhodování, zpochybnění dosavadních hodnot, ale také nečekané prožitky, je vidět velká variace životních situací.

V rámci rozhovorů terapeuti udávají různé druhy spouštěčů, které lze velmi obtížně kategorizovat, nicméně částečně odpovídají kategorizaci podle Bragdon (Bragdon 2006).

5. Dokázali byste popsat typický vývoj PSK – popis dynamiky, projevy, trvání

Typický vývoj PSK
spouštěč (stresor) → mimořádné stavy vědomí → zmatek, problémy, šok, panika → schopnost navázat terapeutický vztah, zachované konceptuální myšlení → ústup problémů, návrat k „normálu“

Odpovědi na otázku týkající se typického vývoje psychospirituální krize byly v podstatě jednotné. Všichni terapeuti soudí, že na začátku tohoto procesu nejčastěji bývá spouštěč (stresor), po kterém následuje široké spektrum různých zážitků, které bychom mohli shrnout pod pojem mimořádné stavy vědomí. Svým popisem se terapeuti opět shodují s kategorizací podle Lukoffa (Lukoff 1988). Po těchto mimořádných stavech vědomí následuje šok, panika, zmatek, nejistota a problémy. To, co je pro klienty v tomto stavu ovšem typické, je zachované konceptuální myšlení a schopnost navázání terapeutického vztahu. Po odeznění krize dochází k ústupu problémů a návratu k „normálu“ tj. k návratu do běžného fungování, i když dochází ke změnám na různých úrovních.

6. Které projevy PSK považujete za klíčové a které za méně časté

Klíčové projevy PSK	Četnost
kundalini	5
psychické otevření	3
vrcholné zážitky	3
energetické prožitky	3
šamanské krize	2
změna emotivity	2
změněné stavy vědomí	2
extatická nálada	1
chanelling	1
karmické fenomény	1

Méně časté projevy PSK	Četnost
UFO	1
posedlost	1

Psychospirituální krize se běžně dělí do 10 kategorií, které mají své typické projevy. Terapeuti, se kterými jsem měla možnost hovořit, jako nejčastější svoji zkušenost udávají psychospirituální krizi typu kundaliní, psychické otevření, vrcholné (peak) zážitky, energetické prožitky, šamanské krize, změnu emotivity, změněné stavy vědomí, channelling a karmické fenomény. Tyto zkušenosti našich terapeutů opět korespondují s tím, co udává literatura (Lukoff 1993), neboť zážitky z probuzení kundaliní bývají označovány za nejčastější příčinu psychospirituální krize. Terapeuti se naopak neseťkali se stavy posedlosti nebo fenomény označovanými jako Ufo. Jedna z možných interpretací je, že na tyto fenomény není naše kultura adaptována.

7. Jak si vy sám vysvětlujete, že psychospirituální krize vzniká

Vysvětlení psychospirituální krize očima terapeuta
důsledek kulturních vlivů jako etnocentricita
problémy spojené s úzkým pojetím spirituality, prezentovaném v rigidním pojetí náboženstvím
manifestace sebeléčivého a vývojového potenciálu
neintegrováná spirituální tendence, která prostřednictvím psychospirituální krize nalézá místo v životě
sebeaktualizační síla se skrze klienta chce projevit ve světě, pokud on toto volání neuposlechne
proces transformace
příliš bolestivá realita
neschopnost integrovat obsahy, které se objevují
není podpora pro tyto procesy
spouštěč-nadlimitní zážitky, zvláště traumatické
zlomová, hraniční zkušenost

Otázka na to, jak si každý terapeut sám vysvětluje psychospirituální krizi, přinesla velmi zajímavé spektrum odpovědí. Všichni terapeuti se shodli na tom, že souhlasí s koncepcí psychospirituální krize tak, jak je popisována v literatuře, ale zároveň každý z nich měl

ještě svoji vlastní interpretaci a pohled na tyto stavy.

Jejich odpovědi nelze kategorizovat, protože byly velmi individuální. Podle dotazovaných terapeutů může být psychospirituální krize vnímána jako důsledek kulturních vlivů např. etnocentricity, nebo jako problémy, které jsou spojené s úzkým pojetím spirituality, prezentovaném v rigidním pojetí náboženství. Krizi lze vnímat i jako manifestaci sebeléčivého a vývojového potenciálu jedince, nebo jako neintegrovanou spirituální tendenci, která prostřednictvím psychospirituální krize nalézá místo v životě. Dále krize nastává, pokud klient neuposlechne volání sebeaktualizační síly, která se chce projevit ve světě. Krizi lze vnímat jako proces transformace, jako útek z příliš bolestné reality. Krize nastává ve chvíli, kdy člověk není schopen integrovat obsahy, které se objevují, a není podpora okolí pro tyto procesy. Jako spouštěč lze vidět nadlimitní zážitky, zvláště traumatické, zlomové, hraniční zkušenosti.

Z tohoto výčtu vyplývá, že každý, kdo pracuje s klienty v tomto stavu, si podle svého terapeutického, duchovního a životního postoje vytvořil vlastní část konceptu těchto krizí. Po přečtení je však jasné, že všechny tyto pohledy jsou kompatibilní a navzájem se nevyklučují.

8. Co považujete za nejefektivnější formu pomoci

Nejefektivnější podoba pomoci z pohledu terapeuta	Četnost
provázení	4
integrovat obsahy do individuálního rámce	4
nebát se těchto fenoménů	2
dobrý rámec, bezpečí	2
nepatologizovat	1
krátkodobá intenzivní pobytová intervence s následnými konzultacemi	1
úprava režimu spánku, jídlo	1
respekt k procesu klienta	1
edukace klienta	1

V otázce týkající se efektivní formy pomoci se terapeuti shodli, že jako nejdůležitější vidí provázení klienta procesem psychospirituální krize a zároveň, že je nesmírně důležité integrovat obsahy, které se v tomto stavu vynořují do individuálního rámce

každého klienta.

