

**Univerzita Karlova v Praze**

Filozofická fakulta  
Katedra psychologie  
Klinická psychologie



Mgr. Barbora Janečková

**Diagnostika a terapie psychospirituální krize – příspěvek k nové  
diagnostické kategorii**

**Diagnosis and therapy of spiritual emergency - contribution to the new  
diagnostic category**

Disertační práce

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

2007

„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:

Chtěla bych poděkovat MUDr.PhDr. Radvanu Bahbouhovi Ph.D. za podnětné vedení mé disertační práce. Prof. Davidu Lukoffovi Ph.D. za podporu při psaní disertační práce. Sdružení Diabasis, jejím terapeutům a klientům za projevenou důvěru a podporu. Mému muži a dětem za trpělivost.

## Abstrakt

Jednou ze změn mezi DSM-III-R a mezi DSM-IV je zařazení nové diagnostické kategorie V62.89 tzv. psychospirituální krize. Tato kategorie zatím nemá odpovídající obraz v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-10), takže není v České republice oficiálně používána.

Disertační práce obsahuje nástin definice psychospirituální krize, diferenciatně 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.

One of the differences between DSM-III-R and DSM-IV is including a new diagnostic category V 62.89 e.g. spiritual emergency. This category does not have its equivalent in the ICD-10, so it is not officially used in the Czech republic.

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 kind 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 part 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 did spiritual emergence occur, 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.

## OBSAH

I. TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1. ÚVOD .....	7
2. DEFINICE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ .....	10
2.1. Historie .....	10
2.2. Struktura DSM-IV a zavedení nového pojmu .....	13
2.3. Psychospirituální krize a DSM III-R .....	14
2.4. Psychospirituální krize v DSM-IV .....	16
3. SPIRITUALITA A PSYCHOLOGIE .....	23
3.1. Historie .....	23
3.2. Transpersonální psychologie .....	31
3.3. Alternativní rezidenční péče .....	36
4. PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE .....	39
4.1. Spouštěcí mechanismy psychospirituální krize .....	39
4.2. Formy psychospirituální krize .....	45
5. LÉČBA .....	59
5.1. Krizová intervence .....	60
5.2. Pesso Boyden System Psychomotor .....	65
5.3. Biosyntéza .....	69
II. EMPIRICKÁ ČÁST .....	72
6. METODOLOGIE .....	76
7. VÝSLEDKY .....	80
7.1. Shrnutí rozhovorů s terapeuty .....	80
7.2. Shrnutí rozhovorů s klienty .....	85
7.3. Kazuistiky .....	89
8. DISKUSE .....	102
9. ZÁVĚR .....	105
III. PŘÍLOHY .....	107
Příloha 1: Souhrn strukturovaných rozhovorů s terapeuty a klienty .....	107
Příloha 2: Zkrácené přepisy rozhovorů s klienty v PSK a terapeuty .....	117
Příloha 3: Vyjádření tvůrce diagnostické kategorie PSK .....	175
IV. LITERATURA .....	177

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 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 tzv. psychospirituální krize. Zavedení nové diagnostické kategorie je metodologicky náročný proces, během jehož musí nová kategorie obhájit svou opodstatněnost. Konečný soud její potřeby dává však až terapeutická praxe, v jejímž rámci by mělo být patrné zefektivnění léčby nově zařazené diagnostické kategorie.

Tato kategorie zatím nemá odpovídající obraz v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-10), takže není v České republice oficiálně používána. Otázkou je, zda by užívání této kategorie přineslo v našem prostředí užitek. Tento problém můžeme rozčlenit do několika dílčích podotázek, které představují hlavní cíle této disertační práce.

V první řadě jde o to, zda se můžeme i v našem prostředí setkat se symptomatikou, která by odpovídala uvedené diagnostické kategorii. 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.

Zavedení nové diagnostické kategorie není opodstatněné 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 diagnostická kategorie 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 diagnostické 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.

## 2. DEFINICE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ

### 2.1. Historie

Účelem diagnózy je zrychlení cesty k vhodné terapii. To, že je nějaká diagnóza zavedena ještě neznamená, že je tato diagnóza opodstatněná. Na tuto úvahovou chybu upozorňuje již Franciscus Bacon v Novém organonu (Bacon, 1990), kde připomíná, že zavedením pojmu není zaručena jeho existence. Aby byla diagnóza opodstatněná, musí se symptomy spolu vyskytovat častěji než by odpovídalo náhodné (tedy nezávislé) koincidenci. Diagnóza předpokládá, že je v pozadí symptomů, které se spolu často vyskytují, společný mechanismus jejich vzniku.

Medicína je plná příkladů diagnóz, které terapeuticky užitečné nebyly a spíše vytvářely iluzi porozumění (Škrabánek, McCormick, 1998). V této souvislosti je jistě vhodné ctít známou zásadu tzv. Occamovy (Ochamovy) břitvy, která nám říká, že se entity (tedy i názvy) nemají zmnožovat více, než je nutné. Na druhou stranu., kterou rovněž popisuje Bacon: chybí-li nám název pro určité jevy, neznamená to, že tyto jevy neexistují. Zrovna tak nemusí stejný název, který používáme k označení určitých jevů, znamenat, že jsou tyto jevy stejné. Zavedení nové diagnostické kategorie by tedy mělo být spojeno s tím, že prokážeme existenci diagnózou popsané symptomatiky a specifický průběh onemocnění, který vyžaduje specifickou terapii.

Psychiatrická onemocnění byla jedna z prvních, které byly rozpoznávány a popisovány. Již Bible líčí krále Saula, který trpěl těžkou depresí a David tišil její příznaky hrou na lyru.

V antice byla klasifikace duševních nemocí již značně rozvinuta. Popisovaly se onemocnění jako melancholie, mánie, ztráta vědomí a podobně.

Galén tvrdil, že duševní nemoci mohou být způsobeny přímým poškozením mozku.

Během středověku byla duševní onemocnění zaměňována za projevy čarodějnictví a magie a duševně nemocní bývali stíháni a často upalováni.

Během renesance dochází k návratu smyslu pro přírodu a lidskou osobnost. Vlastnosti mysli jsou spojovány spíše s tělem a se sociálními vlivy. Teprve však v období osvícenství dochází k reformě péče o duševně nemocné a jsou zakládány psychiatrické nemocnice.

Od počátku 19. století se psychiatrie organizuje jako samostatný obor všeobecné medicíny. Vznikají velké léčebny a komplexní systémy klasifikace psychických poruch a chorob. 19. století bývá nazýváno věkem nozologického pojetí duševních chorob a deskriptivního dělení podle symptomatiky a v některých případech podle příčiny (Foucault, 1993).

Emil Kraepelin se snažil kombinovat pečlivý klinický popis se základním neurovědeckým zkoumáním. Založil klasifikaci hlavních psychických poruch, která se v podstatě, s určitými modifikacemi, používá do dnes. Na podkladě zhodnocení věku, kdy onemocnění vzniklo a formy průběhu, oddělil Kraepelin předčasnou demenci od demence staršího věku a od paranoické psychózy a maniodepresivního onemocnění.

Další zásadní přínos klasifikaci učinil Eugen Bleuer, když v roce 1911 zavedl pojem „skupiny schizofrenií“ místo pojmu předčasná demence.

Ve 20. století dochází k rozvolnění diagnostických schémat, a to především pod vlivem psychoanalýzy a psychodynamických škol je postaven model psychosociální. Tyto školy zdůrazňují individuální přístup k pacientovi jako k jedinečné osobnosti. Věnují se především léčbě, ale nejsou schopny prokázat její objektivní efekt obvyklými způsoby (Zvolský, 1997).

Vývoj názorů na duševní choroby a jejich klasifikace postupuje od magických vysvětlení k deskriptivnímu popisu příznaků, které jsou shrnovány do vyšších celků, syndromů a nemocí. Po celou dobu je patrná snaha zjistit příčiny těchto nemocí a tomu přizpůsobit klasifikaci. Všeobecně uznávané příčiny však byly zjištěny u menšiny duševních chorob a jednotlivé školy zdůrazňující význam rozdílných faktorů při vzniku duševních chorob si vytvořily svoje vlastní diagnostické systémy. Tato situace vedla k nutnosti vytvořit takové názvosloví, které by bylo přijatelné pro většinu odborníků. Názvosloví by mělo vycházet pouze z všeobecně přijímaných faktů, mezi které patří symptomatika dané choroby, její výskyt v populaci a někdy i její průběhové varianty.

První Mezinárodní seznam příčin smrti byl přijat v roce 1893 v Chicagu, nebyly

v něm však ještě zahrnuty duševní choroby. Jeho V. revize z roku 1938 obsahovala 4 typy duševních poruch, které byly zahrnuty do kapitoly Nemoci nervového systému a smyslových orgánů. Jednalo se o duševní zaostalost, schizofrenii, maniodepresivní psychózu a ostatní duševní poruchy.

V 6. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-6) byla psychiatrii věnována celá kapitola.

Americká psychiatrie od 50.tých let minulého století začala rozvíjet svou vlastní klasifikační strukturu. V roce 1952 byl vytvořen DSM-I Diagnostický a statistický manuál duševních chorob. Detailní popisy jednotlivých duševních chorob byly publikovány i s vysvětlujícími slovníčky. ICD-9 bylo americkými psychiatry shledáno nepřijatelným, neodpovídalo podle nich současným požadavkům klinické praxe a výzkumu.

DSM používá fenomenologickou kategorizaci, nevychází z etiopatogenetických hypotéz o vzniku duševních chorob, ale z popisu jejich symptomatiky.

DSM III v roce 1980 představil mnoho závažných metodologických novinek, zahrnujících jednoznačná diagnostická kritéria a multiaxiální systém, deskriptivní přístup, který se snažil být neutrální ve vztahu k teorii o etiologii. Tato snaha byla usnadněna probíhající rozsáhlou empirickou prací při konstrukci a validaci jednoznačných diagnostických kritérií a vývoji semistrukturovaných rozhovorů (DSM-IV, 1992).

Task force (viz. níže) a pracovní skupiny DSM- IV provedly empirický postup o třech stupních který zahrnoval 1) zevrubný a systematický souhrn publikované literatury, 2) opakované analýzy již shromážděných dat, 3) rozsáhlé cílené pokusy v polních podmínkách. Do DSM-IV byly obecně zahrnuty nové diagnózy až tehdy, když výzkum prokázal jejich opodstatněnost, místo aby byly do DSM-IV zahrnuty proto, aby byl podpořen jejich výzkum. Ale žádná klasifikace mentálních chorob nemůže mít dostatečný počet specifických kategorií, aby obsáhla všechny myslitelné klinické obrazy. Kategorie Not Otherwise Specified pak dovoluje zahrnout i méně časté obrazy, které jsou na hranici specifických kategorií.

## 2.2. Struktura DSM-IV a zavedení nového pojmu

DSM-IV vznikla jako výsledek práce 13 pracovních skupin, z nichž každá zodpovídala za část manuálu. Tato organizace byla vytvořena proto, aby se zvýšila spoluúčast expertů v každé z jednotlivých oblastí. Po rozsáhlých konzultacích s experty a kliniky v jednotlivých oblastech byli zvoleni členové pracovních skupin, kteří representovali širokou škálu zkušeností a pohledů. Dále byl ustanoven formální, na důkazech založený postup, kterým se pracovní skupiny řídily. Pracovní skupiny se zodpovídaly „task force“ (úkolovému uskupení). Task force pro DSM-IV sestávalo ze 27 členů, z nichž mnoho zároveň předsedalo pracovním skupinám. Každá ze 13 pracovních skupin měla 5 a více členů, jejichž závěry byly podrobeny kritice asi 50 – 100 poradců, kteří byli vybráni, aby představovali odlišné klinické a výzkumné zkušenosti, prostředí a názory. Díky spoluúčasti řady mezinárodních expertů bylo zajištěno, že DSM-IV disponuje nejširším souborem informací s platností mezikulturní. Byly uspořádány konference a workshopy, zajišťující koncepční a metodologické poradenství o problematice DSM-IV. Metodické konference se soustředily na kulturní faktory v diagnostice mentálních chorob, geriatrických a psychiatrických diagnóz v primární péči. Aby byla zajištěna otevřená komunikace, Task force DSM-IV vytvořila spojení s mnoha dalšími članky Americké psychiatrické asociace a s více než 60 organizacemi a asociacemi zainteresovanými na vývoji DSM-IV.

Dva roky před vydáním DSM-IV, Task force publikovala a široce distribuovala DSM -IV Options Book. Ta představovala celkový souhrn veškerých návrhů, které byly vzaty v úvahu pro zařazení do DSM-IV, a vybídla tak k názorům a dodatečným připomínkám. Task force obdržela rozsáhlou korespondenci od zainteresovaných jednotlivců, kteří se s ní chtěli podělit o další návrhy k možným změnám DSM-IV v oblasti klinické praxe, výuky, výzkumu a administrativy. Jeden rok před publikací DSM-IV byl k posledním připomínkám rozeslán téměř hotový draft navrhovaných kritérií.

Při závěrečných rozhodováních o DSM-IV opět prohlédli členové pracovních

skupin a task force veškerou korespondenci a rozsáhlý empirický materiál. Hlavním přínosem a inovací DSM-IV nejsou žádné specifické změny obsahu, ale spíše systematický a jasný proces, jakým byla vytvořena a dokumentována. Více než kterákoliv jiná nomenklatura mentálních chorob je DSM-IV založena na empirických dokladech.

DSM-IV zahrnuje systém multiaxiálního posuzování, který umožňuje profesionálům zabývajícím se touto problematikou vytvořit profil zdravotního stavu individua v určitém čase. Umožňuje tak aplikaci biopsychosociálního modelu v klinice, výuce a výzkumu (APA 1994). Toto hodnocení zahrnuje 5 kategorií, zvaných roviny, označujících klinické syndromy (rovina I), osobnostní problematiku a jiné stavy, které mohou být v centru klinické pozornosti (rovina II), základní medicinské podmínky (rovina III), psychosociální a enviromentální problémy (rovina IV), a globální posouzení fungování (rovina V).

### 2.3. 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 fenomenů 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 ze 6 základních vzorců psychospirituální krize popsaných Grofem může být zaměněn se symptomy psychopatologie jak ukazuje následující tabulka podle Bragdon (Bragdon, 2006):

<b>FORMA PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE</b>	<b>PODOBNÁ KRITERIA PRO DUŠEVNÍ CHOROBU –DSM –III R</b>
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:	bludy, halucinace spojené s psychickou

zkušenost dramatických sledů, které se zdají v jiné časoprostorové dimenzi	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 maníí

Je nutno zdůraznit, že může být neobyčejně obtížné rozlišit mezi psychospirituální krizí a psychopatií 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 psychopatie.

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.

#### 2.4. Psychospirituální krize v DSM-IV

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 religiozní a spirituální problematiky, 2. omezení iatrogenního poškození při nesprávné diagnostice religiozních 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 religiozními a spirituálními otázkami.

Do čtvrtého vydání Diagnostického a Statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV) byla tato nová diagnostická kategorie týkající se religiozních 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 religiozní problémy byla chápána jak v psychiatrické, tak v transpersonálně orientované psychologické literatuře, týkající se iatrogenního poškození kvůli misinterpretaci religiozních 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).

Systém 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 nejpříjemnějším 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 religiozních problémů jako primární fokus léčby bude mít pravděpodobně dramatický dopad na plán léčby.

### *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 mythologií
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 ilustruje podstatné rysy psychospirituální krize v protikladu krátké psychotické poruchy (DSM-IV) a schizofrenie se kterými bývá nejčastěji zaměňována

Srovnání příznaků psychózy a psychospirituální krize (Lukoff, 1992)

<b>Akutní a přechodné psychotické poruchy viz. ICD-10</b> <b>Krátká psychotická porucha viz. DSM-IV</b>	<b>Schizofrenie</b>	<b>Psychospirituální krize</b>
Psychotické symptomy se objevují ihned po působení rozpoznatelného psychosociálního stresoru.	Psychotické příznaky se objevují buď náhle (nebo častěji) po nespécifických prodromálních potížích, které mohou trvat týdny až měsíce. Již při nastoupení potíží může být snížena úroveň sociálního fungování.	Fenomény obvykle následují po působení rozpoznatelného psychosociálního stresoru; bezproblémové fungování před epizodou.
Emoční zmatek a jeden z následujících příznaků: Inkoherence 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	Všechny následující příznaky: Extatická nálada Pocit nově získaných znalostí Změny vnímání Bludy se tématicky týkají mytologie Nenarušené konceptuální myšlení Pozitivní explorativní zájem o probíhající

	stažení.	zkušenost a význam Schopnost vytvořit adekvátní terapeutický vztah
Symptomy trvají více než několik hodin, avšak méně než 4 týdny.	Déle než 4 týdny, většinou jde o onemocnění chronické.	Symptomy trvají od několika 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 psychosociálního stresoru nepředchází zvýšená psychopatologie.	Působení psychosociálního stresoru často předchází zvýšená psychopatologie.	Působení psychosociálního 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 správně rozpoznat spirituální krizi od psychopatologických stavů. Psychospirituální krize není psychopatologickým onemocněním, i když lidé trpící psychopatologií mohou mít spirituální zážitky.

### **3. SPIRITUALITA A PSYCHOLOGIE**

#### **3.1. 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. V religiozních studiích uváděné mystické a extatické stavy (Laski, 1961) které se jsou pokládány za pozitivní a kulturně přijatelný religiozní 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 jsou 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 schizofrením nebo spirituálním stavu, ale využití tohoto materiálu je v obou skupinách odlišné kvůli jejich odlišným vývojovým stupňům. (La Montagne, 1985).

Již Underhill (Underhill, 2004) ve své klasické práci o religiozním mysticismu

uvádí, že mnoho religiousních 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 universální silou. Underhill také uvádí klinické detaily, podle kterých lze určit platnost vnitřních hlasů a vizí.

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

V krizi předcházející spirituálnímu procitnutí, zatímco osoba zvládá fyzickou realitu a každodenní život, často cítí nespokojenost, prázdnotu života, pocit, že něco chybí. Tato psychická tenze vede k tomu, čemu se obecně říká „krize středního věku“ a je často provázena krizí morální, sociální a vztahovou.

Existují však potenciální komplikace. Pídí-li se člověk po smyslu svého utrpení, přemožen vnitřními konflikty, nenalézáje 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 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 manii. Assagioli 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 závisící 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 sebepodceňování (Asagioli 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 spjaté s nejvyššími vrcholy lidského potenciálu. Sebeaktualizace je podle Maslowa nikdy nekončícím procesem postupujícím kontinuálně vzhůru. (Maslow, 1962)

	B – hodnoty vrcholné zážitky sebeaktualizace		<b>B – úroveň</b>
<b>vyšší potřeby</b>	úcty náležitosti / lásky		<b>úroveň potřeb (redukce tenze)</b>
<b>nižší potřeby</b>	bezpečí fyziologické		

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 psychologíí 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 osvětluje: 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 religiošních zkušeností (Hardy 1979). Ačkoliv soubor není omezen jen religiošními zkušenostmi, Hardy předkládá 92 elementů vyskytujících se v popisech religiošních zkušeností. Tyto shrnuje do 12 základních oddílů.