Udávají, že je zásadní nebát se těchto fenoménů, nepatologizovat a držet dobrý rámec a bezpečí pro klienta. Upravit režim spánku a jídla a edukovat klienta v tomto tématu.

Odpovědi na tuto otázku v podstatě mapují základní techniky krizové intervence, které se doporučuje při práci s lidmi procházejícími psychospirituální krizí používat.

Literatura týkající se psychospirituální krize (Grof 1999, Bragdon 2006) uvádí jako základní a podstatný rys pomoci provázení. Bragdon se například domnívá, že není až tak podstatné, aby průvodcem byl zkušený terapeut, ale aby jím byl člověk, který dokáže daný proces a klienta respektovat v celé jeho šíři. Zkušenosti našich terapeutů tento názor podporují.

Integrace objevujících se obsahů do individuálního rámce každého klienta, je již terapeutická práce, při které je dobré využívat různé terapeutické techniky. Jak již bylo zmíněno v části týkající se nástrojů zvládnání těchto stavů, je jejich rozvoj zatím na začátku. Jsem přesvědčena, že skoro každý terapeutický směr má v práci s těmito klienty co nabídnout.

Úprava spánkového rytmu, jídla a edukace by měly jít ruku v ruce s provázením a integrací objevujících se obsahů. Úpravu jídelníčku zmiňují různé duchovní cesty jako jeden z prostředků „uzemnění“. V naší kultuře nejsme zvyklí věnovat příliš energie tomu, jestli to, co jíme, má uzemňující či spíše „odlehčující“ charakter. Nicméně orientace na „uzemňující“ jídlo jako mléko, maso, čokoláda často bývá tím, co terapeuti nabízejí jako účinnou pomoc klientům v psychospirituální krizi.

Spánek má podobný efekt jako jídlo. Nedostatek spánku způsobený různými důvody má za následek časté fyzické vyčerpání klienta a úprava spánkového rytmu (někdy i pomocí medikace) významně přispívá ke zlepšení jeho stavu.

Již zmíněná edukace klientů hraje důležitou roli hlavně ve smyslu kognitivního uchopení vlastních prožitků a krize jako takové. Vzhledem k novosti celého tématu hraje často kognitivní uchopení významnou roli při zlepšování stavu klienta. Pokud hovoříme o edukaci, je důležité také zmínit okolí klienta. Občas bývá důležité vysvětlování a přibližování, co psychospirituální krize znamená, rozšířit na širší vztahové okolí klienta, protože často je to právě okolí klienta, které reaguje na danou situaci panikou, nepochopením a patologizací celého procesu.

Terapeuti dále zmiňovali jako efektivní formu pomoci krátkodobou intenzivní pobytovou intervenci. Pokud se podíváme na celý proces psychospirituální krize, jeví se krátkodobá pobytová intervence jako ideální řešení. V literatuře se toto téma také objevuje (Bragdon 2006, Grof 1999, Perry 1974).

Potřeba bezpečného místa, kde by člověk v takovém stavu mohl bezpečně pobývat, koresponduje například s pozitivní celosvětovou zkušeností, která je s krátkodobými pobyty na krizových centrech, kam se mohou lidé procházející různými druhy krizí uchýlit.

V našich podmínkách to znamená, že by bylo ideální, kdyby pracovníci krizových center byli seznámeni s problematikou psychospirituální krize a mohli v takové situaci poskytnout adekvátní pomoc. Tato myšlenka našla již svoji podporu například v kurzech krizové intervence, kde je téma psychospirituální krize již několik let vyučováno, právě za účelem seznámení odborné veřejnosti s prací s těmito stavy.

9. Myslíte si, že se nějak mění život klientů po odeznění PSK, když ano
tak jak

Změna života klienta po PSK	Četnost
mění se	8
prožívání smysluplnosti života	4
orientace na duchovní směry a tradice	3
seberealizace	2
zkvalitnění života	2
hodnotové změny	2
zkvalitnění vztahů	2
autenticita	2
orientace na pomoc	1
empatie	1
jasnější vztah ke smrti	1
víra v „to, co nás přesahuje“	1

Poslední otázka, na kterou terapeuti odpovídali, byla otázka po změně života klientů po proběhnutí psychospirituální krize.

Všichni terapeuti uvádějí, že po odeznění krize skutečně došlo k významné změně života jejich klientů.

Jednou z hlavních změn je větší prožívání smysluplnosti života. Prožitky, které klienti zažili během krize, vedly k tomu, že se začali zajímat o různé duchovní směry a tradice.

Terapeuti také pozorovali hodnotové změny, seberealizaci, větší autenticitu, zkvalitnění vztahů, empatii, orientaci na pomoc, lepší kontakt s vlastním tělem, víru v „to, co nás přesahuje“ a jasnější vztah ke smrti.

Všechny tyto pozorované změny jsou v souladu s teorií celého konceptu psychospirituální krize. Pokud je stav psychospirituální krize rozpoznán, adekvátně provázen a facilitován, dochází k významným posunům v kvalitě života lidí, kteří touto zkušeností prošli. Svůj život prožívají jako smysluplný, jsou zaměřeni na vztahy a dochází k důležitým posunům v oblasti osobního růstu.

Podíváme-li se na výsledky strukturovaných rozhovorů s terapeuty jako celek, je patrné, že terapeuti, kteří tuto kategorii aktivně používají, mají s jejím použitím dobré zkušenosti. I když je tato kategorie málo častá, její diagnostikování má smysl, jak pro klienta – větší porozumění a možná aktivní účast v celém procesu, tak pro terapeuta – výběr adekvátních nástrojů, kterými může klientovi pomoci v situaci psychospirituální krize.

7. 3. Shrnutí rozhovorů s klienty

Část práce, která se týká rozhovorů s klienty, které terapeuti řadili do kategorie psychospirituální krize, obsahuje výpovědi 20 klientů. Ti byli v péči buď mojí nebo některého z 8 terapeutů, kteří odpovídali v terapeutické části. Rozhovorů se účastnilo i několik klientů, kteří během své epizody psychospirituální krize terapeutickou pomoc nevyhledali, ale obrátili se na terapeuty později, po odeznění aktuální epizody, většinou s tématem integrace svých zážitků. Někteří klienti byli doporučeni sdružením Diabasis, protože s nimi byli z různých důvodů v kontaktu.

V následujícím shrnutí odpovědí klientů jsou opět jejich odpovědi řazeny do kategorií. Vzhledem k použité metodologii nemusí neodpovídat četnost počtu klientů, každý klient

mohl skórovat v libovolném počtu kategorií.

1. Pohlaví

Pohlaví	Četnost
Muž	10
Žena	10

V souboru rozhovorů se nachází 10 mužů a 10 žen. I z tak malého počtu je patrné, že zážitky psychospirituální krize se stejně často týkají obou pohlaví. Rozdíl je pouze v tom, kdy se kdo obrací o pomoc, jak vyplynulo již v části týkající se terapeutů.

2a. v jakém věku vás psychospirituální krize potkala,

Věk klientů se pohybuje od 16 do 46 let

2b. co byl spouštěč

Spouštěč	Četnost
výrazná změna v životě jako změna zaměstnání, ztráta zaměstnání, přestěhování do jiné země, pobyt v zahraničí, odchod na vysokou školu	7
rozpad vztahu	6
smrt blízké osoby	2
sebezkoumání, meditace	4
LSD, psychotropní rostliny	2
extrémní fyzické vypětí	2
rodinný stres	2

Jako spouštěč označila velká část klientů výraznou změnu v životě, jako například změnu zaměstnání, ztrátu zaměstnání, přestěhování se do jiné země, pobyt v zahraničí, odchod na vysokou školu, rozpad vztahu, smrt blízké osoby. Všechny tyto situace mohou být obecně spouštěčem krizového stavu, najdeme je například i v klasifikačním systému závažných životních událostí Holmesa a Rahe (in Kubů 1997), ale i ve Vojtěchovského faktorech napomáhajících vzniku krize (Kubů 1997).

Situace, které se jeví jako typické pro vznik psychospirituální krize a nejsou zahrnuty v předchozím, je dále sebezkoumání a meditace, zkušenosti s LSD a psychotropními rostlinami, popřípadě ještě extrémní fyzické vypětí.

Z toho vyplývá, že spouštěč v našem zkoumaném souboru byl buď obecný spouštěč jakékoli krize nebo spouštěč specifický pro psychospirituální krizi.

3. Čím se psychospirituální krize projevovala

Projevy PSK	Četnost
dramatické a hluboké změny nálad	11
parasmyslové vnímání	10
rozšířené vědomí	9
rozpad hodnotového systému a smyslu života	9
změna spánkového rytmu + snížená potřeba jídla	7
energie	5
synchronicity	5
duchovní prožitky	4

Na otázku, čím se psychospirituální krize projevovala, odpovídali klienti v podstatě v souladu s popsáním konceptem této krize. Nejčastěji se projevovala hlubokými změnami nálad a zkušenostmi, které by se daly shrnout pod pojem mimořádné stavy vědomí. Bylo to parasmyslové vnímání, rozšířené vědomí, synchronicity, duchovní prožitky a různé zkušenosti s energiemi na tělesné úrovni.

S těmito zážitky souvisí i rozpad hodnotového systému a smyslu života, zvláště pro vysoce materialisticky zaměřené klienty. Zároveň byla častá změna spánkového rytmu, týkající se malé nebo vůbec žádné potřeby spát a snížená potřeba jídla.

4. Jak dlouho trvalo nejintenzivnější období

Délka nejintenzivnějšího období	Četnost
14 dní - 3 týdny	3
1 - 4 měsíce	9
5 měsíců - 1 rok	4

více než 1 rok	4
----------------	---

Otázka týkající se délky trvání nejintenzivnějšího období, dala odpověď zcela ve smyslu konceptu psychospirituální krize. Většina klientů uvádí 1-4 měsíce a více než ¾ uvádějí období do 1 roku.

5. Jak reagovalo okolí, co vám pomáhalo/nepomáhalo

Co pomáhalo při PSK	Četnost
přátelé	5
fyzická námaha	4
literatura o tématu	4
terapeut	4
zájem	3
zkušenost se zážitky PSK	2
rodiče	1
příroda	1
důvěra	1
jóga	1

Podíváme-li se na reakce okolí, které klienti zažívali, vyplývá z nich, že to, co se objevuje v doporučených terapeutických technikách pro psychospirituální krizi tj. grounding, osvětlující literatura o tématu a to, co bychom mohli nazvat provázením, přímo koresponduje s tím, co klienti uvádějí jako nejpřínosnější reakce okolí.

Pro klienty byla důležitá podpora přátel, fyzická námaha, příroda, jóga (grounding), literatura o tématu, poučený terapeut, zájem, důvěra (provázení). Dále bylo ještě přínosné to, co lze zahrnout pod název „podpůrná skupina“ tj. setkání s lidmi, kteří měli zkušenost s procesem psychospirituální krize.

Co nepomáhalo při PSK	Četnost
psychiatrie+léky	5
nucení k normalitě	4

nepochopení	3
distanc	1
odmítnutí	1
nezájem	1

Co se naopak objevuje jako nejhorší reakce okolí, jsou veškeré zkušenosti s psychiatrií a hospitalizací. Dále nucení k normalitě, nepochopení, distanc, odmítnutí a nezájem. Je patrné, že setkání s někým, kdo není obeznámen s konceptem psychospirituální krize, může být pro člověka v tomto stavu velmi zraňující. Časté jsou také zbytečné hospitalizace na psychiatrických odděleních, která mohou být pro klienty v tomto stavu traumatizující.