1. Sensorické nebo kvasisensorické zkušenosti : vizuální
2. Sensorické nebo kvasisensorické zkušenosti : sluchové
3. Sensorické nebo kvasisensorické zkušenosti : hmatové
4. Sensorické nebo kvasisensorické 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 religiošních zkušeností. Tady začíná být zřejmé, že kriteria nebo definice mystických, intenzivních religiošních stavů častěji vycházejí z popisu zkušenosti, často zaměřené na obsah a pocit. Je-li obsah religiošní 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 religiošním

mysticismu.

V psychologické literatuře zabývající se schizofrenními atakami se současní autoři zabývají obvyklými hypotézami o schizofrenních či psychotických procesech. Perry (1953,74,76) předpokládá, že mnoho prvních projevů psychózy 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.Laing (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.“(str.58)

Velmi pragmatický teoretický příspěvek k tomuto alternativnímu pohledu na psychotické procesy byl učiněn Johnem Weir Perrym, psychiatrem a jungiánským analytikem, který spoluzaložil residenční 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 episod. 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 1953,74,76).

Proces obnovy podle Perryho, je 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 drastičtějšímu a turbulentnějšímu 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.

### 3.2. 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 (in 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
- hypersuggestibilita

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 (říše) 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 1985,86,2000,2004)

Grof a Grofová napsali a vydali dvě další knihy týkající se psychospirituální krize, a zatímco se jejich popisy mírně změnily, podstata definic je táž (Grof a Grofová 1976,1992). Jejich definice s drobnými odchylkami popisu obsahu byla přijata jak 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 (Walsh a 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 navržena Lukoffem, Lu a Turnerem (1992) proto, aby se zamezilo tendenci pracovníků zabývajících se duševními problémy, ignorovat nebo podceňovat religiozní a spirituální otázky vynořující se při léčbě. V dřívějších pracích autoři zhodnotili tuto tendenci a dovedli, že religiozní 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 religiozními a spirituálními problémy se hledají nesnadno. Systematická analýza kazuistik zahrnujících religiozní a spirituální problémy v Medline bibliografické databázi 1980-96 našla pouze 364 abstraktů týkajících se religiozních 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 religiozní 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 zjednodušení, 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 zákonech, 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 religiousními 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, mythologické a archetypální fenomény, vzpomínky na minulé reinkarnace, zkušenosti z oblasti 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 kriteria vylučují osoby s těžkými paranoidními stavy, persekučními 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.

### 3.3. 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 našel 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, Hopkins, Hall, Belleza a Silvarman, 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, 50 z nichž 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 dostalo byla dána vztahem starostlivosti a lásky spíše 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

systemu, zabývajícího se mentálním zdravím, z toho 41% neměla kontakt žádný. Zatímco 43 % kontrolních osob bylo drženo 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.

## 4. PSYCHOSPIRITUÁLNÍ KRIZE

### 4.1. Spouštěcí mechanismy psychospirituální krize

Je možné vysledovat, že spirituální zážitky a spirituální emergence nastávají většinou v určitém čase a za určitých okolností. Tyto okolnosti mohou být osobní nebo globální povahy.

Co přesně spustí nebo zapříčiní psychospirituální krizi? Za prvé je nutno poznamenat, že příčiny (predisponující faktory, životní situace, personální orientace, rodina, sociální a psychologická anamnéza) mystické zkušenosti nebo psychospirituální krize jsou odlišné od spouštěcích mechanismů, které bezprostředně předchází epizodě (Spilka, Hood, Gorsuch 1985).

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

Z toho plyne, že studovat příčinné souvislosti těchto epizod je komplexní a zatížené experimentálními a filozofickými komplikacemi. Vnitřní psychologické rysy, systém víry a psychodynamika představují část vnitřních faktorů, zatímco rodinné, sociální, kulturní faktory představují vlivy vnější.

Mnoho autorů prostě pomine tyto složitosti tím, že se soustředí na spouštěče těchto událostí. Když studovali spouštěče spirituálních krizí, stejně Grofovi (1993) jako Bragdon (1990) těží z rozsáhlého materiálu kazuistik a klinicko experimentálních poznatků. Pojmenovávají fyzické a emocionální stresory, sexuální aktivity, narození dítěte, spirituální studie a praktiky, drogové zkušenosti, stejně jako životní období jako spouštěče epizod psychospirituální krize. 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 psychedelických drogách. 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:

### *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. Touží po něčem „víc“, ale neví po čem. Rozhodně však vědí, že to „víc“ není nic materiálního.

### *2. temná noc duše*

Jako temná noc ducha neboli mystická smrt bývá označována druhá očištná perioda mystické cesty (Underhill, 2004). Během tohoto procesu je očišťováno samotné centrum mystikovy osobnosti. Musí se zbavit vůle, musí být zničeny poslední známky sebe-vědomí. Musí s konečnou platností pochopit vlastní bezmocnost a úplně se podvolit. Cílem tohoto stadia jsou odevzdanost, oddanost a dokonalá pokora celé bytosti.

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 osvícení 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 trapné, nedůstojné a vytěšňované obsahy, zlé a nízké pudy.

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, že spirituální učitel pravděpodobně může poskytnout podporu a vedení, pokud se spirituální emergence objeví během intenzivní meditace nebo modlitby.

Chování spirituálních učitelů, duchovních a dalších členů komunity má mimořádný vliv na to, jak žák zvládne spirituální 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 v Americe mají vlastní způsoby pomoci svým členům jako např. Naropa v Bouldru, jiné většinou vyhledávají pomoc psychologů, psychiatrů a lékařů.

### *4. operace*

Množství lidí, kteří podstoupili různé druhy operací, mají zážitky podobající se zážitkům blízké smrti, které někdy bývají vysvětlovány jako důsledek anestezie. Anestezie kataminem se zdá velmi efektivní ve spouštění spirituálních zážitků. Někdy můžeme být svědky, že vedlejším efektem anestezie je, že pacient začne jinak smýšlet o otázkách týkajících se smrti,

života po smrti a původu života.

### *5. intenzivní sexuální zážitek*

Intenzivní blízkost s jiným člověkem může též být silným spouštěčem transpersonálního rozvoje. Existují spirituální cesty jako například tantrické praktiky, které jsou vystavěny speciálně tak, aby stimulovaly spirituální zážitky. Člověk během sexu může mít pocit, že vidí partnerův minulý život nebo může mít pocit, že vidí jeho myšlenky, pocity, cítit splynutí s božskou energií.

Sexualita zahrnuje archetypální model splynutí protikladů, kde mužská a ženská energie jsou jedno, kde ti, kdo jsou rozděleni splynou a zažívají jednotu. Proto není divu, že spirituální rozvoj může být stimulován sexuálním splynutím s milovanou osobou.

### *6. těhotenství a porod*

Těhotenství a porod jsou vysoce zatěžující zážitky, jak po fyzické tak po psychické stránce, a mohou přinášet i spirituální zážitky a potenciálně i psychospirituální krizi. Hormonální změny během těhotenství, porodu a během laktace přinášejí psychologické změny měnící vědomí. Změny spánkového rytmu a nedostatek spánku, který s sebou přináší těhotenství a péče o novorozence, mohou přinášet otevření psychiky.

Citové naladění matky na novorozence bývá často doprovázeno jemnou intuicí jak dítěti je. Některé ženy dokáží v pozdějších obdobích rozvinout svou intuici tak, že intuitivně vytuší, kdy je jejich dítě ohroženo nebo v nebezpečí.

Porod je zážitkem, které 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, pokud přinášejí spirituální zážitky, které mohou vyústit v psychospirituální krizi, bývají spojeny s konfrontací se smrtí. Někdy i krize morálních hodnot, spojená s umělým přerušováním těhotenství,

může spustit psychospirituální krizi.

### *7. emocionální zátěž*

Složitá 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 spirituální proces. Intenzivní individuální nebo skupinová psychoterapie vyvolávají emocionální stres, který může napomoci rozvoji spirituality. Všechny tyto situace vedou ke konfrontaci jedince s jeho vírou v Boha, pocitu co je realita a toho, co má v životě smysl. Během emocionálně vypjatých situací je často člověk nucen přiznat svoji zranitelnost. Ve chvíli, kdy je člověk zranitelný, mají psychologické komplexy z nevědomí tendenci dostávat se do vědomí. Když má jedinec intenzivní averzi ke komplexu jeho provalení do vědomí, může provokovat zahlcující reakci, která může katalyzovat psychospirituální krizi.

V momentě, kdy je emocionální stres nejintenzivnější, existuje bod obrátu, kdy má člověk možnost se přeorientovat k lepšímu fungování na vyšší úrovni nebo se vrací ve stejných životních vzorcích a struktuře nebo regreduje. Inspirace k práci na sobě nejčastěji přichází ze spirituálního zážitku nebo hlubokého sdílení s jiným člověkem.

To se nejspíše stane, když ten, který pomáhá, terapeut, učitel nebo oddaný přítel je přítomen.

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

### *8. použití substancí*

Mnoho lidí, kteří touží po spirituálních zážitcích, si jako možnou cestu volí vědomí ovlivňující substance. Pro některé tato cesta znamenala začátek kontaktu s jemnohmotnými úrovněmi a podpořila jejich touhu po osobnostním růstu. Pro jiné bylo použití substancí začátkem cesty k závislosti a morální degradaci.

Existují substance, které facilitují spirituální proces? Které látky 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.

### *9. alkohol*

Alkohol a jemu podobné substance málokdy podněcuje spirituální zážitky. Malé množství alkoholu 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 hledat. Spirituální témata spíše mohou vyplynout z odvykací periody nebo ze stavu vystřízlivění po vypití příliš velkého množství. Nicméně alkohol sám o sobě nestimuluje spirituální emergenci.

### *10. stimulanty-káva, čokoláda, amfetamíny, kokain*

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

### *11. barbituráty*

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

### *12. opiáty, heroin, morfin a opium*

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

### *13. marihuana*

Marihuana bývá zařazována mezi opiáty a psychedelika. Může vyvolávat nové vjemové zážitky a mnoho lidí ji vyhledává právě pro schopnost vyvolávat spirituální zážitky.

#### *14. emfatogeny – extáze a podobně*

Podle některých popsáných pozorování může tato látka pomoci lidem otevřít spirituální zážitky. Nabízí lidem vnímání teď a tady a může prý facilitovat integraci spirituálních zážitků.

#### *15. psychedelika*

I psychedelika mohou působit jako silný katalyzátor psychického otevření a mohou i spustit bouřlivý proces psychospirituální krize.

### 4.2. Formy psychospirituální krize

Na úvod této kapitoly bych chtěla předeslat, že veškeré pokusy o klasifikaci psychospirituální krize jsou poměrně problematické.

Projevy psychospirituální krize jsou vysoce individuální a je velmi obtížné nalézt mezi nimi stavy zcela totožné. 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).

#### 4.2.1. Probuzení hadí síly /kundaliní/

Tato forma psychospirituální krize bývá považovaná za nejčastější. Koncept má svůj původ v indické spirituální tradici. Podle hinduistické a budhistické tantrické školy je Kundaliní 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 (gurua), různými emočními a tělesnými faktory anebo z neznámých důvodů (Jung, 1975).

Probuzená Kundaliní, nazývaná také šakti, stoupá skrze nádí, což jsou kanálky či vodiče v jemnohmotném energetickém těle. Při svém vzestupu očisťuje

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 gurua, jehož kundaliní je plně probuzená a stabilizovaná. Nejdramatičtější příznaky probuzení kundaliní 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 silnými 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 jedincovu psýché. 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 jógínských pozic (ásán) 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 čaker, 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 níž 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. (Greenwald 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)

#### 4.2.2. 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, bouřňáka nebo kondora, letícího do říše kosmického slunce. Nový šaman může také prožívat situaci, že je těmito ptáky 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 uctívaný člen, který přebírá úlohu kněze, vizionáře i léčitele (Gennep, 1996).

#### 4.2.3. 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.Maslawa 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.

#### 4.2.4. 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. Ocitá 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 plnějšiho uplatnění vlastního hlubšího potenciálu.

#### 4.2.5. 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 ne jen je samotné, ale i jejich okolí, pro které bývá objevení těchto fenomenů ohrožující z hlediska jejich pojmání reality.

Při mediálních stavech člověk pociťuje 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). Uznávaní šamani a jasnovidci využívají tyto stavy produktivním způsobem. Během psychospirituální krize může nekontrolovaná ztráta vlastní totožnosti působit značně hroživě.

Do skupiny krizí spojených s otevíráním mimosmyslového vnímání patří i zkušenost, kterou C.G.Jung popsal jako synchronicitu neboli smysluplnou koincidenci 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)

#### 4.2.6. 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.

#### 4.2.7. Channeling

Channeling je jednou z forem intuice. Je to mentální proces, při němž mají lidé pocit, že dostávají informace do mysli přímo, aniž by byly využívány běžné sensorické vstupy, rozum nebo vzpomínky. Osoba se při channelingu stává průlivem, kanálem, skrze nějž dostává většinou formou hlasů nebo automatického psaní informace, jejichž podklad není možno nalézt v životní historii jedince.

Channeling je důležitým prvkem učení ve všech kulturách. Podílel se na napsání knih jako Kniha Mormonů, Korán, některé části Bible.

Mezi channeling řadíme též komunikaci s něčím, co můžeme nazvat vnitřním průvodcem, duchovním rádcem. Jde o formu transu, extatického stavu, který bývá pociťován jako přímý osobní prožitek vnitřního provázení.

Všechny tyto zážitky mohou vyvolat vážnou psychickou a duchovní krizi, obvykle proto, že si je daný jedinec začne vykládat jako příznak počínající duchovní choroby, což bývá velice časně, protože hlasy jsou známým příznakem paranoidní schizofrenie. Takto zprostředkované informace mohou mít různou kvalitu od bezvýznamného tlachání až po velmi závažná sdělení.

Tyto stavy s sebou nesou nebezpečí inflace Ega. Objevení nových schopností a zážitků se odrazí na zvýšeném sebevědomí. Daný jedinec se cítí být vyvolen pro zvláštní úkol a svůj prožitek začne považovat za důkaz vlastní výjimečnosti.

#### 4.2.8. 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, trvajících 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 neznamena, 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).

#### 4.2.9. 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.

#### 4.2.10. 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 „létaujících 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 létaujících discích, které byly v průběhu dějin lidstva zaznamenány, a zprávami o jejich pozorování, 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, jímž 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.

Nutno dodat, že některé typy psychospirituálních krizí jsou klasifikovány podle popisu či prožitku události - jako jsou zážitky blízké smrti a setkání s UFO. Další kategorie jsou pak založeny na široké symptomatologii, jako třeba kundalini proces. Krize týkající se oblasti sjednocujícího vědomí je pojmenována podle současných klasifikací západní psychologie. Další typy jako je šamanská krize a posedlost jsou založeny na zážitcích v kmenových

kulturách stejně jako na současných pohledech. Je patrné, že je potřeba přesnější definice, výzkumu, klasifikace a rozlišení.

## 5. 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 sebezvoji 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 budu zabývat třemi směry, které terapeuti pracující s problematikou psychospirituální krize v Čechách úspěšně používají. Je to již zmíněná krizová intervence, PBSP terapie a biosyntéza. Jsem přesvědčena, 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. Já jsem se zaměřila na již zmíněné směry, protože jsem 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.

## 5.1. Krizová intervence

V současných podmínkách naší společnosti a kultury jsou při zvládnutí psychospirituální krize nejvíce využitelné praktiky krizové intervence, což je soubor dovedností, praktik a znalostí, zaměřený na zvládnutí 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 nejbližší 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 nebo 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 diferenciatní 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.

### *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 přirozených 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 zstrašen 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 spiritualní 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*

Procházkou, 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.

### 5.2. *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 Pessu 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 Pessu 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 Pessu Boyden psychoterapie je zřejmá ze skutečnosti, že sebezkušenost klient získává v průběhu tělesných interakcí (*Experience in Action*, Pessu 1994).

Základem Pessu 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.

Pociťujeme-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 objektních 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.

## Použití 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 nejrůznější 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. Zmíním 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.

### 5.3. 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 pociťování 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 pocitem 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.

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, abreakovat 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.

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 tomto stavu a zároveň se účastnit kazuistických seminářů na toto téma. Postupně, jak jsem některé klienty provázela, jsem se snažila zpracovávat jejich kaziustiky 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 dizertační práce. S profesorem Lukoffem jsem některé části disertační práce diskutovala (příloha. 3).

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.

Empirická část disertační práce je kvalitativním výzkumem, obsahuje komentáře 8 odborníků (2 psychiatrů a 6 klinických psychologů), kteří v České republice s problematikou psychospirituální krize pracují. Vzhledem k tomu, že psychospirituální krize je novou diagnostickou kategorií DSM-IV, který není v České republice používán, 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.

Zde uvádím otázky, které jsem se terapeutů ptala během strukturovaného rozhovoru:

- S kolika případy PSK jste se ve své praxi setkal
- Uvedte 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 vysvětlujete, 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 postoj terapeutů k práci s těmito klienty. Zajímalo mě, jak si vysvětlují psychospirituální krizi a jaké metody práce s těmito stavy používají.

Další částí disertace je 20 strukturovaných rozhovorů s klienty, kteří epizodou psychospirituální krize prošli. Tito klienti byli diagnostikováni jako psychospirituální krize terapeuti, se kterými se ať už v akutní fázi nebo po jejím skončení setkali. Jedná se jak o moje vlastní klienty, tak 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 neúčastnit.

Nejedná se o populačně reprezentativní vzorek, nicméně případů je dost na to, aby se některá data opakovala a bylo možno je kategorizovat.

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

Toto jsou otázky, které jsem se ptala klientů ve zkoumaném vzorku.

- 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 vrátíte 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.

Poslední částí jsou 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.

Cílem empirické části bylo zjistit:

1. zda se v našich podmínkách nacházejí lidé odpovídající diagnostickým kritériím psychospirituální krize podle DSM-IV

2. v popsaných 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 hloubkovými rozhovory, ty jsou doplněny kazuistikami komplexně popisujícími typický průběh psychospirituální krize.

Při stanovování ideového plánu výzkumu jsem nejdříve mapováním stanovila výzkumný problém tj. použitelnost diagnózy 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.

V této disertační práci byla použita nepravděpodobnostní metoda sněhové koule (Bryman 2001) pro výběr terapeutů, kteří pracují s diagnostickou kategorií psychospirituální krize. Metoda sněhové koule patří v oblasti kvalitativních metod k jedné z nejčastěji používaných. Základním východiskem pro aplikaci této metody je získání kontaktu s první vlnou účastníků výzkumu. Skupina osob první fáze je složena z osob, které nominuje účastník nulté fáze atd. až do dosažení saturace.

Pro výběr klientů, kteří psychospirituální krizí prošli byl použit prostý záměrný výběr. 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 diagnostikován.

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 plasticita, 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 prozatím 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 fenomenu. 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. Shrnutí rozhovorů s terapeuty

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 diagnostikují a zároveň lidé nejsou „zvyklí“ se v těchto stavech obracet pro psychologickou pomoc. Jistě hraje roli i častá obava klientů „že se zbláznili“ a nechuť, pokud to není nutné, se obracet pro pomoc. Velké množství klientů s touto problematikou se jistě může skrývat i pod různými jinými diagnózami.

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.

Typický 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.

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.

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.

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

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.

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.

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 sebeaktivační síly, která se chce projevit ve světě. Krizi lze vnímat jako proces transformace, jako útěk z příliš bolestné reality. Krize nastává ve chvíli, kdy člověk není schopen integrovat obsahy, které se objevují a není podpora 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.

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, neporozuměním a patologizací celého procesu.

Terapeuti dále zmiňovali jako efektivní formu pomoci krátkodobou intenzivní pobytovou intervencí. 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.

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 diagnostickou 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.

## 7.2. Shrnutí rozhovorů s klienty

Část práce, která se týká rozhovorů s klienty diagnostikovanými jako 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 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.

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 v 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.

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.

Otázka týkající se délky trvání nejintenzivnějšího období, dala odpověď zcela ve smyslu konceptu psychospirituální krize. Většina klientů uvádí 1-4 měsíce a více než  $\frac{3}{4}$  uvádějí období do 1 roku.

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 (edukace), poučený terapeut, zájem, důvěra (provázení). Dále bylo ještě přínosné to, co lze zahrnou pod název „podpůrná skupina“ tj. setkání s lidmi, kteří měli zkušenost s procesem psychospirituální krize.

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 skutečně traumatizující.

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.

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.

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.

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 neschopenky by umožnila klientům plně se věnovat tomu, co se s nimi děje a pravděpodobně by urychlila jejich možný návrat k „normálu“.

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.

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.

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.

### 7.3. Kazuistiky

#### Kazuistika 1:

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, vzala si taxíka a tak se ocitla na krizovém centru. 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 3 hodinového 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 divné. 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 patrné velké rozrušení spolu s vegetativním doprovodem. Postupně krok po kroku jsme zrekonstruovali obraz jejího zážitku: Jak udělala několik rychlých kroků po mostě, měla intenzivní zážitek, jakoby vstoupila do jiné dimenze. Jak sama řekla, octla 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 jí: jak se dá tohle unést. Vzápětí 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 prolнула 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 byla po celou tu dobu strachy bez sebe a stále víc se u ní objevoval třes rukou, tachykardie, pocení a zejména ve velké úzkosti brnění rukou. Svěřovala se lékaři 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 přepadal 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 mě vzalo, vždyť já na takovýhle 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 takovýhle 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 půl hodinu prvního setkání jsme věnovaly zarámování 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 se zasebevraždil 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, na varhanní koncerty a začala pracovat s hrnčířskou hlínou. 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 říct, 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 něco pozitivního.

### Kazuistika 2:

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. Nabídla 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 prochladl a dostal se do veliké 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. Ztratil pojem času, 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 obluzení 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, přítakání 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, nepociťoval 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, pocítil neobyčejné pohnutí a plakal. Ještě než se úplně rozbřesklo 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 ocitl 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. Cítil se tak naplněn zážitkem s andělem, že to zastíralo všechny ostatní podněty. Záchranáři se velmi podivovali, 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 taky 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. Shodou okolností jsem měla v pracovně po ruce některé Grofovy knihy, vybral si jednu z nich. Ta 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 znejistňující pro něj byla reakce kamarádů poté, co ho zachránili. Zároveň ale byl schopen pochopit a reflektovat jejich chování. Velmi byl pro něj důležitý 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 asi za další rok, 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 45 let se přišla poradit poté, co jí opakovaně bylo velmi špatně po obštrích páteře. Ty jí byly indikovány pro silné nespecifické bolesti, které vystřelovaly z oblasti kostrče až do hrudní páteře. Po obštrích zvracela, zatmívalo se jí před očima, pokoušely se o ní mdloby a měla intenzivní pocit, jako by jí někdo do těla „napustil“ jed. Ošetřující lékař se velmi pozastavoval nad její reakcí, potom jí doporučil, aby šla na nervové oddělení 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. Nejvíc jí trápil pocit, že se jí děje 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 museli 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 vztahům 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 ji 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 kundaliní, 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 pocítila 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 fenomenů“ v anamnéze patrná žádná nápadnost nebo zvláštnost, všichni tři přiměřeně fungovali, jak v oblasti vztahové, tak v oblasti studijně-pracovní. Zároveň je ve všech kazuistikách přítomný spouštěč krize, ať už se 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 fenomenů a zážitků tento proces doprovázejících. Tak, jak se již objevilo v 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 střizlivý 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 PSK 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“.

## 8. DISKUSE

Psychospirituální krize je diagnostickou 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 sporadičnost je jistě na místě se ptát, zda může být tato diagnostická kategorie i pro naše podmínky přínosem.

Jednou z obtíží této diagnózy je, že se jedná o diagnózu DSM-IV, nikoli ICD-10, tudíž psychoterapeuti v našich podmínkách nejsou nijak nuceni o této diagnostické kategorii přemýšlet. Často se proto jistě děje to, že je obraz psychospirituální krize zařazován pod jinou diagnózu ICD-10. Terapeuti, kteří tuto diagnózu znají a pracují s ní, jsou často lidé, kteří jsou nastaveni vidět tuto kategorii jako užitečnou. Jejich postoj je dám buď tím, že dodatečně našli diagnózu pro stavy, které znali z praxe a nevěděli si s nimi diagnosticky rady, nebo se po seznámení s touto diagnózou častěji zabývali otázkou, zda by nebylo vhodné tuto kategorii v konkrétním případě použít.

Pro posouzení užitečnosti diagnózy 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 diagnostickou kategorii neznají a dotazování, jestli se setkali s nějakými případy, které by mohly této diagnóze 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.

Uvědomuji si, že problematickým 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.

Užitečnost diagnózy by byla nejlépe patrná v experimentální studii, kde by lidem s touto diagnózou byla náhodně přiřazována klasická a poučená léčba. Tento experiment by byl však eticky zpochybnitelný.

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 diagnózu 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 disertace odpovídá obecně výhodám a problémům kvalitativní studie. Například fakt, že se touto problematikou zabývám, nejsem nezaujatá, jsem o užitečnosti této diagnostické kategorie přesvědčena. Tuto svou vstupní aserci jsem se snažila korigovat užíváním objektivnějších diagnostických vodítek, která nabízí DSM-IV.

Při psaní disertace jsem se snažila prohledat různé databáze, abych měla srovnání svého kvalitativního výzkumu se zahraniční literaturou. Literatury na téma psychospirituální krize je poměrně velké množství různé kvality. Psychospirituální krize se v zahraničí objevuje jako téma dizertačních 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 diagnostikovanou jako psychospirituální krize a druhou 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 byli diagnostikováni jako psychospirituální krize a 8 terapeutů pracujících s touto diagnostickou kategorií.

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

Typickým 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 navrací do normálu postupným lepším fungováním v realitě, normalizací rytmu spánku a bdění, obvyklou potřebou jídla a ustáním mimořádných fenomenů.

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, tj. literatura o daném tématu.

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 diagnostické kategorie v našich podmínkách a další výzkumy by měly navazovat.

### III. PŘÍLOHY

#### **Příloha 1: Souhrn strukturovaných rozhovorů s terapeuty a klienty**

##### **Otázky pro terapeuty**

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

##### **Otázky pro klienty**

1. Muž/žena
2. V jakém věku vás PSK potkala a co byl první projev, co spustilo PSK
3. Čím se PSK projevovala
4. Jak dlouho trvalo nejintenzivnější období
5. Jak reagovalo okolí, co vám pomáhalo/nepomáhalo
6. Které osoby byly důležité
7. Co vám scházelo, co jste potřeboval/a
8. Které intervence byly produktivní/neproduktivní
9. Co by byla optimální pomoc
10. Co byla nejhorší zkušenost
11. Podle čeho jste poznal/a, že se vracíte do „normálu“ a jak dlouho to trvalo
12. Změnil se váš život poté, co jste prošli procesem PSK, jestli ano, jak

### III.A. Souhrn terapeuti

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

<b>S kolika případy PSK se terapeut setkal</b>	<b>Četnost</b>
3	1
4	2
5	1
6	1
Víc 10	1
37	1
100	1

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

<b>Demografický údaj</b>	<b>Četnost</b>
častěji ženy	6
věk 20 – 45 let	1
celé spektrum profesí	8

3. Co měli klienti společného

<b>Co měli klienti společného</b>	<b>Četnost</b>
Staženost	2
Strach	2
Zmatenost	2
„normálnost“	1
specifická témata, zážitky, které nešlo integrovat	1
nespokojenost s diagnózou psychóza	1
osobnost narcistická, závislá	1
malé zakotvení v těle, v realitě	1
Křehkost	1
větší introverze	1
podpora v hodnotách z dětství	1
zatěžující zážitek v rané dospělosti	1

#### 4. Jaká byla životní situace těchto lidí

<b>Životní situace lidí v PSK</b>	<b>Četnost</b>
u každého jiná	4
častěji zatěžující zážitek v minulosti	1
Rozhodování	1
Krize	1
vnitřní nespokojenost s životní situací	1
Nečekané prožitky	1
zpochybnění dosavadních hodnot	1

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

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

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

<b>Časté projevy PSK</b>	<b>Četnost</b>
Kundalini	5
psychické otevření	3
vrcholné zážitky	3
energetické prožitky	3
šamanské krize	2
změna emotivity	2
změněné stavy vědomí	2
extatická nálada	1
changelling	1
karmické fenomény	1

<b>Méně časté projevy PSK</b>	<b>Četnost</b>
UFO	1
posedlost	1

### 7. Jak si vy sám vysvětľujete, že PSK vzniká

<b>Vysvětlení PSK očima Terapeuta</b>
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

### 8. Co považujete za nejefektivnější formu pomoci

<b>Nejefektivnější podoba pomoci z pohledu terapeuta</b>	<b>Četnost</b>
Provázení	4
integrovat obsahy do individuálního rámce	4
Nebát se těchto fenomenů	2
Dobrý rámec, bezpečí	2
Nepatologizovat	1
krátkodobá intenzivní pobytová intervence s následnými konzultacemi	1
úprava režimu spánek, jídlo	1

respekt k procesu klienta	1
edukace klienta	1

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

<b>Změna života klienta po PSK</b>	<b>Četnost</b>
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

### **III.B. Souhrn klienti**

#### 1. Pohlaví

<b>Pohlaví</b>	<b>Četnost</b>
Muž	10
Žena	10

#### 2a. v jakém věku vás psychospirituální krize potkala,

Věk klientů se pohybuje od 16 do 46 let

#### 2b. co byl spouštěč

<b>Spouštěč</b>	<b>Četnost</b>
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
Isd, psychotropní rostliny	2
Extrémní fyzické vypětí	1
rodinný stres	2

#### 3. Čím se psychospirituální krize projevovala

<b>Projevy PSK</b>	<b>Četnost</b>
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



4. Jak dlouho trvalo nejintenzivnější období

<b>Délka nejintenzivnějšího období</b>	<b>Četnost</b>
14 dní – 3 týdny	3
1-4měsíce	9
5měsíců-1rok	4
více než 1 rok	4

5. Jak reagovalo okolí, co vám pomáhalo/nepomáhalo

<b>Co pomáhalo při PSK</b>	<b>Četnost</b>
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

<b>Co nepomáhalo při PSK</b>	<b>Četnost</b>
psychiatrie+léky	5
nucení k normalitě	4
Nepochopení	3
Distanc	1
Odmítnutí	1
Nezájem	1

## 6. Které osoby byly důležité

<b>Důležité osoby</b>	<b>Četnost</b>
lidé se zkušeností PSK	8
Terapeut	7
Přátelé	7
Partneři	7
Rodiče	4
kněz / duchovní vůdce	3

## 7. Co vám scházelo, co jste potřeboval/a

<b>Co scházelo</b>	<b>Četnost</b>
průvodce procesem	11
vysvětlení, porozumění	10
bezpečné prostředí	10
Blízká osoba	1
duchovní vůdce	1

## 8. Které intervence byly produktivní/neproduktivní

<b>Produktivní intervence</b>	<b>Četnost</b>
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

<b>Neproduktivní intervence</b>	<b>Četnost</b>
léčba psychiatrem (medikace)	5
hospitalizace na psychiatrii	2
Rady	1
Alkohol	1
Odmítnutí	1

9. Co by byla optimální pomoc

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

10. Co byla nejhorší zkušenost

<b>Nejhorší zkušenost</b>	<b>Četnost</b>
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

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

<b>Rozpoznání návratu do normálu</b>	<b>Četnost</b>
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
----------------------	---

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

<b>Změna života po zkušenosti s PSK</b>	<b>Četnost</b>
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

## **Příloha 2: Zkrácené přepisy rozhovorů s klienty v PSK a terapeuti**

### **Terapeut 1**

Setkal jsem s více než 100 případy PSK.

Pacienti byli různých profesí i věku. Studenti, ženy v domácnosti, autoopraváři, opraváři tiskáren, psychologové, prodavači, právníci.

Věkem byli spíše po 30, více žen.

Spojovalo je jejich zděšení, strach, staženost a relativní jednoduchost to během 1 hodiny vidět změně- úleva, nový rámec, zdůraznění porozumění od někoho a tím i sama sebe.

Nemyslím si, že by ke mě přišli v nějaké situaci, která by se dala označit jako typická. Snad se všichni dostali do typické situace v rámci krize. Něco jako zpochybnění dosavadních jistot. Ale to je pořád spíš reakce na prožitky.

Když se na to mám dívat takhle zdálky, tak právě ta mnohotvarost je typická-polymorfnost.

Nejspíš by se dalo říci, že typické je ego, které je v některých místech rigidní i když jinde zase docela normální. Často se až později přijde na to, kde se ta rigidita vzala. Často jsem překvapen, jak působí rodinná mytologie. Výroky o tom co je nebo není správně - bláznivé, normální.

Spouštěč, přesah zážitku za obvykle hranice, což je vysoce individuální a závisí z jedné strany na síle ega a z druhé na síle zážitku, což může být propojeno. Pak to záleží na tom, jestli umí rozšířit obálku sám nebo s tím jde za někým. Pak záleží na tom, za kým, jak se to odvíjí - psychiatrizace vs. průběh dle „premorbidní“ osobnosti. Typické jsou asi tři možnosti- rychlý ustup příznaku po dodání pozitivního rámce, rychlý ústup, ale zůstává práce na osobnostních rysech, které se podílely na spuštění a krizi se zviditelnily, dlouhá práce na tom, dostat se pod příznaky, které zakrývají osobnostní poruchu a dlouhá práce na osobnostní poruše a teprve zpětně propojení toho, co konečně učiní

přiznaly srozumitelnými a umožní je opustit.

Jako nejčastější projevy PSK považuji Kundalini, psychické otevření. Krizí asi procházejí nejspíš ti, kteří mají ty typy, na které kultura není adaptovaná.

Sám si myslím, že nejčastější příčinou PSK je absence prevence, která by pomohla procvičit svaly, ztenčit filtr, kterým vnímáme věci, které jsou „vyšší než jsme my sami“. Vidím to jako více méně důsledek kulturních vlivů- viz etnocentricita, pragmacentricita. Nevýhody spojené s tím, že za spiritualitou se hodně lidem objevují motivy spojené s rigidním pojetím v jakém je prezentováno náboženství.

Za nejefektivnější pomoc považuji prevenci.

Provázení - pomoci to vidět jako normální, nebát se toho, s čím přicházejí.

Ano, často se mění orientace jejich života, vztah k lidem- soucítění, orientace na pomoc druhým,

Taky v nezpracovaných spirituálních bypassech se mění- duchovní učitelé, někteří léčitelé, vedoucí víkendových workshopů na duchovní témata.

## **Terapeut 2**

Jako terapeut sítě sdružení Diabasis, jehož posláním je právě pomoc lidem v PK se s danou tematikou setkávám relativně často – přibližně 10-20 kontaktů týdně, z toho v průměru dva lidé týdně přicházejí konzultovat své zkušenosti do terapeutického vztahu. Doposud jsem se terapeuticky účastnil provázení přibližně 37 klientů (od roku 2003) a aktuálně se jedná o podporu 7 klientů v procesech PK.

Pokud jsou myšleny demografické údaje klientů v PK, tak se jedná o velmi široké demografické spektrum, kdy přicházejí lidé ve věku blížícím se plnoletosti i lidé v důchodu, nejvíce klientů je pochopitelně někde mezi. S velmi mírnou převahou přicházejí jako klienti častěji ženy (odhadem v poměru

60/40). Typická profese klienta v PK není snadno určitelná, přicházejí nezaměstnaní, studenti, právníci, podnikatelé, lékaři, prodavači, herci, tanečníci, pracovníci administrativy, psychologové, IT odborníci, pekaři, učitelé...

Snad lze užít jednoduchou spojitost. Specifičnost a společný rys těchto klientů je dán právě tím, že procházejí PK zatímco jiní lidé/klienti PK aktuálně neprocházejí.:-) Je tedy nezbytné v terapeutickém přístupu zohlednit povahu klientova procesu a jeho zpravidla mnohem větší celkovou senzitivitu na povahu terapeutického kontaktu než u klientů, kteří se se zkušenostmi změněných stavů vědomí nekonfrontují. Další spojitost spočívá v pestrosti nástrojů provázení. Procesy PK mnohdy vyžadují velkou variabilitu a komplexnost užitých terapeutických a podpůrných přístupů (psychoterapie, práce s tělem, expresivní metody, úpravy stravy, spirituální a religionistické informační zdroje, lékařská péče atd.).

Lze rovněž pozorovat některé specifické tématické okruhy, se kterými tito lidé pracují – např.: hledání vhodných rámců pro své prožitky, hledání životního smyslu, výzvy vyrovnávání se s kontaktem s „jiným“, otevření se stínovým aspektům sebe, nová potřeba definice sebe sama, potřeba akceptace v odlišnosti, léčivé procesy intenzivně otevírající traumatické a jiné nedokončené zkušenosti osobní historie, nutnost zacházet s energetickými fenomény prožívanými jako psychosomatický agens, téma jak zacházet s případnou zvýšenou senzitivitou, potřeb adekvátního uzemnění/groundingu a dobrého zvládnání každodenních výzev (pracovních, vztahových pod.), kontakt s „vyšší mocí“ a osobní pojetí duchovní cesty a vývoje, rovněž téma osobního vyladění konkrétních činností aktivujících spirituální procesy – meditace, jóga, modlitba atd.