6. Které osoby byly důležité

Důležité osoby	Četnost
lidé se zkušeností PSK	8
terapeut	7
přátelé	7
partneři	7
rodiče	4
kněz / duchovní vůdce	3

Pro osoby v psychospirituální krizi byli zřejmě stejně důležití lidé, kteří měli s psychospirituální krizí zkušenosti, jako i přátelé, partneři, rodiče a duchovní učitelé. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že okolí člověka v tomto stavu je podstatné. Lidé v této krizi potřebují podporu druhých a jejich vztahy, ať už terapeutické nebo osobní jsou zásadní.

7. Co vám scházelo, co jste potřeboval/a

Co scházelo	Četnost
průvodce procesem	11
vysvětlení, porozumění	10
bezpečné prostředí	10

blízká osoba	1
duchovní vůdce	1

Když se podíváme na negativní zážitky osob z našeho souboru, v odpovědích na otázku, co vám scházelo, co jste potřeboval/a, se jasně ukazuje, že naprosto zásadní je úloha průvodce procesem psychospirituální krize, který je schopen porozumění a vysvětlení toho, co se děje. Stejně podstatné je i bezpečné prostředí.

Všechny tyto faktory jsou i v literatuře zmíněny jako zásadní pro terapii klientů v tomto stavu a stejně je uvádí i terapeuti v našem vzorku.

8. Které intervence byly produktivní/neproduktivní

Produktivní intervence	Četnost
rozhovor s terapeutem, který problematiku zná a orientace v prožitcích	7
příroda – vycházky	4
rozhovory s lidmi s podobnou zkušeností	3
zpěv, tanec, malba	3
literatura	3
meditace, modlitba	3
PBSP	2
jídlo	1
jóga	1

Neproduktivní intervence	Četnost
léčba psychiatrem (medikace)	5
hospitalizace na psychiatrii	2
radý	1
alkohol	1
odmítnutí	1

V tom, co klienti hodnotí jako produktivní intervence, se v podstatě odráží popis vhodné pomoci v tomto stavu, tak, jak je popsán v kapitole o terapeutické intervenci. Jako produktivní klienti zmiňovali rozhovor s terapeutem, který problematiku zná a orientaci

ve vlastních prožitcích. Vhodné se ukázaly vycházky do přírody, zpěv, tanec, malba, literatura, jídlo, jóga. Podporující byly i rozhovory s lidmi s podobnou zkušeností, modlitba a PBSP práce.

Za neproduktivní, někdy až traumatické zkušenosti zmiňovali klienti léčbu na psychiatrii a medikaci, alkohol, rady a odmítnutí blízkými. Všechny tyto kroky jsou obrazem neporozumění situace a neadekvátního zacházení s člověkem během psychospirituální krize. Bohužel, někteří klienti prošli poměrně dlouhou cestu neporozumění, než se jim podařilo zasadit své zkušenosti do pozitivnějšího rámce.

Zároveň nás tyto zkušenosti vrací k tématu, jak důležité je správné a včasné rozpoznání této krize.

9. Co by byla optimální pomoc

Optimální pomoc	Četnost
provázení procesem zkušeným průvodcem	11
speciální zařízení, bezpečné prostředí	7
pochopení okolím	4
materiální zabezpečení (např. neschopenka)	2

Otázka, kdy si klienti měli představit optimum, v podstatě koresponduje s ideálem pomoci v těchto stavech (Grof 1999, Bragdon 2006). Ideální představa se vrací ke speciálnímu zařízení, které by bylo bezpečné. Kde by pracovali zkušení terapeuti/průvodci. Okolí by chápalo, co se děje a byla by jistá možnost i materiálního zabezpečení, například neschopenka. Někteří klienti byli po dobu celého procesu neschopni chodit do práce nebo práci vykonávali jen s vysokým vypětím. Možnost pracovní neschopnosti by umožnila klientům plně se věnovat tomu, co se s nimi děje a pravděpodobně by urychlila jejich možný návrat k „normálu“.

10. Co byla nejhorší zkušenost

Nejhorší zkušenost	Četnost
strach, že jsem se zbláznil/a	13
kontakt s psychiatrií (hospitalizace, rozhovor)	4
nepochopení a distanc druhých lidí	4

beznaděj, že je na to člověk sám	3
----------------------------------	---

Naopak nejhorší zkušenosti korespondují s neporozuměním a nepochopením daného stavu.

Jako nejhorší klienti uvádějí strach, že se zbláznili, který je často spojen s osamoceností těchto lidí. Dále uvádějí kontakt s psychiatrií, nepochopení a distanc druhých lidí a beznaděj, že je člověk na danou situaci sám.

Zde se opět, již poněkolkáté ukazuje nutnost edukace a větší informovanosti i odborné veřejnosti o tomto tématu.

11. Podle čeho jste poznal/a, že se vracíte do „normálu“

Rozpoznání návratu do normálu	Četnost
lepší fungování v realitě	10
úbytek výkyvů nálad	9
normální rytmus spánku a bdění	5
obvyklá potřeba jídla	5
znovunabytí soustředění	4
ustaly vize	3
pochopení co se děje	2

Klienti byli velmi dobře schopni rozpoznat chvíli, kdy se vraceli do „normálu“. Začali lépe fungovat v realitě, ubývaly výkyvy nálad, vrátil se normální rytmus spánku a bdění. Měli obvyklou potřebu jídla. Byli schopni se soustředit, ustaly vize a v některých případech klienti uvádějí, že pochopili smysl celé situace.

Z těchto výpovědí vyplývá, že existuje poměrně zřetelný přechod z období krize do stavu normálu a že klienti jsou dobře schopni si tento předěl uvědomit.

12. Změnil se váš život poté, co jste prošel/a procesem psychospirituální krize, jestli ano, jak

Změna života po zkušenosti s PSK	Četnost
ano došlo k výrazné pozitivní změně	18
změna hodnotového systému	14

radost ze života	12
pochopení smyslu života a vlastní životní cesty	11
zvýšená citlivost, vnímavost	8
přesvědčení, že existují i jiné úrovně	4
zbavení se strachu ze smrti	2

Poslední otázka se týkala změny života po proběhnutí psychospirituální krize. Skoro všichni klienti přiznali, že po odeznění psychospirituální krize se jejich život výrazně pozitivně změnil.

Jako nejpodstatnější uvádějí změnu hodnotového systému a větší radost ze života. Zároveň je velmi časté pochopení smyslu života a vlastní životní cesty. Klienti také uvádějí větší vnímavost a citlivost. Někteří ještě zmiňují přesvědčení, že existují i jiné úrovně a zbavení se strachu ze smrti.

V tomto popisu je patrné, že i když je proces psychospirituální krize pro klienta nesmírně náročný, jeho vyznění bývá často vysoce pozitivní.

Podíváme-li se na strukturované rozhovory s klienty jako celek, můžeme říci, že klienti zpětně hodnotí proces psychospirituální krize pozitivně. Došlo u nich k pozitivním změnám, které významně ovlivnily jejich životní spokojenost a pocit smyslu. I když je možné, že se některé otázky do jisté míry obsahově překrývají, přece jen soudím, že některé tendence se prosazují relativně často a mohou být zdrojem pro budoucí výzkumné hypotézy.

8. DISKUSE

Psychospirituální krize je kategorií, která se v našich podmínkách teprve začíná používat a proto ještě nejsou k dispozici kazuistiky ani žádné relevantní studie, které by se zabývaly specifikou této kategorie v našich podmínkách. Množství terapeutů pracujících s tímto okruhem problematiky je velice nízké, stejně jako počet klientů, kteří byli takto diagnostikováni. I přes tuto sporadicitu je jistě na místě se ptát, zda může být diagnostikování této kategorie jevů pro naše podmínky přínosem.

Jedná se o problematiku u nás málo známou a tato disertace je pokusem ji uvést ve větší známost. Neznámost této problematiky souvisí asi s jistou tradicí současné psychopatologie (a asi i celého zdravotnictví), která je v první řadě laděná biologicky a problematika duchovních krizí je většinou opomíjena.

Jednou z obtíží systematického sledování psychospirituální krize je, že se nejedná o diagnostickou kategorii ICD-10, tudíž psychoterapeuti v našich podmínkách nejsou nijak nuceni o této kategorii přemýšlet. Terapeuti, kteří koncept psychospirituální krize znají a pracují s ním, jsou často lidé, kteří jsou nastaveni vidět tuto kategorii jako užitečnou. Jejich postoj je dám buď tím, že dodatečně našli zařazení pro stavy, které znali z praxe a nevěděli si s nimi diagnosticky rady, nebo se po seznámení s touto kategorií častěji zabývali otázkou, zda by nebylo vhodné ji v konkrétním případě použít.

Pro posouzení užitečnosti této kategorie by bylo samozřejmě zajímavé, kdyby byla používána reprezentativnějším vzorkem psychoterapeutů a psychiatrů, nikoli jen těmi, kteří jsou s danou problematikou dobře obeznámeni.

Jedním ze směrů dalšího rozvoje této disertační práce by mohly být rozhovory s psychoterapeuty a psychiatry, kteří tuto kategorii neznají a dotazování, jestli se setkali s nějakými případy, které by jí mohly odpovídat.

Počet terapeutů, kteří se účastnili kvalitativního výzkumu, je nízký. Nevylučuji, že jsou další terapeuti, kteří s touto problematikou pracují, ale vzhledem k tomu, že jsem oslovila všechny, které se mi během 8 let podařilo identifikovat, nepředpokládám, že konečný počet bude dramaticky převyšovat mnou oslovené.

Při hledání klientů, kteří by se mohli účastnit výzkumu v rámci disertační práce, jsem

narazila na celou řadu problémů. Prvním, již zmíněným, je celkový nedostatek takto diagnostikovaných klientů. Pokud jsem se již setkala s klientem, který prošel psychospirituální krizí, velké množství z nich bylo ochotno svůj zážitek sdílet, ale nebyli ochotni zúčastnit se výzkumu. Nejčastějším důvodem odmítnutí je intimita těchto zážitků a někdy také jejich obtížná uchopitelnost a popsatelnost. Nakonec se mi podařilo z celkového počtu 57 klientů přesvědčit ke spolupráci 20 z nich.

Teprve v roce 2005 vzniklo v České republice sdružení Diabasis podporující osoby procházející psychospirituální krizí. Toto sdružení postupně začíná s osvětou a vzdělávacími aktivitami, týkajícími se tohoto tématu. Sdružení bude do budoucna podporovat i výzkum, takže kdybych disertační práci začínala psát až nyní jistě bych měla k dispozici širší možnosti kontaktu s klienty i novými terapeuty sdružení. Práce sdružení dává perspektivu do budoucna, že téma psychospirituální krize bude u nás dále rozvíjeno.

Uvědomuji si, že problematičtým místem dizertace je vlastní diagnostika psychospirituální krize. Všichni klienti, se kterými jsem pracovala, byli diagnostikováni terapeuty pracujícími s tímto okruhem problematiky. Bylo by výhodné mít k dispozici nezávislého diagnostika nebo alespoň shodu diagnostiků. I to je jeden z požadavků, který z předložené studie vyplynul.

Užitečnost řazení klientů k této kategorii by byla nejlépe patrná v experimentální studii, kde by takto zařazeným klientům byla náhodně přiřazována klasická a poučená léčba. Tento experiment by byl však eticky zpochybnitelný a prakticky v současné době neproveditelný.

Jistou metodologickou obtíží může být i to, že diagnostika psychospirituální krize je následována i nadstandardní pozorností terapeuta, který počítá s tím, že se nemůže spolehnout na farmakoterapii. Je jistě otázka, co by tato nadstandardní péče způsobila u obtíží nespádajících do kategorie psychospirituální krize.

Při pohledu na další možnosti kam by se dalo výzkumně pokračovat, co by mohl být návazný cíl by bylo vhodné, systematicky sledovat tuto kategorii formou katamnézy.

Zajímavá by jistě byla odpověď na otázku, zda mají tyto stavy tendenci se opakovat nebo jestli pacienti, kteří prošli zážitkem psychospirituální krize, vykazují v budoucnu jiné psychologické obtíže.