Mnoho potíží a dramát PK je dáno právě hluboce a nečekaně prožitým (nikoliv intelektuálním) střetem polarit já/ego/známé s ne-já/transpersonálním rozměrem psýché/neznámým, což přirozeně v lidech kulturně-sociálního regionu bez živě akcentovaného spirituálního rozměru reality probouzí mnoho strachu, obran a rezistence.

Přestože jsou tedy zkušenosti PK vysoce individuální svou formou, lze pro diferenciatně diagnostické účely určit typické fenomény těchto procesů, které nacházejí svůj osobitý výraz skrze složitost jedinečných životních cest.

Projevy PSK se vyznačují u každého člověka především svoji jedinečností, která je daná samotnou inherentní povahou těchto procesů, jež vyrůstají z hlubin duše jedince a rezonují s obsahy individuálního a kolektivního nevědomí (v Jungově pojetí), čímž „mýtické“, kolektivní či transpersonální nachází osobní výraz a vede k individuálnímu růstu a případně k osobním transformačním zkušenostem vázaným na mnohohrstevnatost příběhu konkrétního člověka v prolnutí prožitkových rovin biografické, perinatální a transpersonální.

Je tedy velmi obtížné typizovat vývoj PSK, podobně jako typizovat „průměrného“ člověka.

Obecně lze uvést, že na začátku je často působení nějakého stresoru - spouštěče, který ovšem není příčinou, ale spíše otevírá dveře již připravenému procesu v našem nevědomí. Tito lidé mají většinou bezproblémové fungování před epizodou PSK (funkční vztahy, práce, péče o sebe...), lékařská vyšetření nemohou nalézt fyziologický základ jejich potíží. Typické jsou změny vnímání - mimořádné stavy vědomí - zahrnující vrcholné, extatické zážitky, případně úzkost „co se to probíhá děje“, objevují se mytologická a spirituální témata (nikoliv explicitně „spirituální“). Důležité je, že v procesu nemizí „vědomí svědka“, vnitřního pozorovatele a riziko inflace - ztotožnění s obsahy nevědomí není příliš velké nebo je lze korigovat, tedy není narušeno konceptuální myšlení a schopnost vytvořit a udržet terapeutický vztah. Tendence agovat a projikovat je minimální. Symptomy PSK mohou trvat od několika minut po několik měsíců, mimořádně i několik let (zde se ale většinou PSK proměňuje ve vynořování PS zážitků, pro které má již daný jedinec adekvátnější rámec).

Terapeuticky významné je, že při vhodné podpoře vede PSK k výrazně lepšímu psychosomatickému fungování a pocitům naplnění, smysluplnosti vlastní existence a hlubšímu ukotvení či plnějšímu vnitřnímu porozumění významným aspektům lidského života, které mají potenciál pozitivně ovlivnit nejen absolventa PSK.



Tradičně se rozlišuje deset podob či tématických okruhů PSK a v klinické praxi můžeme mít často zkušenost jak se jednotlivé fenomény překrývají nebo na sebe navazují apod., zároveň se lze ovšem setkat i s relativně „čistými“ podobami těchto procesů. Pro bližší specifikaci těchto deseti forem PK a typických spouštěčů odkazují na příslušnou odbornou literaturu, v rozsahu tohoto textu nelze tyto fenomény adekvátně popsat.

Reakce lidí na PK je daná již samotným názvem kategorie, jedná se tedy o krizi různé intenzity spojené s matoucími a stresujícími zkušenostmi, kdy se nám začínají dít z hlediska sociálního a kulturního úzu „nenormální“ věci. Pomyslná nádoba našeho ega již nemůže pobrat a zachytit sílu či psychosomatický rozsah některých zkušeností a změněných stavů vědomí a to může být zdrojem velké úzkosti a strachu, který v důsledku celý transformační proces komplikuje a činí ho náročnějším a velmi stresujícím („zbláznil jsem se“ apod.).

Co se týče fenomenologie jednotlivých kategorií PSK, tak se nejčastěji vyskytují různé energetické fenomény, vrcholné zážitky a mimořádné stavy vědomí, které jsou souhrnně popisovány jako tzv. projevy probuzení Kundalíní (viz obrazy této kategorie).

Za méně časté považují v našem kulturním kontextu symptomy PSK související s posedlostí a setkání či únosy UFO.

Zároveň je na tomto místě dobré rozlišit psychospirituální zkušenost, která je velmi častá a krizi, protože existuje mnoho lidí, u kterých mimořádné zážitky nedostoupí úrovně krize, ale zůstanou na rovině zkušenosti. Jako dobrý příklad mohou sloužit lidé, kteří jsou pokročilí v praxi meditace nebo následují nějakou duchovní cestu (nikoliv začátečníci). Jejich „ego-rovina“ je již často dostatečně „široká“ a obsahuje jak potřebné informace pro kontext takových prožitků, tak vnitřní rámec daný duchovní praxí (např. meditací), který jim umožňuje dopřát si místo „krize“ spíše smysluplnou zkušenost a sebeléčivý proces. I zde pro rozsah tématu odkazují na odbornou literaturu.

PSK vnímám především jako přirozenou manifestaci sebeléčivého a vývojového či evolučního potenciálu kontinua psyché+fysis.

Celý proces odkazuje k jakési bázi – širšímu Self, ze kterého se vynořuje individuální self, tato báze vědomí je propojena s celkovým polem zkušenosti života ve všech jeho aspektech. Současná fyzika nám říká, že vesmír je jeden bežešví celek, kde každá jeho část na makro i mikro rovině živě komunikuje se všemi ostatními. Proč bychom si měli myslet, že jednotlivé vrstvy našeho vědomí/nevědomí nejsou v této propojenosti angažovány... PSK vzniká v místě, kdy instinktivní síly vedoucí k rozvoji self směřují k Self a regresivní dynamikou nás ponoří znovu do této prvotní báze Self, které můžeme rovněž říkat univerzální pole vědomí nebo kolektivní nevědomí apod.

Tato regrese k bázi se ukazuje jako nezbytná podmínka dalšího vývoje a transcendence, přičemž puzení směrem k „spirálovitému“ vývoji považují za instinktivní potřebu. V tomto místě mezi Self/self se mohou hranice našeho ego-pojetí ukázat jako možná příliš rigidní a mnohem mocnější energie základu vědomí může zahltit naše ego, obsahy, pro které nemá žádnou mapu či vhodný rámec – výsledek je chaos, strach, psychospirituální krize. Naše persona nebo ego adaptační mechanismy se mohou ukázat jako nedostatečně pružné, rezistentní pro integraci obsahů nevědomí.

Tato „elastická“ ega je pak velmi důležitým spoluurčujícím faktorem v míře dramatičnosti daného transformačního procesu, který dotyčný nerozpoznává jako sebeléčivý, ale jako ohrožující, protože se v jeho kulturně-sociálním kontextu považují tyto druhy zkušeností za patologii a jsou všeobecně nepřijímány nebo dokonce vysmívány.

Tato tématika je rovněž spojitá s otázkou rozdílu mezi mystickou zkušeností a schizofrenií. Lze říci, že obojí je pokusem o transformaci self, v případě mystika je to úsilí vědomé a u psychotika nevědomé. Tento rozdíl má však nedozírné důsledky. Psychóza je v esenci pokusem psyché léčit sebe samu, který však někdy končí v dezintegraci v důsledku úspěšného pokusu self o rozbití maladaptivních obran ega, které však již nemusí být nahrazeny adekvátnějším sebepojetím na ego-rovině, ale ve ztotožnění s obsahy nevědomí a podlehnutí těmto vnitřním obrazům. Chronickou psychózu vnímám jako nedokončený pokus o prostupnější verzi ega, které se již nemohlo dále vyvíjet pod tíhou dosavadních nefunkčních mechanismů adaptace.

PSK oživuje obdobnou dynamiku a lze ji vidět i jako benigní psychózu, kdy

funkční části ega jsou schopny integrovat a zvnitřnit proces, který u psychotika vede k distorzi funkčního ega, jeho inflaci, projekci, paranoidním bludům a rozvoji patologie.

Tato otázka si jistě zaslouží podrobnější pohled a vzhledem k rozsahu takového zkoumání odkazují doporučenou literaturu v rámci [www.diabasis.cz](http://www.diabasis.cz).

Jako nejefektivnější formu pomoci vnímám poskytnutí dobrého informačního rámce pro danou zkušenost a „normalizovat“ to, co bylo doposud např. zdrojem obav o duševní zdraví. Samotná skutečnost přijetí klienta s tímto druhem zkušenosti v nepatologickém rámci je terapeutická par excellence a je klíčem ke všem dalším intervencím a podpoře procesů PSK.

Klienti procházející PK se dotýkají hlubinných vrstev psyché, které disponují intenzitou, jež se v našem běžném modu vědomí nevyskytuje. Tato zkušenost je nepřenositelná, a proto je důležité aby terapeut, který chce rozvinout své živé porozumění a chce pracovat s tímto druhem klientů měl ideálně sám zkušenost mimořádných stavů vědomí a cítil se s touto tematikou „komfortně“ (např. holotropní dýchání).

Další okolností je zvážení vhodnosti provázení procesu, ve smyslu zpomalení nebo jeho aktivní podpory, základem je ale vybudování bezpečného rámce a pracovní aliance zahrnující edukaci klienta v dané tematice. Jako důležité se ukazují další podpůrné přístupy, zejména práce s tělem.

Práce s tímto druhem klientů, kdy rozsah zkušenosti někdy přesahuje naši individuální terapeutickou kapacitu by měla být více otevřená spolupráci v týmu různě zaměřených odborníků (psychiatr, fyzioterapeut, homeopat, praktický lékař, další vhodné alternativní přístupy...)

Je-li PSK adekvátně provázena tzn. „neodezní“, ale spíše se plně rozvine a dosáhne svého cíle, tj. neodezní bez podpory a manifestace jejího vývojového potenciálu, tak se skutečně něco mění. Jsme většinou více schopni oceňovat a hlavně plněji prožívat svůj vlastní život i život jako celek a často se rozvíjí další zájem o možnosti seberealizace a autentického vnitřního vývoje. Cítíme se zdravější a více v kontaktu se sebou a tím i s druhými.

„Úspěšná PSK“ může být velkým požehnáním a tím nejlepším lékem pro naše

nepřiznané strachy, které kultura, kde žijeme, tak hojně živí. Rozšíření našeho obrazu světa o „normálnost“ těchto „nenormálních“ fenoménů má nedozírné důsledky.

Jak již bylo řečeno výše, jsou-li tyto procesy a prožitky adekvátně provázeny ukazuje se jejich povaha transformačních krizí, po kterých ti, kteří takovým procesem prošli, vnímají vyšší kvalitu svého života a mnoho dalších psychologicky jednoznačně pozitivních změn. To je zásadní okolnost, která ukazuje na důležitost rozlišování ve spektru tzv. psychotických projevů a reálný význam samostatné diagnostické kategorie, jež nepatologizuje vývojové projevy lidské psyché jen proto, že nezapadají do aktuálního rámce pozitivistické vědy. Nejde tedy o vytváření diagnostické kategorie pouze pro uspokojení adekvátní klasifikace, ale především pro stanovení účinné a přiměřené terapeutické strategie, která může pomoci mnoha lidem z rizik stigmatizace, chronifikace a neadekvátní léčby vedoucí ke zmaření potenciálu osobního vývoje.

### **Terapeut 3**

Za poslední cca 3 roky bych řekl, že jsem se setkal se třemi případy.

Základní demografické údaje pacientů:

1. muž, 20 let, bez zaměstnání od střední školy
2. muž 32 let, umělec
3. žena 45 let, matematička

Společné rysy bych specifikoval jako zmatenost z probíhajících příznaků, nespokojenost s intervencí psychoterapie (u jednoho) a psychiatrie (u dvou). Potýkali se s více či méně diagnostikovanou psychózou.

Těžko zvládali svou situaci, ti dva, kteří měli zaměstnání, vnímali jako hlavní problém jak zvládat docházku do zaměstnání a fungování v něm a zbytek jejich života byl víceméně věnován „přežívání a ulkidňování příznaků“

Žena má 2 děti a zvládání role matky pro ni bylo velmi problematické v době, kdy prožívala intenzivnější příznaky, i když na druhou stranu jí mateřství

dávalo pevný orientační bod.

Ze tří případů bych se neodvažoval popisovat „typický vývoj“. U dvou z těchto klientů byly v nějaké formě příznaky – fyzické počitky i psychické obsahy – přítomny již v období dospívání, i když nikdy ne natolik, aby byly výraznou obtíží v běžném fungování, u mladého muže začaly po epizodě experimentálního užívání psychedelik.

Projevy PSK:

Klíčové:

- spirituální obsahy a spontánní interpretace zážitků spojené s kritickým a zkoumavým postojem k nim
- naléhavé a intenzivní prožívání, spojené s těmito obsahy, včetně tělesných počitků (zejm, obtíží jako bolest hlavy, pocity horka apod.)

Méně časté:

Všechny ostatní

Zajímavý byl například zážitek oné ženy, kdy po jedné meditaci nemohla odtrhnout svou pozornost od dechu a s tím měla spojenou úzkost, že kdyby dech nechala jen tak být bez pozornosti, udusila by se (skutečně se dostavovala apnoe, ale podařilo se nám postupně pozornost „uvolnit“)

Mám za to, že je pro vznik PSK podstatná neintegrovatelná (nebo nedostatečně duchovní praxí prožitá) spirituální tendence – a že narůstající tlak této osobnostní tendence si prostřednictvím PSK nalézá místo v životě. Případně je potřeba spirituality vytvořena prožitkem, který je bez ní jen těžko integrovatelný v dosavadní struktuře osobnosti (něco jako nucený rozvoj pro přežití osobnosti jako celku tváří v tvář obtížně zvládnutelného prožitku – např. meditativní praxe bez vedení učitele).

V těchto případech byla dostatečná střednědobá psychoterapeutická pomoc, práce s významem prožívaného, nalezení odpovídajících praktik (vedení

v meditaci, odkaz na duchovní směry), práce s tělem.

Jinak jako neefektivnější považuji krátkou intenzivní terapeutickou pobytovou intervenci s následnými konzultacemi.

Ve všech těchto třech případech došlo k orientaci na existující duchovní směry a praxi. Na potvrzení předpokladu o prohloubení prožívání a vnímání životního smyslu či obecně zkvalitnění života nemám informace o následném vývoji.

#### **Terapeut 4**

Setkal jsem se 5 případy PSK. Věk 20-45, VŠ vzdělání.

Jako společné rysy bych uvedl častěji osobnost s výraznějšími narcistickými rysy a rysy závislosti

Všichni klienti byli vnitřně nespokojeni v životní situaci, ve které se nacházeli, snažili se dostát nárokům okolí a situace, zároveň jejich duchovní vývoj po nich vyžadoval změnu, ke které neměli odvahu

Typický začátek po stresující životní události, nebo po intenzivní duchovní praxi, projevy v emoční sféře – extatická nálada či emoční stažení, úzkost, změněné stavy vědomí, chybí paranoidní bludy, člověk vnímá proces jako vnitřně transformující, užitečný, léčivý, mohou být přítomny hlasy, ty jsou většinou podporující, dávají vedení, rady, před PSK dobré psychosociální fungování, začátek je většinou akutní, trvání omezené – několik měsíců, klient je schopen navázat dobrý terapeutický vztah

Typickými projevy byly změněné stavy vědomí, extatická nálada, změna emotivity, změna vnímání sebe sama, rozšíření hranice ega, vnímání proudění energií v těle.

Méně často paranoidní vnímání a sebedestrukční chování a tendence

Moje čistě osobní představa, pokud vynechám popsané modely, které se tím zabývají, je následující: existuje duchovní síla, která řídí náš život, sebeléčivá

či sebeaktualizační síla, nebo „volání“, cosi, co se skrze nás chce projevit ve světě...pokud se tím „voláním“ neřídíme, moc se tomu bráníme, pak může dojít k PSK – energie si zkrátka razí cestu systémem ať se nám chce, nebo nechce...k tomu samozřejmě přispívají další vhodné podmínky, jak např. vhodné spouštěče, tj. situace, kdy naše psychologické obrany jsou oslabené, nebo nedostatečný vývoj či struktura ega, problémy s hranicemi...

Nejefektivnější pomoc je, podle mého mínění, provázení, aktivní naslouchání, nepatologizování, práce s tělem, podpůrná medikace, dobrý rámec

Po prožití PSK se prohlubuje jejich víra v „to, co nás přesahuje“, žijí s větší pokorou, větší pocit sebeaktualizace, žijí smysluplnější život

## **Terapeut 5**

Setkal jsem se s asi 5-6 případy PSK.

Většinou to byly ženy (ale to může být dáno i tím, že s částí případů PSK jsem se setkal při práci na lůžkovém oddělení, které bylo jen pro ženy), mladšího věku (20-30 let), bezdětné, vzdělání SŠ nebo studium VŠ,

Je obtížné generalizovat společné rysy. Snad něco jako malé zakotvení v realitě a v těle. A ve vztazích s lidmi – přestože je třeba měly – tak nějaká křehkost a opatrnost. Jinak se ale dosti lišily. Nebyl to např. jeden typ osobnosti.

Životní situace si už nevybavuji u všech, takže tady mohu více popsat spíše jeden nejčerstvější příklad, kdy se jednalo o studentku VŠ, umělecky a kreativně zaměřenou, jejíž rodiče byli rozvedeni, bydlela sama, měla přítele, později, PSK zažila 2x v odstupu 2 let, podruhé už byla bez přítele, bydlela opět s matkou. Vztah s matkou byl nereflektovaně dosti symbiotický, neoddělený z obou stran. Klientka ve škole a později ve své profesi fungovala.

Ke mně jako k psychiatrovi se dostali lidi, u kterých měla krize podobu přechodného psychotického stavu. Tento stav typicky začínal sníženou potřebou spánku a jídla, klienti nejedli a třeba i vůbec nespali několik dnů. Počátek byl spontánní nebo vyvolaný např. intenzívními meditacemi nebo hyperventilační technikou (v konkrétním případě nešlo o klasické holotropní dýchání, ale techniku s názvem „pulsace“, kdy se hyperventilace zastavovala po hodině či dvou a proces se nenechal spontánně doběhnout).

Dále probíhala ztráta kontaktu s realitou, z psychiatrického hlediska přechodná bludná přesvědčení nebo halucinace, která neměla ale ráz typický pro paranoidní schizofrenii, a pro okolí neadekvátní chování, které obvykle vedlo k hospitalizaci anebo k intenzívnímu dohledu ze strany rodiny, která se snažila hospitalizaci zabránit.

Po ústupu v řádu obvykle cca 2 týdnů (u mnou pozorovaných případů při mírné antipsychotické medikaci) se někdy např. po měsíci objevil podobný stav znovu než definitivně odezněl. Ale úplný návrat a zpracování proběhlé zkušenosti obvykle trvalo nejméně ještě několik dalších měsíců.