Řada výhod i omezení této disertační práce odpovídá obecně výhodám a problémům kvalitativní studie. Například fakt, že se touto problematikou zabývám, nejsem nezaujatá, jsem o užitečnosti této kategorie přesvědčena. Tuto svou vstupní aserci jsem se snažila korigovat užíváním objektivnějších diagnostických vodítek.

Při psaní disertační práce jsem se snažila prohledat různé databáze, abych měla srovnání svého kvalitativního výzkumu se zahraniční literaturou. Literatury na téma psychospirituální krize je poměrně veliké množství různé kvality. Psychospirituální krize se v zahraničí objevuje jako téma disertačních prací a to většinou na teoretické úrovni nebo se jedná o kazuistiky nebo o studie snažící se podchytit výskyt psychospirituální krize u různých specifických skupin obyvatelstva (Martin-Finneran 2004, Lesniewicz 2004, Ankrah 2002). Obsáhlejší výzkum se mi nepodařilo dohledat.

Jako další možný směr výzkumu vidím například studii, srovnávající jednu skupinu klientů zařazených do kategorie psychospirituální krize a druhou diagnostikovanou jako schizofrenie. Bylo by jistě zajímavé srovnat, v čem se tyto skupiny shodují a v čem naopak liší.

9. ZÁVĚR

Závěrem lze konstatovat, že se podařilo nalézt 23 případů klientů, kteří odpovídají zařazení do kategorie psychospirituální krize a 8 terapeutů pracujících s touto kategorií.

Shrnutím informací, které jsem získala rozhovory s terapeuty, rozhovory s klienty a vlastními kazuistikami vyplývá, že:

Klientem, který se v našich podmínkách obrací o pomoc v situaci psychospirituální krize je muž/žena ve věku 20-45 let, pracující v jakékoli profesi.

Bude působit staženě a zmateně a bude pro něj těžké otevřeně hovořit o svých zážitcích. Bude mít pravděpodobně strach, že se zblázní.

Při práci s ním je pravděpodobné, že bude možno objevit spouštěč daného stavu, kterým může být buď nějaká krizová situace nebo zážitky spojené s experimentováním s psychotropními rostlinami, LSD nebo meditační a jinou duchovní praxí.

Klient v akutním stadiu bude vykazovat dramatické změny nálad, bude mít různé zážitky, spadající pod mimořádné stavy vědomí, může mít fyzické obtíže jako například změnu spánkového rytmu, nechutenství, neurologické potíže.

Klient bude schopen tvorby terapeutického vztahu.

Nejintenzivnější období bude trvat od 14 dní do 4 měsíců, délka celé epizody by jen ve výjimečných případech měla trvat déle než rok.

Klient pozná, že se navrácí do normálu postupným lepším fungováním v realitě, normalizací rytmu spánku a bdění, obvyklou potřebou jídla a ustáním mimořádných fenoménů.

Po proběhnutí celé epizody bude klient mít intenzivní pocit, že došlo k pozitivní změně v jeho životě, pravděpodobně dojde ke změně hodnotového systému jedince a větší radosti ze života. S odstupem bude mít klient zážitek pochopení smyslu psychospirituální krize ve svém životě a pochopení smyslu vlastní životní cesty.

Psychospirituální krizi v našich podmínkách lze v její dynamice popsat jako: spouštěč – mimořádné stavy vědomí – zmatek, problémy, šok – postupný ústup symptomů – návrat k normě

V současné době terapeuti v naší zemi vnímají jako nejdůležitější pro efektivní pomoc při psychospirituální krizi techniky krizové intervence a prvky z dalších terapeutických směrů.

Nejdůležitější pomocí v procesu psychospirituální krize je provázení klienta terapeutem, který je s teorií psychospirituální krize obeznámen.

Pro efektivní pomoc je důležitá i včasná diferenciální diagnostika a tedy rozhodnutí, jedná-li se o procesy psychospirituální krize nebo o nějaký jiný stav. Pokud se jedná o psychospirituální krizi, je vhodné klienta nemedikovat.

Klient by se měl nacházet v klidném, tichém, bezpečném prostředí. Ideální je možnost krátkodobé intenzivní pobytové práce (např. krizové centrum). Kromě průvodce/terapeuta mohou být pro klienta přínosní i lidé, kteří již procesem psychospirituální krize prošli. Zároveň po dostatečné edukaci klientova okolí, pokud si to klient přeje, je dobré udržovat jeho kontakty s blízkými lidmi.

Pro větší zakotvení celého procesu je přínosné využívat techniky groundingu, procházky do přírody, práce na zahradě, jakékoli umělecké vyjádření ať již sochařství, práce s hlínou, malba, tanec nebo literární postupy.

Důležitá je úprava spánkového rytmu a práce s jídelníčkem (konzumace masa, čokolády).

Velmi podstatným bodem je edukace klienta.

Za klíčové zisky této disertační práce lze považovat, že se podařilo najít klienty, kteří spadají do kategorie psychospirituální krize, že vykazují společné rysy popisované pro tuto kategorii. Zároveň praktické zkušenosti terapeutů s prací s těmito klienty a odpovědi klientů, týkající se vhodné terapie, se shodují s literárně uváděnými doporučeními pro práci s těmito stavy.

Závěrem bych chtěla říci, že tato disertace je prvním krokem k hlubšímu prozkoumání této kategorie v našich podmínkách a další výzkumy by měly navazovat.

III. LITERATURA

Knihy

Diagnostic and statistical manual, fourth edition, (1992). APA, Washington, D. C.

Diagnostic and statistical manual, fourth edition-TR, (2003). APA, Washington, D. C.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, duševní poruchy a poruchy chování, (1992). Psychiatrické centrum, Praha.

Assagioli, R. (1965). Psychosynthesis. The Viking Compass Press, New York.

Bacon, F. (1990). Nové organon, nakladatelství Svoboda, Praha.

Benda, J. (2000). Mystika a schizofrenie. Vlastní náklad.

Benson, H. (1975). The Relaxation response. The Viking Compass Press, New York.

Boadella, D. (1992). Biosyntéza, SPS Brno.

Boisen, A. T. (1962). The Exploration of the Inner World. Harper and Brother, New York.

Bragdon, E. (1990). The Call of Spiritual Emergency. Harper a Row, San Francisco.

Bragdon, E. (2006). A Sourcebook for Helping People in Spiritual Emergency. Lightening Up Press, Los Altos, California.

Bromley, D. (1986). The case-study method in psychology and related disciplines. John Wiley & Sons, New York.

Bryman, A. (2001). Social Research Methods. Oxford University Press, New York.

Campbell, J. (1970). The Hero with a Thousand Faces. World Publishing, Cleveland.

Campbell, J. (1972). Myths to live by. Bantam, New York.

Canter, M. J., Bennet, B. E., Jones, S. E., Nagy, T. E. (1994). Ethics for psychologists: A commentary on the APA Ethics Code. American Psychological Association. Washington. D. C.

Castaneda, C. (1996). Učení dona Juana. Chvojko nakladatelství, Praha.

Corbinová, J., Strauss, A. (1999). Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody Zakotvená teorie. Albert, Boskovice.

- Dittes, J. E. (1969). Psychology of religion. In G. Lindsay , E. Aronson(eds.) The Handbook of social psychology. Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Eis, Z. (1994). Krize všedního dne. Grada Publishing, Praha.
- Ellenberger, H. F. (1970). The Discovery of the unconscious. Harper and Row, New York.
- Foucault, M. (1993). Dějiny šílenství, Lidové noviny, Praha.
- Freud, S. (1964). An Outline of Psychoanalysis, standard edition, sv. 23, The Hogart Press, London.
- Gennep, A van (1996). Přejchodové rituály. Nakladatelství Lidové noviny, Praha.
- Glasser, B., Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory. Aldine, Chicago.
- Greenwald, B. (2002). Energie transformace. DharmaGaia, Praha.
- Groc, A. (2001). Dopisy umírajícímu příteli, DharmaGaia, Praha.
- Grof, S. (1976). Realms of the Human Unconscious. Dutton, New York.
- Grof, S. (1992). Za hranice mozku. GEMMA 89, Praha.
- Grof, S. (1993). Holotropní vědomí. Gemma, Praha.
- Grof, S. (2000). Dobrodružství sebeobjevování. Perla, Praha.
- Grof, S. (2004). Psychologie budoucnosti. Perla, Praha.
- Grof, S., Grof, Ch. (1985). The Concept of Spiritual Emergency. SEN Publisher. Spiritual Emergence Network Newsletter, Spring Menlo Park.
- Grof, S., Grof, Ch. (1999). Krize duchovního vývoje. Chvojkovo nakladatelství, Praha.
- Grof, S., Grof, Ch. (1999). Nesnadné hledání vlastního já. Chvojkovo nakladatelství, Praha.
- Group for the Advancement of psychiatry. (1968). The Psychic Function of Religion in Mental Illness and Health (GAP Report No. 67) , New York.
- Hardy, A. (1979). The Spiritual nature of man: A study of contemporary religious experience. Claredon Press, Oxford, England.
- James, W. (1935). The Varieties of Religious Experience. Longmans, New York.
- Jung, C. G. (1965). Memories, dreams, reflections. Vintage Books, New York.

- Jung, C. G. (1975). Psychological commentary on Kundalini Yoga. Spring Publications, New York.
- Jung, C. G. (1999). Tajemno na obzoru. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno.
- Jyoti, (2000). Anděl zavolal mé jméno. GharmaGaia, Praha.
- Kastová, V. (2000). Krize a tvořivý přístup k ní. Portál, Praha.
- Kazdin, A. (1982). Single-case research designs. Oxford University Press, New York.
- Kirk, J., Miller, M. L. (1986). Reliability and validity in qualitative research, SAGE Publications, London.
- Krishna, G. (1970). Kundalini : The Evolutionary Energy in Man. Shambhala, Berkeley.
- Kubler-Rossová, E. (1993). O smrti a umírání. Arita, Trutnov.
- Kubů, J. (1997). Krizová intervence, diplomová práce, FF UK, Praha.
- Laing, R. D. (1989). Transcendental Experience in Relation to Religion and Psychosis. In S. Grof , Ch. Grof (Eds), Spiritual Emergencies: When personal transformation becomes a crisis. (p. 50-60). Jeremy P. Tarcher, Los Angeles.
- LaMontagne, L. (1985). Schizophrenia and spiritual states. Comparison and kontrast. (Doctoral dissertation, California Graduate Institute, 1987).
- Laski, M. (1961). Ecstasy: A study of some secular and religious experiences. Indiana University Press, Bloomington.
- Leuba, J. H. (1929). The psychology of religious mysticism. Kegan Paul, Trench, Trubner and comp, London.
- Lukoff, D. (1988). Research activities at SEN. Spiritual Emergency Network, Menlo Park.
- Lukoff, D. (1993). Case Study of the Emergence of a Contemporary Shaman. In: Heinze, R. I. (Ed.). Proceedings of the Ninth International Konference on Shamanism and Alternace Healing, Asian Scholars Press, Berkeley, CA.
- Maslow, A. (1962). Toward a Psychology of Being. Van Nostrand, Princeton.
- Maslow, A. (1964). Religions, Values and Peak Experiences. Ohio State University Press, Cleveland.
- Mayring, P. (1990). Einführung in die qualitative Socialforschung. Psychologie Verlag Union, Munchen.