O vzniku PSK si netroufám spekulovat. Popravdě o tom ani nepřemýšlím, podobně jako nepřemýšlím o tom, jak vznikají jiné duševní stavy. Spíš přemýšlím, jak s nimi být a co případně dělat.

Snad jediné mě napadá, že tito lidé jsou jaksi „křehcí“ a „zranitelní“ a jaksi „neúplně inkarnovaní ve svých tělech“, aspoň ti, se kterými jsem se setkal. A tak jsou možné dva výklady a asi může být platný u každého jiný nebo i oba dohromady. Jeden, že být radši „tam“ než „tady“ je určitý způsob ochrany, třeba když být v této realitě a v těle je momentálně příliš bolestivé. A druhý, že je to proces transformace, související s nějakou duchovní praxí daného člověka.

U případů, které jsem zažil, bylo důležité:

- podpora okolí – rodiny, přátel
- úprava režimu - jíst a pít, úprava spánku i pomocí medikace
- při silné ztrátě kontaktu s realitou antipsychotická medikace v přiměřené dávce



- respekt k procesu klienta

Co mi připadalo, že moc nefunguje, byla edukace o tom, oč se může jednat.

Mám málo údajů, protože u hospitalizovaných klientů nevím, jak to pokračovalo po propuštění. Pokud nějaké informace mám, tak nemám zprávy o nějakých dramatických změnách v jejich životech. Snad z toho, co jsem pozoroval, se dá říct, že více než jednou se vyskytlo, že klientky po této zkušenosti opustily svůj zájem o techniky a způsoby s přímým zaměřením na to dostat se do změněných stavů vědomí nebo hledání informací o „světě tam“, a začaly se věnovat něčemu více spojenému s tělem a s tělesností.

## **Terapeut 6**

S více než deseti.

Ty, které si pamatuji, byli tak půl na půl ženy a muži. Co se týče profesí, někteří byli studenti, někteří pracovali. Většinou měli běžná povolání, např. úřednice, lékařka /2x/, počítačový technik...

O společných rysech jsem dlouze přemýšlela a nenašla jsem nic výrazného. Snad nejasnou podporu v hodnotách v dětství. A snad nějaký výrazný, často zatěžující zážitek v rané dospělosti. Možná větší introverzi a menší oporu z okolí, nebo menší schopnost ji využít.

U každého byla životní situace zcela odlišná. Snad častější zatěžující zážitek v nedávné minulosti.

Každý ten příběh měl svou dynamiku a projevy. Mohu zachytit nějaké typické rysy, ale to bych opisovala běžně dostupnou literaturu. Mohu tedy potvrdit to, co se obecně o této diagnóze soudí.

Nejčastěji jsem se setkala s kundalini projevy, šamanskou krizí, peak exp., nesetkala jsem se např. s fenomenem ufo.

Vznik PSK si vysvětluji neschopností integrovat obsahy, které se objevují. Schází vnitřní i vnější opora pro tyto procesy.

Jako nejefektivnější formu pomoci si představuji dobrý kontakt s klientem, bezpečí, intenzivnější péče, kognitivní mapa a dobrá edukace klienta, podpůrné prostředky, tak, jak se běžně uvádějí- péče o stravu, podněty, nabízet vše, co zvyšuje grounding. Nápomocná komunikace s nejbližším okolím klienta, je-li to možné.

Někdy jsem pozorovala rozšíření pohledu na sebe i na svět, hodnotové změny. Větší empatie k druhým lidem.

Někdy přetrvává obava z podobných dalších epizod.

## **Terapeut 7**

Asi bych tak ohodnotil 4 klienty. Čím déle pracuji s klienty, tím méně to „diagnostikují“.

Tři ženy, jeden muž

Společné měli zážitky, které nemohli integrovat v dosavadní egostrukturu. /Poukazují na rozdíl mezi ps vývojem ps krizí/

Životní situace všech klientů byla rozmanitá. Nenacházím nic společného.

Typický vývoj PSK: utrpení, zmatek, problémy, jak fungovat a co se svou „výlučností“. Někdy na hranici snesitelnosti. Trvání spíše měsíce, ale vnímá, že by to možná trvalo týdny, kdyby pomoc přišla včas a krize tím nebyla prodlužována

Jako typické projevy považuji Kundalini, channeling, karmické fenomény,

šamanská krize. S ostatními se jsem nesešel.

Nevím, jak PSK vzniká, ale je spouštěna nadlimitními zážitky, zvláště traumatickými.

Jako nejefektivnější pomoc považuji provázení vnitřně otevřeným průvodcem, který pomáhá zpracovat krizi ega a integrovat tyto obsahy do jeho individuálního rámce.

Ano, život klientů se mění. Dopadne-li to dobře, pak větší sepětí se životem a rozšíření vnímání jeho hloubky, humanizace vztahů, soucítění a jas.

Dopadne-li to blbě, pak spíše rezignace, zklamání, hořkost, pocity, že jim někdo něco „dluží“, stažení se, bolest.

### **Terapeut 8**

Setkala jsem se 4 případy PSK.

Základní demografické údaje:

žena, 23, studentka

žena, 27, sociální pracovnice

žena, 28, ekonom

žena, 20, studentka

Jako společné rysy bych uvedla úzkost, pocit dezintegrace, strach z psychické nemoci, izolovanost

Životní situace každého z nich byla různá, možná společná situace nějakého životního rozhodování – ať už profesního, nebo vztahového, eventuálně životní krize

Pro popsání typického vývoje PSK mám malou zkušenost a myslím, že to neumím – můžu říct jen to, co jsem potkala: nějaký kontakt s „nerealitou“ jako náraz, šok – po eventuálním opakování (nebo ne) či prorůstání do vnímání

reality panika, strach ze zbláznění, nemožnost to někomu říct, sociální izolace, ulpívání na tématu „co se se mnou děje“, strach, že ostatní vědí, že jsem blázen, strach z hospitalizace, snaha nějak tomu porozumět nebo to potlačit – narůstání krize – pak vyhledání pomoci – úleva z možnosti někde to říct, aniž by byli „označeni za blázny“, „boj“ s přijetím možné zvláštní dispozice a senzitivity (nechci to), eventuálně potřeba nějak ty zkušenosti dál rozvíjet či zkoumat

Mezi typické projevy bych zařadila především úzkost a nejistota, strach z psychické nemoci, strach z reakcí ostatních, neschopnost sdílet své zkušenosti, časté vracející se sny, prosakování reality a „nereality“, vidění aury nebo různých bytostí, sny o minulých životech a jejich poselství, pocit vydanosti nebo průchodnosti, soužití s entitami

Pro vznik PSK sama nemám odpověď - to fakt neumím říct – беру to tak, že se otevrou nějaký dveře někam, kam jinak nevidíme – vlivem nějaké zlomové hraniční situace nebo zážitku v životě nebo vlivem vyšší senzitivity či netušených mediumistických schopností člověka, беру to tak, že to tak má být

Nejdůležitější pomoc je stabilizace, bezpečí, možnost říct to nahlas, postupná integrace prožitků, porozumění nebo přijetí možnosti jiných schopností či vyšší senzitivity, „smíření“ nebo i zaujetí

Ano, ke změně života takových klientů dochází, mají zkušenosti, které jsou výjimečné, možná začnou vnímat svět v dalších souvislostech, změna životních hodnot, potřeba rituálů nebo nějakých praktik, většinou mají touhu poznávat a zkoumat dál smysl života a různé duchovní směry a tradice, potřeba jasnějšího a „přijímajícího“ vztahu ke smrti a určitě ještě plno dalších ...

## **Klient 1**

Muž

První projev v roce 1996, tehdy mi bylo 39 let.

Spouštěčem byly následující zkušenosti:

Pracoval jsem jako ředitel pojišťovny, měl určité postavení, moc, peníze a vliv. Byl jsem čerstvě po rozvodu, žil jsem s přítelkyní, měl, co jsem chtěl a mohl si dopřát co chci. Pak na mě udělali dva moji kolegové podraz s pojištěním osobního vozu, domluvili se a nechali mi podepsat „předběžný návrh“. Bylo to v pátek na poslední chvíli, kdy jsem spěchal na víkend a nevěnoval tomu dostatečnou pozornost. O víkendu bylo „jako“ ukradeno a nabouráno. Byl tam ale můj podpis. Takže jsem v průběhu jednoho týdne!!!! byl bez místa / nezaměstnaný, donucen odejít /, rozešla se mnou má milá a ještě jsem se musel narychlo vystěhovat z podnájmu.

Na konci toho týdne jsem byl meditoval se skupinou přátel / jogínů / a při několika meditacích jsem se potkal s Bohem. z hlediska psychologie jsem měl tzv. peak zážitek, dle Maslowa se ze mne stal peakr, což bylo pro mne jako tvrdého materialistu velmi těžké přijmout. Byl to vlastně zvrát v chápání reality.

PSK se projevovala:

Kolapsem v chápání a vnímání světa kolem. Totální změnou vidění světa. Pochopením, že je někde něco, někdo, kdo je silnější než já. což mne egoistu velmi dostalo.

Neschopností pracovat a vydělávat peníze / stal se ze mne bezdomovec, bez práce a prostředků /.

Neschopností zařadit se do společnosti.

Nejsilnější období trvalo 1 rok, pak to doznávalo asi 4 roky.

Okolí mne zcela zavrhlo, nikdo to nechápal a nebyl schopen pochopit, co se děje.

Byl jsem v tom docela dost sám, ale nejvíce mi pomohla cesta do Indie a „peak“ zážitky na této cestě.

Žil jsem vedle lidí, kteří si to žili taky. Nastavili mi zrcadlo.

Scházelo mi pochopení druhých, empatie druhých. Nemožnost se poradit s někým.

Produktivní intervence: Nejvíce to, že jeden farář / bohužel již nežijící člen řádu kapucínů / otec Antonín z Třebíče / mne vyslechl. Protože měl stejné „peak“ zážitky tak věděl o co jde. Byl to mystik. Měl jsem s ním možnost setkávat se po dobu asi 3 let a najít svou osobnost a osobitost. A konzultovat, jak to vidí on a já.

Když tak nad tím uvažuji, tak i církvev / jakási církevní rodina / tak nějak bych to nazval, protože původní se ke mně otočila zcela zády.

Neproduktivní intervence: původní rodina a příbuzní, měli snahu se separovat, konec konců i já se s nimi nechtěl stýkat.

Ideální pomoc by byla bývala mít možnost někam přijít a moci mluvit s někým o tom, co se děje, co cítím, co si to vlastně žiji.

Nejhorší zkušenost byl pocit bezmoci a beznaděje, že nic nemá smysl.

Návrat do normálu:

Co je normální, je podle mne velice široká otázka, řekl bych spíše schopnost žít ve společnosti. To je podle mne určitý normál, i když to není přesné a nevystihuje to podstatu věci.

To je pro mne nejtěžší otázka! Některé věci chápu jinak než jiní lidé, ale přitom vím a cítím, že jsem více stejný jako ostatní než jiný!!

Asi tak 3 roky.

Život se mi naprosto otočil několikrát podél své osy, kompletně se změnil, je totálně a naprosto odlišný. Tedy chápání smyslu a cítění života. Rozhodně děkuji Bohu, nebo co to vlastně bylo, či je, nebo Vesmíru, nebo vždyť je to vlastně jedno co to je či bylo za poznání, že život má smysl, i když není někdy peříčko. I když někdy bolí a Vám je ouvej, tak to určitě k něčemu je. Aspoň já jsem o tom přesvědčen.

## **Klient 2**

Muž

S PSK jsem se poprvé setkal, když mi bylo 31 let. Prvním projevem byla desorientace, deprese.

Jako spouštěč vnímám vztah, jeho rozpad, neznámé prostředí, samota... složitější, než aby se dalo shrnout v pár větách. Jen bych zde zmínil jednu věc, kterou považuji za důležitou: do té doby, než jsem odcestoval do zahraničí jsem byl neustále v jednom kole. Neustále v práci, nebo mezi lidmi. A najednou jako bych byl zalit do epoxidu. Ani v práci jsem nebyl příliš vytížen. Prudce jsem zpomalil své životní tempo a poprvé v životě jsem měl moře času přemýšlet. A z hloubky mé duše se začaly vynořovat věci, které tam po léta dřímaly.

PSK projevovала se projevovала depresí, ztrátou motivace, ztrátou smyslu života, rozpadem hodnotového systému, desorientací, zvláštními vizemi a slyšením hlasu, který mi jakoby ukazoval cestu, vnímal jsem jemné energie v těle.

Nejintenzivnější období trvalo několik měsíců, skoro rok.

Okolí reagovalo většinou vcelku pozitivně. Hodně mi pomohli rodiče a terapeut. Rodiče v těch praktických aspektech a terapie mi pomohla opět najít kotvy, odrazit se ode dna a najít směr, kterým se vydat. Jinak jsem se snažil se

s problémem vypořádat sám.

Jako důležité osoby jsem vnímal zejména některé přátelé. Kolega v zahraničí, se kterým jsem mohl hovořit i o jiných než pracovních záležitostech. Po návratu můj nadřízený, který ve mne nepřestal věřit. Psychoterapeut, který mi pomohl se v sobě trochu vyznat a udělat si v sobě pořádek, čehož výsledkem bylo, že jsem ho přestal potřebovat (což je podle mne zcela ideální).

Potřeboval jsem najít víru, že můj život má cenu. Zároveň jsem potřeboval pochopit, že zvláštní fenomény, které se mi děly, jsou v podstatě naprosto normální, že nejsou příznakem choroby. Scházela mi osoba, pro kterou bych žil. Scházel mi pocit domova, pocit smyslu života. Chyběl mi pocit vlastní hodnoty, připadal jsem si zcela zbytečný. Těžko říci co jsem potřeboval.

Produktivní pro mne byla určitě terapie a vlastní snaha se motivovat. Hodně se situace začala lepšit, když jsem získal zpět motivaci k práci a radost z ní.

Hodně mi pomáhalo třeba focení. Vlastně jakákoliv tvůrčí činnost, které jsem byl schopen. Zásadně pozitivní vliv měla příroda. Procházky, výlety.. Nejhorší období bohužel probíhalo na konci podzimu a v zimě.. Hodně mi pomohly knížky. Četba jak beletrie, tak odborné literatury a to především té, která se zabývá psychologií.

Netroufám si odhadnout co by byla optimální pomoc.

Nejhorší zkušenost byl jeden okamžik, kdy jsem stál před budovou, ve které jsem pracoval a měl jediné přání- nebýt.

Hrozný byl pocit, že mne nikdo nepotřebuje - že jsem zcela zbytečný.

Poznal jsem, že se vracím do normálu podle stále řidčeji se objevujících ataků deprese, zároveň zvláštní fenomény začaly ustupovat do pozadí. Podle toho, že jsem začal být čím dál více schopen soustředění. Že jsem byl schopen se radovat, a mít radost z vykonávané činnosti. Vrátily se mi schopnosti



komunikace.

Krise začala začátkem listopadu. Do Prahy jsem se vrátil ze zahraničí koncem prosince. Na jaře bych řekl, že se situace začala pomalu zlepšovat. Dalším obdobím bylo léto. Podzim byl již ve znamení pozitivního myšlení. A zima, ač dlouhá a nepříjemná, plná práce a stresů pracovních, naplněná neúspěšným pokusem o vztah, byla prakticky návratem do normálu.

Můj život se po PSK změnil. Jednak jsem si v některých aspektech upevnil své dřívější hodnoty, u jiných došlo ke změně. Stal jsem se otevřenějším a asi i méně závislým na věcech a jiných lidech. Překonal jsem některé strachy, které mne provázely od dětství (určitě ne všechny). Díky tomu, co jsem prožil, jsem se začal zajímat o psychiku a určitě jsem se dozvěděl spoustu zajímavých věcí. Myslím, že začínám tušit, co to je duchovní růst a hlavně se to, co tímto pojmem nazývám, stalo jedním z mých nejdůležitějších životních cílů (i když není vůbec snadný a často tápu..).

### **Klient 3**

Žena.

PSK mě poprvé potkala v 19 letech. Začal mne honit kostlivec s kosou(viděla jsem za plného vědomí), byla jsem pod trvalým stresem z domácího prostředí. Rodiče se zuřivě hádali a prali. Byla jsem na psychiatrii, dostala jsem prášky na ztišení. Po letech – v r.1990(40let) mi náhle zemřela kamarádka na infarkt. Opět jsem jí všude viděla a začala jsem cítit energie lidí.

PSK se projevovala tím, že měla jsem vnitřní vidění za plného vědomí, slyšela jsem andělskou hudbu, měla jsem třasy těla – končetiny a v noci celé – jakoby epileptický záchvat, otevřelo se mi automatické psaní a kresby. Viděla jsem krajiny jakoby z kosmu, kreslila jsem mapy, viděla jsem do hlubin Země, slyšela jsem myšlenku dřív, než jí někdo vyslovil,cítla jsem změny počasí-cítla jsem zemětřesení(vždy ověřeno zpětně), cítila jsem energie lidí(špatné, či dobré), cítila jsem bolavá místa a zranění u lidiček a táhlo mi to na ta místa

ruce, měla jsem prorocké a věštecké sny-vize. Cítila jsem se v ohrožení života svého a svých blízkých, protože jsem např. viděla jak mne zajelo auto, jak můj syn spadl ze schodů a zlomil si vaz apod. Kreslila jsem nemocné orgány v těle, kreslila hvězdné mapy a galaxie. V mém okolí praskaly žárovky, vypadával proud apod. Děly se synchronicity. Např. Když ke mně „přišel“ vlk jako moje totemové zvíře a průvodce – v realitě jsem se stále setkávala se vším, co souviselo s vlkem. Např.:syn si ho nechal vytetovat na ruku, začala jsem pracovat s člověkem jménem Vlček, na finančním úřadě mi rušila ŽL paní Vlková, v TV běžely pořady o vlčích apod. Otevřely se mi některé minulé životy.

Nejintenzivnější období trvalo asi od roku 1995 do roku 2005

Zpočátku okolí reagovalo dobře. Moc jsem o tom nemluvila. Absolvovala jsem semináře s MUDr. Jarmilou Matějčkovou, která mi řekla o PSK a o MUDr.S.Grofovi. Prováděla mne procesem a na jejích seminářích jsem zpracovávala svá traumata. Pak odjela a skončilo to a já na proces byla sama. Koupila jsem si knihy St.Grofa a studovala je. Z nich jsem vyčetla, co se mnou děje a snažila jsem se o pomoc sobě . Obrátila jsem se na Patrizii Anzari-která prý je jednou z nejlepších terapeutek, ale nereagovala. Ani jednou mi neodpověděla. Obrátila jsem se na RIAPS – neodpověděli. Tak jsem zakoupila šamanský buben a protože jsem byla v rozšířeném stavu vědomí, dělala jsem vše to, co ke mně intuitivně přicházelo. Moje rodina se mnou přestala komunikovat, báli se mně a říkali, že jsem divná. Nemohli jsme se domluvit. Ztratila jsem některé přátele. Báli se toho, co vím. Nerozuměli mi. Tak jsem se stáhla do sebe a obrátila se k Nejvyšší inteligenci a Tvůrčí síle

Nejvíce mi pomohli – MUDr. Jarmila Matějčková -fyzicky a MUDr. Stanislav Grof – svojí prací. Ke konci procesu MUDr. Daniela Nováková – která jediná v PL Bohnice dokázala přijmout to, co se mnou dělo. Dokázala mne zapojit a přimět ke komunikaci.