- Millar, C. (1990). A descriptive analysis of psychic opening, doctoral dissertation, California Institute of Integral Studies.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. SAGE Publications, London.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada, Praha.
- Moody, R. A. (1991). Život po životě. Odeon, Praha.
- Perry, J. (1953). The Self in Psychotic Process. University of California Press, Berkeley.
- Perry, J. (1966). Lord of the Four Quarters Braziller, New York.
- Perry, J. (1974). The Far Side of Madness. Prentice-Hall, Engelwood Cliffs.
- Perry, J. (1976). Roots of Renewal in Myth and Madness. Jossey-Bass, San Francisco.
- Pesso, A. (1994). Introduction to Pessoa Boyden System Psychomotor. PS Press, New Hampshire.
- Sanella, L. (1987). The Kundalini Experience. Integral Publishing, California.
- Sperry, L., Shafranske, E. (2005). Spiritually oriented psychotherapy, APA, Washington.
- Spilka, B., Hood, R., Gorsuch, R. (1985). The Psychology of Religion : An Empirical Approach. Engelwood, New York.
- Škrabánek, P., McCormick J. (1998). Pošetilosti a omyly v medicíně. Lidové noviny, Praha.
- Ring, K., Valarino, E. E. (1998). Lessons from the Light: What we can Learn from the Near-Death Experience, Plenum Press, New York.
- Tart, C. (1975). States of Consciousness. Dutton, New York.
- Tellegen, A. (1982). Brief manual for the differential personality questionnaire. The University of Minnesota.
- Tibetská kniha mrtvých. (1995). Vyšehrad, Praha.
- Underhill, E. (2004). Mystika. Dybbuk, Praha.
- Vodáčková, D. a kol. (2002). Krizová intervence, Portál, Praha.
- Yin, R. (1993). Applications of Case Study Research. Sage, Newbury Park, CA.
- Zvolský, P. a kol. (1997). Speciální psychiatrie, nakladatelství UK, Praha.

Časopisy:

Allman, L. S., De La Roche, O., Elkins, D. N., Weathers, R. S. (1992). Psychotherapist's attitudes towards clients reporting mystical experiences. *Psychotherapy* 29, 564-569.

Alexander, F. (1931). Buddhist training as an artificial catatonia. *Psychoanalysis*, 19, 129-45.

Anderson, R. G., Young, J. L. (1988). The religious component of acute hospital treatment. *Hospital and Community psychiatry* 39, 528-555.

Ankrah, L. (2002). Spiritual emergency and counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, Vol 2, 55-60.

Assagioli, R. (1986). Self – Realisation and psychological disturbances. *ReVision*, 8 (2), 21-31.

Bergin, A., Jensen, J. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy* 27, 3-7.

Břicháček, V. (1981). Sledování změn v činnostech jedince: úvod do intenzivní výzkumné strategie. Zprávy č. 51. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha.

Ditrich, A., von Arx, S., Staub, S. (1985). International study on altered states of consciousness (ISASC). Summary and Results. *The German Journal of Psychology*, 2 (4), 319-339.

Frances, A., First, M., Widiger, T., Miele, G., Tilly, S., David, W., Pincus, H. (1991). An A to Z guide to DSM-IV conundrums. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 407-412.

Greyson, B., Harris, B. (1987). Clinical approaches to the near-death experience. *J Near-Death Stud* 6, 41-52.

Grof, S., Grof, Ch. (1986). Spiritual Emergency: The Understanding nad Treatment of Transpersonal Crisis. *ReVision*, 8 (2), 7-20.

Hood, B. (1986). Spiritual Emergencies: Understanding Transpersonal Crises. Doctoral Dissertation, University of Massachusetts, 1986 Dissertation Abstracts International 47 (7-A) 2511.

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

Lawson, A. (1984). Perinatal Imagery in UFO Abduction Reports, *Journal of psychohistory* 12, 211.

Lesniewicz, P. A. (2004). Women in crisis. *Dissertation Abstracts International*, Section B, Vol 64.

- Lukoff, D. (1985). The Diagnosis of Mystical Experience with Psychotic Features. *The Journal of Transpersonal Psychology* 17 (2), 155-181.
- Lukoff, D. (1985). The Myth of Mental Illness. *Journal of Transpersonal Psychology* 17 (2), 123-153.
- Lukoff, D. (1988). Transpersonal therapy with a manic-depressive artist. *Journal of transpersonal Psychology* 20 (1), 10-20.
- Lukoff, D., Turner, R., Lu, F. (1992). Transpersonal psychology research review. Topic: Psychoreligious dimensions of healings. *Journal of Transpersonal Psychology* 24 (1) 41-60.
- Lukoff, D., Lu, F., Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM – IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180 (11), 673- 682.
- Lukoff, D., Turner, R., Lu, F. (1993). Transpersonal psychology research review. Topic: Psychospiritual dimensions of healing. *Journal of Transpersonal Psychology* 25 (1), 11-28.
- Lukoff, D., Lu, F., Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM- IV category. *Journal of Humanistic Psychology* 38 (2), 21-50.
- Martin-Finneran, B. (2004). Connecting with the dakini and guru archetype within the self. *Dissertation Abstracts International, Section B, Vol 65, 2669.*
- Oxman, T., Rosenberg, S., Schnurr, P., Tucker, G., Gala, G. (1988). The language of altered states. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (7), 401-408.
- Pahnke, W. N., Richards, W. E. (1966). Implications of LSD and Experimental Mysticism, *Journal of Religion and Health*, 5, 175.
- Rappaport, M., Hopkins, K., Hall, K., Belleza, T. (1978). Are There Schizophrenics for Whom Drugs May be Unnecessary or Contraindicated?, *International Pharmacopsychiatry*, 13, 100-111.
- Sansone, R., Khatain, K., Rodenhauser, P. (1990). The role of religion in psychiatric education: A national survey. *Academic Psychiatry* 14, 34-38.
- Shafranske, E., Maloney, H. (1990). Clinical psychologist's religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy* 27, 72-78.
- Štech, S. (1999). Rozdíly ve výzkumné metodologii-rozdíly v pojetí psychologie. *PsÚ AV*, 33-41.
- Vaughan, F. (2003) What is Spiritual Intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, Vol 42, No. 2, 16-33.

IV. PŘÍLOHY