Scházelo mi porozumění, vysvětlení, lidský kontakt, průvodce procesem.

Protože byl můj proces velmi prudký – bezpečné prostředí, kde bych ho mohla dokončit. Musela jsem se starat o dvě děti a chodit do zaměstnání

Co se týče intervencí, neproduktivní byla snaha o spolupráci s našimi psychiatry. V PLB vůbec neuznávají Stanislava Grofa a jeho práci, pouze je zajímalo, zda jsem holotropně dýchala. Jedině rozhovory s MUDr. Novákovou, která je znalá věci a obeznámená s PSK, mne dokázaly zklidnit a přijmout fakt, že musím brát léky a tím napomoci ztišení procesu. Byla srdečná, upřímná, měla opravdový zájem pomoci. Nebyla jsem pro ní pouze kus.

Optimální pomoc, alespoň zpočátku, kdy byl proces nejprudší, by bylo bezpečné prostředí, zkušený průvodce, který má vlastní zkušenost a ví, co se děje. Vysvětlení toho, co se děje a proč se tak děje.

Nejhorší zkušenost byla, že jsem na svůj proces byla sama a neměla jsem se kam obrátit. Pocit bezmoci a strachu. Nezájem odborníků v PLB. Jen dát léky a dost. Rozhovory pouze formální.

Poprvé jsem měla pocit, že se vracím do normálu, když se mi zastavila automatická kresba, přestala jsem mít vize, sny a jakékoliv pocity. Začala jsem rozlišovat tam a tady. Začala jsem se více zabývat pozemskými starostmi. Přestal třas. Teď je to druhý rok.

Ano, život se mi změnil. Zbavila jsem se strachu ze smrti (někdy se na druhý břeh i těším), pamatuji si čisté pravdy, které ke mně přicházely. Nejvíce tu, že jsme součástí všeho a všechno se vším souvisí. Když jsem byla oddělena od Nejvyšší Moudrosti – cítila jsem kosmickou opuštěnost. Absolutní vykořenění ze všeho. Postupně a pracně si buduji nové záchytné body ve Vesmíru – tj. - Přátele, rodinu. Víím, že čím víc víím, tím méně víím. Žila jsem dlouho v bodě TAM, TADY, VŠUDE A NIKDE. Učím se rozlišovat minulé, přítomné a budoucí. Poznám lidi v PSK. Učím se důvěřovat životu. Je to bolestné a pracné. Zažila

jsem Absolutní štěstí a Absolutní krásu. Nedá se to popsat, musí se to prožít. Zažila jsem hrůzy a strachy. Viděla jsem zkázy a zániky. Někdy Amniotický vesmír někdy jeho opak. Byla jsem svým procesem zahlcena. Cítila jsem se v Bohnicích jako „za krále klacka“, jako v „Přeletu nad kukaččím hnízdem“. Nikdy se tam už nechci vrátit.

#### **Klient 4**

Žena.

S PSK jsem se poprvé setkala ve třiceti letech. Na začátku byl intenzivní zájem o hledání odpovědí na otázky, kdo jsem, proč tu jsem a kam jdu. Začala jsem ve zvýšené míře navštěvovat duchovně zaměřené programy, pod vedením psychologů a lékařů, kde jsem začala mít neobvyklé prožitky.

PSK se projevovала silnými duchovními prožitky, malou potřebou spánku a jídla. Na jednom semináři intenzivní prožitek, že jsem potratila své nenarozené dítě (které jsem v reálném světě nečekala), znala jsem jeho tvář a cítila fyzickou bolest a únavu ještě několik dní po semináři. Na dalším semináři: vnímání pachu, vůni, zvuků, které ostatní necítili (popel, vůně květin, andělská hudba), loučení se v duchu se svými blízkými, shrnutí mého dosavadního života, stav blízkosti smrti, intenzivní zářící světlo a v něm postava anděla, toužila jsem do toho světla odejít, nechci vrátit se opět do těla, pocit, že mám místo rukou křídla, připadala jsem si neskutečně lehká, vnitřní vize a obrazy (např. skočit do bažiny a vynořit se v blízkém jezeře a jít po hladině), pocit, že jsem spasitel a mým úkolem je zachránit svět a vést lidi k pravdě, synchronicity, předtucha lidem hrozícího nebezpečí

Nejintenzivněji jsem PSK vnímala přibližně 3 měsíce, po roce opětovné samovolné spuštění PSK, které trvalo také zhruba 3 měsíce

Někteří lidé se mě báli, nerozuměli mému chování, děsily je moje stavy a chování. Pomáhalo mi mluvit o těchto prožitcích, sdílet je s někým, kdo mě a tyto prožitky nezavrhuje. V mírnějších fázích PSK mi pomáhala fyzická

námaha, sport, pobyt v přírodě. Nepomáhalo mi nepochopení a rady, ať se opět chovám normálně.

Nejvíce mi pomohli ti, kteří mě vyslechli a byli ochotni dát mi nějakou zpětnou vazbu a pomohli mi nějak se v těchto prožitcích zorientovat. Patřili mezi ně: někteří moji přátelé, matka, S.Kudrle, M.Vančura, někteří spolu-pacienti psychiatrické kliniky

Scházelo mi chráněné prostředí, kde by mi někdo pomohl se v této situaci zorientovat a měla bych čas, urovnat si, o co se vlastně jedná a jaký to má pro mě smysl.

Produktivní byly ty, které mi pomáhaly zorientovat se v mých prožitcích (S.Kudrle, M.Vančura a další), pomáhaly mi články o PSK, získané na internetu. Jako neproduktivní jsem vnímala zásahy a snahy o "vyléčení" od lékařů psychiatrické kliniky FN v HK

Nejvíce by mi tenkrát pomohlo moci přečkat nejsilnější projevy PSK ve specializovaném zařízení, kde by měli pochopení pro mé stavy, případně mi je pomohli zvládat.

Jako nejhorší zážitek si pamatuji ztrátu kontroly nad svým tělem a nad svým jednáním, nepochopení ze strany účastníků kurzu, pocit, že mě zradilo i mé tělo a nelze už nikomu a ničemu věřit, ani sama sobě, nedůvěra v okolní svět (lidi, techniku, elektřinu, přírodní síly), v prvotní fázi pocit, že mi nikdo nerozumí, jako bych mluvila jiným jazykem a s okolím si nejsme schopni porozumět, z toho pramenící pocit neshleditelnosti mých prožitků, nepochopení, jako by najednou člověk nepatřil do tohoto světa, dále nesnesitelná 24hodin trvající bolest v oblasti srdce při hospitalizaci na uzavřeném oddělení FN HK, kdy mi lékaři nevěřili, že tuto bolest cítím. Pro mě to byl skutečný boj o život, protože bolest se během noci stále stupňovala, ráno postupně sama od sebe odeznívala. Po roce, po opětovném samovolném spuštění PSK, fyzická bolest nejprve obou zápěstí, poté i obou kotníků, která přišla bez zjevné příčiny a

stupňovala se opět do nesnesitelného tlaku, jako by mi neviditelná pouta na rukou a nohou drtila tato místa. Smutek, prázdnota a pocit osamění, když se po léčbě ve FN začal nade mnou jakoby uzavírat "vyšší svět" a ztrácela jsem spojení s ním.

Že se vracím do normálu jsem poznala podle toho, že ustávaly vize, napojení, synchronicity, pocit výjimečnosti mé osoby, přemíra energie. Vracela se obvyklá potřeba spánku a jídla, euforii začala pomalu střídat deprese, smutek, zmatek v duši, pocit jako by všemu chyběl smysl, dezorientace, kam se má můj život ubírat, nejasnost, jaký to mělo vlastně všechno smysl. Toto období trvalo také přibližně 3 měsíce.

Úplně zmizel strach ze smrti, nadhled (to co je pro ostatní problém, mě většinou nechává v klidu), hlubší pochopení smyslu života, přesvědčení se, že skutečně existují jiné úrovně a světy, které běžně nevnímáme a přesto se vzájemně prolínají, pokora a úcta před nimi a před tím, co nás převyšuje.

## **Klient 5**

Muž

S PSK jsem se poprvé setkal ve 28 letech. Je těžké popsat první projev, ale bylo to něco jako, že se mi v hlavě začaly spouštět černé ohňostroje. Ne jako že jsem je viděl před sebou, ale že se to dělo uprostřed mé hlavy, mého mozku. Neuvěřitelně mě to vyděsilo a další věci se potom nabalovaly. Hlavní strach jsem měl z toho, že jsem se zbláznil. A čím více jsem se to snažil kontrolovat, tím to bylo horší

PSK se projevovala tím, že ohňostroje pokračovaly a ještě se přidali projevy jako točící se červené turbíny, ozubená kola, a skákající šaškové. Vše uvnitř hlavy. Dále se dostavily vize a obrazy jiných světů.

Nejintenzivnější období trvalo asi tak 14 dní.

O PSK jsem řekl pouze jednomu kamarádovi, kterému jsem plně důvěřoval. Jeho reakce byla pozitivní. Podpořil mi v tom, že jsem se nezbláznil, a přes jednoho jeho známého sehnal kontakt na Michala Vančuru. V mezičase jsem ještě navštívil jednoho psychiatra, který sice taky podpořil to, že jsem se nezbláznil, ale cele to vysvětlil tím, že jsem nervózní člověk a trpím „vtíravými myšlenkami“. Předepsal Zoloft a Neurol a spolupráci s jednou psycholožkou. Ta sice taky podpořila tu myšlenku, že jsem se nezbláznil, ale byla spíše orientována na relaxační techniky a další behaviorální metody. Takže trochu úlevy to přineslo, ale obávám se, že kdybych se nedostal k někomu, kdo rozumí problematice PSK, tak beru psychofarmaka dodnes.

Zajímavé taky bylo, že Zoloft jsem vůbec nemohl brát, protože jsem ho tak půl hodiny zvracel. Což se mi nikdy nestává. Pan psychiatr reagoval předepsáním něčeho jiného, ale k tomu jsem se už nedostal, neboť jsem v mezičase začal pracovat s terapeutem obeznámeným s PSK.

Než jsem se dostal k tomuto terapeutovi, tak mi hlavně scházelo vysvětlení toho, co se mi děje. Konvenčně orientovaní psychiatři a psychologové mi ho rozhodně nenabídlí.

Nejvíce by mi bylo bývalo hlavně pomohlo pochopení pro to, co se děje, a zdůraznění, že se nejedná o nic nebezpečného a patologického. Že to je prostě proces, který může být i léčivý, když ho necháme léčivým být. Po zvládnutí těch nejhorších týdnů mi hodně pomohla Pesso terapie a Holotropní dýchání.

Nejhorší byla první noc po těch prvních projevech. To jsem se opravdu celou noc bál, že jsem se zbláznil, a vůbec jsem si nedovedl představit, že se z toho někdy dostanu.

Že se vrátím do normálu jsem poznal podle toho, když přestaly ty nepříjemné

projevy. Celou dobu jsem například chodil do práce a nikdo o ničem nevěděl, i když mi bylo hrozne. Asi tak po 2-4 týdnech jsem mohl opět fungovat relativně normálně, i když jsem se necítil úplně dobře, do „standardního normálu“ jsem se dostal tak po 3-6 měsících.

Po prožití PSK se mi život změnil hodně. Posunulo mě to do hloubkové psychoterapeutické práce, která mi potom život hodně změnila. Velice se zmírnily některé psychosomatické problémy, které jsem míval (např. žaludeční potíže), navázal jsem svůj první dlouhodobý vztah s holkou, atd. Obecně jsem se stal více jistým sám sebou. Dále to u mě vedlo ke změně kariéry, kde předtím jsem byl velmi zaměřený na manažerskou kariéru, z které jsem nakonec vystoupil. Celý ten proces vlastně vedl k tomu, že se snažím žít více vědomě, pomaleji, klidněji, mám mnohem větší radost z maličkostí, jako třeba hezká procházka přírodou.

## **Klient 6**

Muž

První zkušenost s PSK jsem měl v 46 letech. Prvními projevy bylo zhoršující se soustředění, vnitřní neklid, stav se zhoršil uvědoměním, že se nejedná o pouhé výkyvy nálady. Rovněž jsem zpanikařil, když farmaka nepřinesla očekávaný účinek.

Zkusil jsem se zbavovat těžkých energií metodou peruánských léčitelů. Když jsem narazil na energie jakoby (zřejmě) komprimované, začal jsem ztrácet naději, že to mohu zvládnout.

Trvalo to měsíce, dost jsem zhubl. Příliš mi nikdo pomoci nemohl, neboť jsem nenašel nikoho, kdo by mi poradil. Nikdo nemá zkušenost s prací s pupeční čakrou.



Několik lidí mi bylo spíše duchovní útěchou projeveným zájmem.

Scházel mi skutečný duchovní vůdce, neboť jsem pracoval s něčím, do čeho jsem nedorostl.

Jako optimální pomoc bych byl býval vnímal nelezení někoho, kdo by mne zasvětil do práce s energií a vysvětlil mi, co smím a co už ne. Jak mohu naložit s tím, co se mi děje.

Nejhorší zkušenost byla střídání naděje a hlubokého zoufalství.

Nemyslím si, že jsem se už vrátil do normálu. Proces není ukončen.

Hlavně se změnil můj pohled na lidi, kteří umí pracovat s takovými energiemi. Pochopil jsem, že člověk musí mít mnohé kvality a cenné vlastnosti, aby mohl vládnout takovými "nástroji". Zjistil jsem, že potřebuji vedení a podporu.

## **Klient 7**

Žena

S PSK jsem se poprvé setkala v 19,5 letech. Spouštěčem byla traumatická událost, náhlé a předčasné úmrtí osoby, na které mi záleželo. Před tím jsem se několik let věnovala józe, asijským bojovým uměním. Od 12 let jsem vegetariánka.

PSK se projevovala z pohledu fyzického těla absolutní nespavostí, pocitem mimo tělo, odmítáním jakékoliv potravy, pocitem odhmotnění. Traumatická událost aktivizovala a z nevědomí do vědomí vyzvedla určitý, stále se opakující karmický vzorec dávné, matné vzpomínky a pocity se staly jasnými, ostrými. PSK provázel řetězec na sebe navazujících synchronicit.

Nejintenzivnější období trvalo přibližně 2 týdny.

Okolí nereagovalo, v akutní krizi se distancovalo, když krize doznívala a měla jsem ještě větší potřebu o tom mluvit, reagovalo slovy: Už o tom nemluv ... Zapomeň na to ..., Tomu nerozumím, nevím, co ti na to říct ...

Nejdůležitější osobu jsem potkala v době, kdy PSK doznívala, s odstupem času jsem si uvědomila, že mne tato krize k této osobě psychicky i fyzicky dovedla, ačkoliv jsem tuto osobu předtím nepotkala, byla již přítomna a provázela můj začátek PSK.

Nejvíce mi scházela možnost vše někomu sdělit a být přijata. Bezpečné prostředí, klid, zabezpečení základních potřeb (voda, jídlo, ...)

Moci na chvíli vypnout jakoukoliv sebekontrolu a plně se projevit.

Žádnou odbornou pomoc jsem nevyhledala, projev PSK jsem tehdy neznala, ale celému procesu jsem dobře rozuměla. Připadalo mi snadnější pomoci si sama, než vyhledat pomoc konzervativnějších psychologů a terapeutů, obávala jsem se nepochopení, odsouzení, označení procesu jako patologický.

Jako optimální pomoc bych vnímala naslouchání, provázení, přijetí a podpora (možná i slyšet od někoho, že si váží toho, že jsem překonala vlastní obavy a nebála se pohlédnout do hloubky, vybrat si tuto cestu, ...)

Nejhorší zkušenost bylo nepochopení a distancování lidí, které jsem považovala za dobré kamarády a přátele, ale i naprostý nezájem členů rodiny, nechtěli nic vidět, chovali se, jako kdyby se nic nestalo. Mlčení ostatních, nemožnost sdělit svou zkušenost. Izolace od většiny toho, co pro mne do té doby bylo známé.

Návrat do "normálu" trval několik málo dnů, začala jsem jíst, byla jsem

schopná spát, toto se stalo, když jsem došla a došla na určité místo a našla tam osoby (osobu), které nevědomky hrají v mé vlastní cestě důležitou roli

Ano, život se změnil. To, co ze mne občas nekontrolovaně proniklo na povrch, se z nevědomí dostalo do vědomí, získala jsem přístup ke kořenům určitého, stále se opakujícího vzorce. PSK nebyla koncem, ale počátkem, umožnila mi určité věci uchopit a dostat možnost na nich pracovat.

## **Klient 8**

Žena

PSK jsem potkala v 16 letech.

PSK se projevovala prudkými změnami nálad, euforií, pocitem (až jakoby fyzickým) od lásky k celému světu do deprese. Měla jsem silný pocit splynutí s universem.

Halucinace – barvy, světélka

Ze strany rodičů jsem občas cítila jakoby nezájem, občas starost, ale doma mám dobré zázemí.

S většinou svého okolí jsem to nerozebírala, bála jsem se nepochopení.

Své problémy jsem byla schopná rozebírat v podstatě jen se svým přítelem, měla jsem pocit, že to může pochopit, protože prošel něčím podobným.

Potřebovala jsem průvodce, někoho, komu bych řekla, co se mi děje, mohla s ním rozebrat sny.

Jako optimální pomoc bych vnímala rozhovor o mých pocitech, nasměrování na cestě k pochopení toho, co se mnou děje.

Nejhorší zkušenost byla vyhledání psychiatrické pomoci, nepochopení, ponížení.

## **Klient 9**

Muž

PSK jsem poprvé prožil v 27 letech. Projevovala se ZSV, strach, úzkost.

Spouštěčem bylo přestěhování se mimo ČR, změna obvyklých struktur, změna zaměstnavatele s jiným způsobem práce.

PSK se projevovala strachem o sebe, úzkostí, ZSV, depresemi, podivnými myšlenkami, stavy vytržení, extatickou i smutnou náladou, pocity hrozící smrti, hrozícího šílenství. Strachem o lidi a svět kolem sebe. Rozšířeným vědomím.

Nejintenzivnější období trvalo cca 8 měsíců. 3,5 roku bylo stále velice intenzivních.

Podporu jsem dostával od pár lidí.

Pomáhalo: Neodsuzování mé situace, zájem o problematiku.

Nepomáhalo: strach o mě, snaha mě přimět se léčit jinou cestou, než jsem si vybral.

Matka, strýc, přítelkyně, nevlastní sestra byli ti lidé, kteří mi nejvíce pomohli.

Scházelo mi zázemí a dohled. Také péče, příroda. Potřeboval jsem místo, kde bych tím bezpečně mohl procházet. Nejlépe pod stálým dohledem odborníků. Prožívat jinak sebe.

Produktivní byla práce PBSP, která mě nakonec posunula nejvíce. Dobrá byla intervence RIAPSu, kde jsem 2x narazil na lékaře, který věděl o PSK. Neproduktivní byla hospitalizace v PLB, kde o něčem takovém neměli ani ponětí.

V době, kdy jsem PSK procházel, bych nejvíce potřeboval:

V první fázi: Ubezpečení, že se nejedná o nic nebezpečného.

V druhé fázi: Provázení. Optimální by také bylo, kdyby se zdravotnictví podílelo na nákladech. Moje výdaje spojené s PSK cca. 450 000,-

Nejhorší zkušenost bylo ono 8-mi měsíční období dezorientace, dezorganizace a deprese.

Že se vracím do normálu jsem poznal podle toho, že se začaly objevovat jakési ostrůvky, kdy jsem nebyl zmatený, které se opakovaly, čím dál tím častěji, až jsem se dostával k normalitě. Trvalo to více než půl roku.

Život se mi výrazně změnil. Změnily se mi hodnoty, pohled na svět, vývoj lidstva, různé kultury, rodinu apod. Zlepšilo se mi soustředění, paměť, celkově se cítím daleko zdravější. Neměnil bych. Začal jsem také vidět věci, které jsem před tím vůbec neviděl.

## **Klient 10**

Žena

S PSK jsem setkala ve 24 letech. Prvotním impulsem byl rozchod s klukem, kterého jsem milovala, s vnitřním smířením a odevzdáním emocí mnou proběhl zevnitř proud energie nahoru

PSK se projevovala nejdramatičtěji "peklem", vnitřní bolestí, děsem, náhlým zoufalstvím bez příčiny (cca 2,5 hodiny)

Nejintenzivnější období, vzhledem k tomu, že jsem měla silné tlumící léky v psychiatrické léčebně, trvalo docela dlouho, cca 4 měsíce.

Pomáhalo: v nejhorším období – kontakt s lidmi, kteří pro mne vytvořili rámec důvěry, smysl pro humor

Nepomáhalo: Strach a obavy o mne, přehnaná snaha to chápat, "vědecký" přístup profesionála psychiatra

Nejdůležitější osoby pro mě byli takoví lidé, z nichž jsem cítila důvěru v to, že je to přechodná část mého života, dokázali mne zbavit některých strachů jen tím, že se jim smáli. Téměř vždy to byli muži (ale nejen).

Potřebovala jsem ochranu, důvěru, bezpečí, úzký kontakt s přírodou, zvířaty, cvičení. V pozdějším období malování, mechanickou činnost, kontakt s lidmi.

Jako produktivní intervence jsem vnímala změnu prostředí z psychiatrické léčebny na statek s dětmi. Jako neproduktivní potom "vědecký" přístup zkoumajícího odborníka psychiatra.

Optimální přístup by byl býval věcný a laskavý přístup, vytvoření bezpečí pro střídající se emoce. Neverbální signál okolí, že je to v pořádku, pomoc k nalezení vlastních zdrojů sebepomoci.

Nejhorší zkušenost byla psychiatrická léčebna Beřkovice, chování jako k nesvéprávnímu člověku, odlidštění místa.

Jako první impuls, že se vrátím do normálu byla probdělá noc, kterou jsem se celou smála, uvolnila jsem se duševně I fyzicky, smála jsem se svým obavám a sama sobě, najednou jsem viděla své zážitky v jiném světle.

Po PSK cítím větší úctu k životu jako takovému, chvilkami vnitřní nepopsatelnou radost, že jsem. Větší sortiment lidských "nešvarů", jimž se dokážu smát, potřeba více vnímat rytmus přírody a "kamarádit" s vlastním tělem.

### **Klient 11**

Muž

O krizi lze mluvit na konci roku 2006. Spustil ji zřejmě proces sebepoznání, meditace, konfrontace s novým prostředím.

PSK se projevovala stavy bezbřehého soucítění, jasnozřivostí, jasnovidností, synchronicity, vidění – znamení, mimoverbální rozpoznávání psychologické situace druhých lidí – vidění karmy, vhledy

Nejintenzivnější období trvalo asi tři měsíce

Nevnímal jsem se ohrožen vnímáním okolí a proto mé okolí nereagovalo negativně. Někteří lidé projevovali zájem o danou věc.

Všichni lidé byli důležití, včetně mne, větší míru důležitosti jsem připisoval trpícím.

Potřeboval jsem realizovat sebezpřijmutí, abych vyřešil problém přijímání druhými lidmi a přijímání druhých lidí. Jejich myšlenek, potřeb, pocitů. Přijímání sebe jako svébytné, ničím neohrožené bytosti. Těmito dvěma kroky jsem dosáhl třetího bodu, přijímání druhými lidmi (do té doby jsem to podvědomě řešil expanzí ega)

Jako produktivní intervenci jsem vnímal komunikace s lidmi s podobnou zkušeností. Poznání, že se nejedná o duševní poruchu, ale očistný proces. Legitimizování si této složky.

Nikdy nikdo nikomu nemůže pomoci. Jediné, co je možné je svítit na cestu.

Nebyly špatné zkušenosti, jen nepřijmuté a odmítané věci. Nepříjemné a zároveň velmi vzrušující bylo spatření zlatého nápisu na Vltavě.

Poznáním, že jsem nikdy z normálu nevybočil. Rozšířené vědomí je dnes stále, ale zcela volně dosažitelné.

Ano, život se mi zcela změnil. Ztišil jsem rozum / mysl. Integruji vrozené poznání. Odvrhnuji dualistické myšlení jako omezující prvek. Přináší mnohem větší míru empaticnosti. Nacházím „svou“ životní cestu. Mám intenzivní pocit žití. Rozvívám svou bytost. Jsem šťastný.

## **Klient 12**

Žena

Poprvé jsem měla zkušenost s PSK, když mi bylo 26 let. Spouštěčem bylo holotropní dýchání které časově souviselo s rozchodem

PSK se projevovала depresemi, manickými stavy, stavy pocitu propojenosti



s vesmírem a přírodou. Zmatenost, úzkosti, nefungování v práci. Vnímáním silného proudu energie prostupujícího mou páteří

Nejintenzivnější období trvalo asi 4 měsíce.

Okolí o tom nevědělo. Okolí bylo mým chováním zúzkostněné, posílalo mně k psychiatrovi a na psychoterapii. Pomohl mi psychiatr a antidepresiva

Nejdůležitější osoby byly psychiatr, kamarádi, otec, psycholog z Diabasis

Scházela mi podpora, bezpečí, informace, techniky jak věci regulovat

Produktivní intervence – psychoterapie, konzultace s psychologem v Diabasis, sweatlodge, moje vlastní rituály

Nejhorší zkušenosti byly úzkosti, deprese.

Návrat do normálu jsem přesně nepoznala. Asi podle toho, že jsem zase normálněji začala fungovat v práci

Život se mi změnil, mám pocit, že v určitých věcech vnímám citlivěji, vidím hlouběji (i své slabiny), ale cítím se ve větší rovnováze než předtím

### **Klient 13**

Žena

PSK jsem potkala v 21 letech. Prvním projevem byly halucinace, vize, pocit splynutí s vesmírem, něčím, co by se dalo nazvat „peak experience“

PSK se dále projevovala velmi živými představami vody a oceánu a života v něm , ačkoli jsem byla na souši, uvědomovala si, že to není realita, ale přesto to bylo velmi reálné

Nejintenzivnější období trvalo měsíc.

Pomáhali mi kamarádi, kteří měli zkušenosti s podobnými zážitky, ostatní tomu nerozuměli.

Nejdůležitějšími lidmi byl přítel, kamarádka, která studovala psychologický výklad snů podle Junga.

Potřebovala bych více trpělivosti a přijetí, porozumět tomu, co prožívám

Nejhorší zkušenost byl střet dobra a zla ve mně, zážitek pekla, něco, co jsem později poznala jako „temnou noc duše“

To, že se vracím do normálu jsem poznala podle toho, že někde hluboko uvnitř se ozvalo, že už můžu jít dál

Život se mi velice změnil, ale spíše v realitě, úplně se mi změnil životní scénář

## **Klient 14**

Žena

PSK mě poprvé potkala když mi bylo 29 let. Spouštěčem byla duchovní praxe a problémy ve vztahu a v práci.

PSK se projevovala výkyvy nálady během dne od extáze po těžkou depresi,

energie v těle, horko a zimnice, zvýšený zájem o duchovní témata, otevření vnímání pro nadsmyslová témata

Nejintenzivnější období trvalo asi půl roku.

Nemohla jsem o tom moc mluvit, jen s nejbližšími přáteli. Ostatní lidé moc pochopení neprojevili. Pomáhalo mi cvičení jógy, technika aktivní imaginace, čtení pohádek a duchovní literatury, návštěva bohoslužeb.

Nejdůležitějšími lidmi byli můj přítel, můj kamarád terapeut, biskup z církve

Byla bych bývala potřebovala lásku, bezpečí, odpočinek, doteky a možnost mluvit o svých zážitcích.

Neproduktivní intervence – léčba antidepresiv, psychiatrická pomoc

Produktivní intervence – hlubinná psychoterapie, muzikoterapie, arteterapie a jóga

Jako optimální pomoc bych vnímala možnost nechodit do práce, mít někoho, kdo se mnou bude celý den a kterému budu moci vyprávět o svých prožitcích. Optimální by také bylo nemuset se naprosto starat o materiální zabezpečení jako je placení účtů a domácí práce.

Nejhorší zkušenost bylo, když mi nezabraly léky a psychiatricka mi řekla, že je to opravdu divné a že mám zdvojnásobit dávky.

Že se vracím do normálu jsem poznala podle toho, že jsem byla schopná lépe fungovat „realitě“ a výkyvy nálad se začaly srovnávat a také jsem začala lépe pracovat s energií.

Život se mi naprosto změnil. Začala jsem studovat uměleckou školu, začala jsem se věnovat hlubšímu poznávání duchovní pravd a uvědomuji, proč tu jsem. Začala jsem žít sama. Pravidelně medituji, modlím se a věnuji se rozvíjení svého duchovního života. Zlepšily se mi vztahy s rodinou a našla jsem si nové přátele.

## **Klient 15**

Muž

Poprvé mě PSK potkala mezi 20-25 rokem, podruhé potom po třicítce.

Při první zkušenosti byly prvními projevy naprostá změna osobní kosmologie, žebříčku hodnot, smyslu života, vztahu k lidem, zvířatům a celé přírodě..., změna to byla veskrze kladná, ale zároveň i nelehká.

Spouštěč byly psychotropní rostliny.

Při druhé zkušenosti byly prvními projevy deprese a kosmický smutek.

Hledání smyslu života (vztahu, duchovnosti, zaměstnání).

Spouštěč psychotropní rostliny a rozchod se složitou partnerkou po složitém vztahu.

PSK se projevovала:

První zkušenost: Ztrátou pohledu na sebe a svět tak, jak jsem byl vychován, vše, čemu jsem do té doby věřil, že je dané a důležité a smysluplné,

bylo najednou tak zřejmě pošetilé, nedůležité, nesmyslné a nevědomé,

bylo to nelehké období bourání staré osobní kosmologie a utváření

nové, bez velké možnosti to s někým sdílet, opakované užívání psychotropních rostlin bez vedení ve snaze zopakovat kontakt s živým světem přírody a vstup do jednoty myslí, zároveň s tím nevědomý únik z běžného života bez pochopení toho, že každodenní život je „základní stav“, který je díky rostlinným vhlédům možné lépe nahlížet, oživovat, zvědomovat a s tím nadhledem plněji a lépe žít.

Deprese z toho, že po sestupu z vyšších stavů vědomí, v sobě nedokážu držet, každodenně žít a naplnit svůj lidský potenciál, který jsem cítil, že je v každém z nás a je bez hranic.

Druhá zkušenost: Nemožnost nočního spánku s bolestivými energetickými výboji do chodidel a následnými křečemi/kryjemi probíhajícími celým tělem (podél páteře), samovolné pohyby v těle, probouzení se ve snech do živých snů, mimosmyslová komunikace s entitami, podílení se na záchraně bytostí cestujících prostorem pomocí propojených vědomí dalších bytostí – záchrannou dálnicí tvořenou jednotlivými poli vědomí jedinců jako já.

Nejintenzivnější období trvalo při první zkušenosti zhruba rok, při druhé několik měsíců.

Vždy se mi zatím podařilo projít si tím sám. Pomoc a podpora několika dobrých přátel byla jistě moc důležitá kvůli tomu nebýt si s tím jen sám se sebou, určité věci se prostě nedají slovy vyjádřit

a bylo mi velkou pomocí, že jsem měl pár přátel, kteří měli zkušenost s prostorem „za slovy“. Pomohlo také na čas přestat pracovat s rostlinnými

spojenci. Pomohlo soustředit se na každodenní práci pro osobní obživu (i když mě vůbec nebavila).

Důležitými lidmi byly přátelé se zkušeností s prostorem „za slovy“.

Ale i všichni další přátelé, kteří mi umožnili, abych nebyl sám.

Rodiče nezmiňuji, těžko by se jim to bez osobní zkušenosti chápalo a vlastně jsem se do toho ani nepouštěl, protože jsem si byl jistý, že by to nepochopili, ani mě a ani to, o čem mluvím.

Chyběl mi lidský kontakt, mluvit o tom s někým zasvěceným, pomoc a radu jak změnit svůj život, toužil jsem po partnerce, která by mě brala takového jaký jsem, po druhé polovině mojí vlastní bytosti, po vyjádření slov, citů, něhy a doteků, kterými jsem byl naplněn a přeplněn a neměl je s kým sdílet, po změně zaměstnání s touhou smysluplnějšího zaměstnání.

Nejhorší zkušenost byl pocit naprostého osamění. Nemožnost se o to s někým podělit.

Ano, život se mi rozhodně změnil. Bylo to těžké a bolestivé, ale stálo to za to.

## **Klient 16**

Žena

PSK mě poprvé potkala ve 22 letech. Nejsem si jistá, co přesně proces spustilo...snad studium Psychologie a aktivní sebezkoumání v kombinaci s životní situací...

První velmi mírné příznaky jsem prožívala přesně rok před tím, trvaly asi měsíc

a pak spontánně odezněly...Rok poté, situačně pravděpodobně sehrála roli spánková deprivace v kombinaci s extrémním množstvím theinu a kofeinu v těle a nedostatečnou hydratací.

PSK se projevovala zprvu silnými energetickými a tělesnými fenomény, které se objevovaly v noci, zpravidla po několika hodinách spánku. Mravenčení v těle (buď od kostrči nebo od nohou až k temeni hlavy a ven), silné bušení srdce, návaly úzkostí (až do panických atak), pocit, že každou chvíli omdlím nebo se zhroutím v křečích, návaly horka a zimnice, nevolnost, bolesti zad a hlavy...tělesný třes a pocit na omdlení, i když jsem ležela v klidu. Během těchto nočních epizod jsem vídala barvy, měla jsem pocit, že se postel otáčí vzhůru nohama, že ležím a zároveň padám někam hrozně hluboko...slyšela jsem vnitřní zvuk, který zesiloval a pohlcoval mě (osobně jsem si to nazvala „Řev ticha“). Jednotlivé epizody trvaly od několika minut až zhruba do půl hodiny. Po pár týdnech se logicky přidalo extrémní fyzické vyčerpání, nevolnost a permanentní mdloby...nemohla jsem moc jíst (a později jsem zase jedla moc, ale pořád měla hlad), byla jsem citlivá na alkohol a nikotin, extrémně citlivá na násilí a mediální vysílání (Dělalo se mi reálně fyzicky špatně při jakémkoli náznaku násilí, skoro až do zvracení)...cítila jsem se hrozně lehká, chodila jsem po ulici a měla jsem pocit, že každou chvíli mi upadne tělo, že z něj prostě moje duše vypadne...nemohla jsem se příliš pohybovat mezi lidmi, byla jsem přecitlivělá na jejich emoce (hned jsem je cítila), stíraly se mi mé vlastní hranice...Měla jsem extrémní výkyvy nálad (hlavně smutek, pláč, deprese) a nemohla jsem soustředit ani na běžnou komunikaci, protože jsem měla pořád mdloby.

Potkávala jsem zvláštní lidi, najednou každý, koho jsem potkala, pro mě měl zajímavou a důležitou informaci, dostávala jsem odpovědi na otázky, měla jsem dojem, že jsem v nějakém proudu, který mě nese a nevím kam. Měla jsem strach, ale zároveň jsem se bála, že to ztratím.

Když jsem s tím začala pracovat v rámci Diabasis, začala jsem pomaličku objevovat i pozitivní aspekty toho všeho.

Proměnil se můj snový život. Přicházely velmi živé a sugestivní sny. V určitém období stačilo abych se před spaním pomodlila a požádala o radu nebo odpověď na svou otázku a opravdu jsem ji dostala...začala jsem prožívat určitý typ lucidního snění...

Rozvinula se má kreativita (vrátila jsem se k psaní básní, malování, zpěvu, tanci...)

Začala jsem mít dojem, že cítím přítomnost jiných entit (převážně v noci) a připadala jsem si jako blázen.

Rozvinula se má intuice a schopnost vhledu do situací a na sebe sama.

K nejintenzivnějšímu období řadím první 3 měsíce (než jsem kontaktovala Diabasis a začala s tím pracovat) během kterých jsem měla strach, že jsem duševně a fyzicky nemocná a nevěděla jsem co dál a komu se svěřit, jak na to.

Mí přátelé byli báječní. Gratulovali mi, že mám určitě probuzenou Kundaliní, což mě v té době děsilo ještě více než možnost, že mám opět epilepsii, doporučili mi literární zdroje a donutili mě kontaktovat Diabasis.

Můj otec (praktický lékař) byl zděšen a snažil se mě dostat na neurologii. Díky němu jsem znovu začala brát antiepileptika a antidepresiva, přestože EEG nepotvrdilo možnost ložiska na mozku, ale jen nervové dráždění...Neustále mi volal, kontroloval mě, jak mi je a co dělám a nevědomky tak rozšiřoval a zvětšoval mou paniku, že jsem nemocná a defektní a že mám problém.

Můj tehdejší přítel byl zprvu chápavý a neptal se (ze strachu, z obrany?), jen poslouchal a byl se mnou...pak jsem se začala měnit a on se tomu tak trochu vysmíval a pak o mě začal mít strach,...(že vstoupím do sekty, že si na něco hraji, atd.)



Nejdůležitějšími lidmi v prvních měsících paradoxně můj otec...Přece jen o mě pečoval, měl starost.

Na prvním místě byl ale můj tehdejší přítel. Sice vůbec nechápal, co mu říkám (Kundalíní, PK,...nic takového jako materialista vůbec nepřipouštěl) ale poslouchal mě! Ráno jsem mu plakala na rameni, že už chci zase normálně spát a normálně vnímat, normálně žít...a on mě hladil po hlavě a držel. Když jsem začala chodit na terapii, na nic se neptal a respektoval to.

Pak mí přátelé, kteří buď prožívali něco obdobného, nebo tomu určitým způsobem rozuměli. Mluvila jsem s nimi o tom, mohla jsem před nimi plakat, dávali mi rady, jak se ukotvit, co přečíst, kam se obrátit, co dělat...

A později terapeut. Bylo moc příjemné, mít ujištění, že to, co se děje, je v pořádku, mít možnost říct všechno, během dialogu něco pochopit a propojit...V určité fázi procesu jsem se dostala do situace, kdy jsem se musela rozhodnout buď medicínský model nebo cesta PK (velmi zkráceně a jednoduše řečeno!!!) a byla jsem na to rozhodnutí zcela sama a měla jsem dojem, že stojím proti celému světu. Terapeut za mě samozřejmě nemohl rozhodnout a ani mě nechtěl podporovat v jedné z alternativ, naopak mě brzdil,...ale cítila jsem, že ve mně vnímá kompetentní bytost, která je schopná se rozhodnout a vzít na sebe důsledky svých rozhodnutí. Navíc jsem měla pocit, že pokud bych klopýtla, pomohl by mi vstát.

Potřebovala jsem podporu, pochopení a pocit, že jsem kompetentní osoba, ne pacient nebo oběť toho všeho.

Konkrétně já jsem strašně dlouho prahla po odpovědi :“mám epilepsii nebo PK?“ a nebyla jsem schopná pochopit, že se to nevyklučuje, že ta odpověď není důležitá a že to jen můj strach a mé ego prahne po absolutním uchopení neuchopitelného.

Chyběly informace o propojení epilepsie a probouzení Kundaliní. (řekla bych, že je to tím, že nejsou?!)

Intervence mého otce a mé lékařky si netroufám příliš hodnotit, nejsem lékař...přesto nějak cítím, že antiepileptika mě sice ukotvila, ale na příliš dlouho, otupila mě, sebrala mi na čas kus snového života...Antidepressiva byla podle mého zbytečná.

Celá roční terapie byla pro mě jako „Zázrak“. Balzám na duši. Co jiného k tomu dodat? Absolutní podpora, která nesvazovala, bezpečné místo pro ohledání sebe sama a ventilaci vnitřních bloků a emocí, možnost osamostatnění a poznání některých nezdravých interakčních a rodinných vzorců...)...a ukončení v pravý čas.

Myslím, že kdybych tuto podporu dostala hned na začátku, hned na začátku měla více informací a možností mluvit o tom, co se děje, ušetřila bych si ty 3 měsíce zoufalství a strachu, co se to se mnou děje.

Nejhorší byly asi chvíle, kdy jsem byla v noci, sama, prožívala panickou ataku, strach, že se zhrouťím v křeči a nevěděla jsem, komu volat, s kým se poradit, protože jsem cítila, že otec by mě hrnul někam, kam nechci a někdo, kdo by prožíval přesně to, co já, tam v té době prostě nebyl.

Návrat do normálu jsem pociťovala tak, že se zmírnil strach z toho , co přichází a já tu energii začala vítat a snad se na ni i těšit. Když se třeba několik nocí neobjevila, byla jsem i nesvá. :-) (snad to nezní divně)

Přestala jsem se tolik pozorovat, sledovat a všechno to řešit. Prostě jsem to přijala jako běžnou součást svého života.

Ano, život se mi změnil strašně moc! V té době šly ruku v ruce změny vnitřní i

vnější. Všechno

korespondovalo se vším. Přestěhovala jsem se, rozešla s přítelem, našla si práci,...

Změnil se můj přístup k tělu (začala jsem se mít více ráda, více jsem přijala svou ženskost a sexualitu) a k materiální stránce života (peníze, majetek...). Smířila jsem se svou minulostí, se svou rodinou (jakž takž) a spouště lidem odpustila. Odpustila jsem sobě! V podstatě jsem se začala jinak projevovat (více autenticky, méně křečovité...), více vnímat toho druhého. Cítím nějakou větší pokoru k životu. Snažím se přijmout do svého života i smrt a ukončování starých věcí.

A velmi důležité-smířila jsem se s Bohem.

Nemyslím, že by to všechno bylo úplně ideální, mám pocit, že je stále na čem pracovat. Ale teď v tom cítím větší lehkost, radost...V posledních týdnech to vnitřní napětí, které jsem už od dětství cítila, vystřídal mír a klid, který sice kolísá, ale v podstatě se vždycky s mým drobnějším přičiněním navrátí.

Myslím, že když porovnáám svůj život před tím a teď, cítím se konečně šťastná, na správném místě a ve středu dění. Jako bych byla v proudu Existence. Proud mě nese, ale mě už to tolik neděsí. Snažím se tomu, co se děje důvěřovat a přijímat to s láskou.

## **Klient 17**

Muž

Měl jsem nejprve dojem, že mě prvně PSK potkala asi v 19 letech. Odešel jsem z rodného města na vysokou školu, vymanil jsem se z pout rodiny, zažíval

svobodu. Četl jsem prvně o kvantové fyzice, psal seminární práci o šamanizmu, četl jsem Grofa. Hodně jsem přemýšlel o věcech, o kterých dříve ne, o čase, věčnosti, fyzice, snech, přírodních systémech, o Bohu apod. Jednou při četbě Grofa jsem se hodně zasnul, zkušenosti jeho klientů mi přišly tak známé a já se s nimi silně identifikoval – cítil jsem se jako kámen, strom či vesmír. Pak jsem se probral a ruce jsem měl spontánně propleteny v jakýsi obrazce, což jsem v dalších letech interpretoval jako mudru počátku celého procesu.

Postupně jsem si ale rozpomněl na zapomenuté, že mě nadpřirozené jevy provázejí od dětství. V průběhu chronické a silné traumatizace jsem opouštěl své tělo, přesouval jsem se myšlenkou a procházel zdi. Na cestě potkával mrtvé příbuzné i staletí bloudící duše. Stoupal jsem taky k nebesům, do čirého světla a chrámu blaženosti. Víím, že to byl přesný opak toho, co se dělo mému pozemskému tělu, takže to hodnotím jako obranu, krásnou a slastnou fantazii - realitu, do které jsem se prolomil. Také jsem byl svědkem nespočetných paranormálních jevů v naší rodině, hýbajících se lustrů, jasnovidných snů mé sestry na přítomnou dobu apod.

PSK se projevovala silnou obrazotvorností, po večerech mi před očima hrávaly barvy, obrazy a hudba často složité kompozice a symfonie (co se ale týče hudby, vzdělání mám nevelké).

Několika „mystickými“ zkušenostmi naprosté čirosti okolního světa, pokoj se náhle rozsvítil a vše získalo novou božskou dimenzi, věci se zdály tak božsky krásné, hlava mi byla spontánně otočena na kořen kytky ve váze a já se z té krásy pohroužil do naprosté blaženosti mnohem silnější než je orgasmus.

Pohyb kundaliní. Zavřel jsem oči a z konce páteře mi vycházela mohutná energie do celého těla. Slyšel jsem ji velmi nahlas a zřetelně, jako bych byl v tunelu a právě projížděl vlak. Vše se rozsvítilo a vše bylo jasné a čiré. Na cokoliv jsem se mohl zeptat a ihned jsem dostal odpověď, která sedla (jak

zadek na hrnec ) Vstoupil jsem s ní do dialogu. Když jsem ji vyčítal, že je jenom hloupá sebezáchovná funkce mojí duše a nic víc, ztišila se a téměř ustala. Když jsem se ji ptal a bral ji vážně, dostal jsem spoustu odpovědí, léčby a vedení. Nesměl jsem si říkat, jsi součástí mě, nebo snad já jsem ty, s tím nesouhlasila, nemohl jsem jí ani říkat: „jevíš se mi cizí, ale jsi vlastně součástí mého organismu“, brala mě jenom tehdy, když jsem ji bral naopak já jako právoplatného, cizího, autonomního partnera k dialogu. Musel jsem být pokorný, což mi jinak ale moc nejde.

Velké množství statisticky nepravděpodobných synchronicit, zpravidla v dlouhých sériích za sebou.

Trvalý pocit blaženosti.

Pocit, že jsem pročišťován a léčen (hlavně psychicky). Na povrch mi vyplynula troufám si říct většina minulých traumat, i sebemenší banality, jakoby nic s negativním emočním obsahem nemohlo zůstat odštěpeno, vytěsněno, zapomenuto v temnotě a nevědomí. Jakoby se veškerá temnota ve mně rozpouštěla v božském světle.

Paranormální jevy a mimo smyslové vstupy: znalost přítomnosti a přibližných prostorových souřadnic některých lidí, pocit, že mým třetím okem jsou ve snech mé sestry před dvanácti lety viděny některé přítomné události (nevylučuji přechodnou psychotickou zkušenost, aby mě psychiatři nezavřeli pro nedostatek náhledu, ale reálně těmto jevům věřím. )

Potřeba zpívat rytmičké písně a tancovat, což s oblibou dělám

Pocit nabytí léčitelských schopností.

Pocity tepla, energie proudící po celém těle, rozpouštějící staré psychické a

tělesné (jemnohmotné) struktury a budující nové. Pocit, jako by struktury já byly jako by z hlíny, proces některé rozpouštěl jako nejcitlivější chirurg na tekutou hlínu – teplou lávu a z ní budoval struktury nové.

Aby to nebylo jenom pozitivní: vleklé psychické problémy, depersonalizace, derealizace a jiné disociativní potíže, potýkání se s traumaty té nejhorší lidské brutality, emoční labilita, úzkostnost, panické strachy, že už mě proces a minulost položí. Pohyb energie nebyl jenom příjemný, destrukce starých jáských struktur provázel a provází smrtelný strach. Občas cítím v hlavě strašný přetlak energie, která naráží na nějaký obtížný komplex já, který se nechce dát podat. Občas mi najednou pod návaem energie jakoby lupne v „čakře“, až jako bych to slyšel a to si říkám, jestli jsem se už úplně nezbláznil, jestli opravdu procházím nějakým léčivým procesem nebo jsem už plně uvěřil vlastním bludům. Také několik přechodných psychotických epizod jako reakce na první dávky odštěpených, připomenutých traumat: Měl jsem pocit, že já a má sestra jsme proroci. Ona prorokovala mou smrt. Já měl ohlásit příchod mesiáše a jeho jméno takřka v hodině smrti. Datum jsem znal tři roky dopředu a přežil jsem to. Mesiáše si nechám pro sebe (jen žertuji). Datum vyšlo na Velký pátek, (což jsem si ale nemohl ani podvědomě spočítat).

Když to vezmu od těch 19 let, trvá to od té doby do dneška asi 5 let. Co do intenzity je to proměnlivé, dá se říct, že se to vrací v epizodických návalech, také podle toho, nakolik jsem ochoten to přijímat a pracovat s tím. Nyní docela stačí na to jenom myslet a psát o tom a rozproudí to energii a prohloubí pocit blaženosti a celistvosti. Nejintenzivnější období trvalo několik měsíců a každodenně přinášelo spoustu destabilizujících vzpomínek.

Nejvíce mi pomohlo přijetí, nejméně odmítnutí. Velmi dobře mě přijala má terapeutka, ačkoliv není vzdělaná v PSK, je křesťankou a myšlenkami křesťanství to občas rámcovovala. V nejhorších chvílích mě podržela, dala mi asi čtyři hodiny mimo pracovní dobu za sebou, něco si o Kundaliní přečetla a neposlala mě do blázince. Vyšla mi vstříc, je velmi vřelá a má dar věci pojmenovat a užívat metafory. Pomohlo mi také, že jsem se o tom začal po

mailu bavit s dalšími osobami v PSK. Byli zkušenější a doporučili mi literaturu. Nebyl jsem s tím sám. Dále mi velmi pomáhá terapie (dynamická), která mi umožňuje traumata zpracovat. Jinak o PSK zpravidla nehovořím, bavím se o ní jenom s lidmi, se kterými mě pojí podobné zájmy, takže reakce okolí jsou vcelku přijímající. Odmítnutí, třeba od přítelkyně, která na mě jednou vyjela: „jak to jako myslíš blaženost, o čem to proboha mluvíš?“, nesu hůře (ale obecně to bere, takže ok).

Důležitými lidmi byla terapeutka, přítelkyně, korespondenční přátelé v PSK.

Schází mi občas odvaha prolomit bariéry konformity – začít žít plně, aktivně a otevřeně duchovním životem. A také důvěra v proces. Od druhých lidí bych potřeboval slyšet, že je dobře, že se s tím potýkám, že je to dar, který mohu společensky využít, třeba jako terapeut nebo duchovní. Potřeboval bych kolem sebe kulturu, která mi umožní proces „socializovat“, abych nebyl odkázán jen na subkultury různorodé kvality, které mluví různými jazyky a v různé, často obskurní, míře se odchyľují od dominantní společnosti. Potřeboval bych slyšet od víc lidí, „vole to mám taky.“

Produktivní intervence – na straně druhých - přijetí, pojmenování, analogie s podobnými případy, metafory, doporučení četby, pouhá možnost o tom hovořit. Na mé straně - četba, meditace, respektive jakýkoliv čas, který si vyhradím pro přemýšlení, vzpomínání a kladení otázek, zpěv, tanec, biblioterapie, pokora....

Neproduktivní intervence – alkohol, kouření, odmítání druhými i sebou samým, strach, že jsem blázen, strach, že mě to vede špatným směrem – nedůvěra, pýcha, pocity namyšlenosti – z toho, že se mi děje něco výjimečného, že jsem lepší než jiní, že jsem asi k něčemu vyvolen apod.

Optimální pomoc jsem dostal od terapeutky. Reálně se mnou jednala jako se zdravým, plnohodnotným člověkem, ač tomu zrovna nic nenasvědčovalo,

dokázala se ke mně sehnout a přitom nenaříkat, že ji při tom bolí záda a dovést tam, kam jsem sám potřeboval. Za optimální krizovou intervenci považuji schopnost ukázat, že proces bude mít pozitivní vyústění, že je možné a žádoucí padnout do propasti, že důvěrná pomoc a druhý bude přitom vždycky k dispozici. Takže důvěra, vřelost, přijetí, opravdovost, lidskost – to jsou vlastnosti pomáhajícího určitě důležitější než odborná příprava – lidé s PK jsou zpravidla v této oblasti sečtělí dostatečně a v tomhle ohledu pomoc tolik nepotřebují.

Nejhorší okamžik byl ten, kdy mi terapeutka řekla, že to co prožívám jsou symptomy psychotické hloubky. Než jsme si to vyjasnili, tak mě to na dlouhou dobu zablokovalo.

Nevracím se do normálu, protože se nevracím na premorbidní úroveň. Jsem stabilnější, produktivnější, svět má smysl, život mě baví, cítím se odhodlaný, srdce plné světla, duchaplný, omilostněný, víc svůj, celistvější, schopnější poradit si s bolestmi a problémy života, sebevědomější, sebe uvědomělejší...

## **Klient 18**

Muž

PSK potkala mě poprvé potkala ve 20 letech. Spouštěčem bylo LSD a neschopnost integrovat zážitky neporozumění v interakci dvou blízkých lidí.

PSK se projevovala úzkostí a panikou, že je všechno špatně, ztrátou smyslu, roztříštěným pocitem sebe sama, přílišným vnímáním emocí druhých lidí bez vlastního sebeuvědomění, neschopnost navázat bližší vztah, strach být ve dvou...

Nejintenzivnější období trvalo 3 týdny.



Okolí bylo spíše podpůrné, rodiče nechápali, ale přijímali, měl jsem štěstí na setkání s „šamankou – léčitelkou“, která mě vyvedla z akutního stavu. Partnerka byla oporou, i když také tomu nerozuměla, ale vytvářela možnosti být spolu na zemi a něco dělat.

Nejdůležitějšími lidmi byla partnerka, přítel, co jsem s ním procházel LSD, další blízký přítel s podobnou zkušeností, ale v té době byl v pořádku

Byl bych potřeboval o tom více mluvit, více metod a možností práce, jak s tím zacházet

Neproduktivní intervence: dobře míněné rady

Produktivní intervence: zásah léčitelky, meditační praxe, dlouhé procházky v přírodě, malování, vaření a jídlo...

Optimální pomoc bych viděl jako kombinaci podpory a komunikace, intenzivní provázení se zasazením do správného kontextu a za použití metod, které mohu dělat sám doma

Nejhorší zkušenost byl přímo spouštěč, zkušenost s LSD na festivalu, neporozumění s blízkým přítelem, snaha se z toho dostat než zážitek odezní a nepodaření se toho a z toho vyplývající úzkost

Návrat do normálu jsem vnímal jako dobrý pocit ze života, směr, pocit, že jsem v těle... trvalo to asi půl roku, neb jsem v té době ještě hojně užíval marihuanu

Život se mi změnil, našel jsem nezbytnou meditační praxi, změnil jsem studijní obor (z práv na psychologii), celkově jsem se více poskládal a uvědomil co je důležité.

## **Klient 19**

Žena

PSK jsem poprvé potkala ve 28 letech, v době, kdy jsem prožívala zklamání a vlastní selhání (rozchod s přítelem a problémy ve své církvi), jsem měla silný zážitek Ježíšovy blízkosti (několik minut), bylo to po rozhovoru s člověkem, který mne duchovně doprovázel, jako vlastní PSK bych označila následný návrat do „tohoto světa“, vyrovnávání se s realitou života, v němž jsem Boží blízkost nevnímala

PSK se projevovala pochybností nad realitou svého prožitku nebo vlastního dosavadního a budoucího života, strach, že jsem se zbláznila (nebo se zblázním), strach z toho, že ztratím paměť,

pochybnost nad všemi dosavadními náboženskými prožitky a zkušenostmi

touha zemřít a zároveň strach ze smrti toho, co bude potom, naléhavá potřeba vyjádřit, sdělit, co jsem prožila a zároveň neschopnost sebevyjádření pokaždé, když jsem se o to pokoušela, osamocení.

velká až nesnesitelná vnitřní bolest, nemohla jsem spát, velký neklid a fyzická bolest při modlitbě (přestala jsem se na nějakou dobu modlit, zároveň jsem tím ale velmi trpěla a vyčítala jsem si to), pocity, že mi někdo brání přiblížit se k Bohu, nebo mne od něj přímo vzdaluje

Nejintenzivnější období trvalo vždy několik málo dnů a nocí (několikrát se opakovalo v různé intenzitě po dobu asi 1-2 let, nejsilněji asi 1/2 roku)

Okolí toho příliš nepoznalo, snažila jsem se to utajit, kamarádka mi doporučila, abych se obrátila na psychologa, což jsem neudělala

Psychologicky vzdělaný kněz, na kterého jsem se asi po 2 měsících poté obrátila s prosbou o pomoc, mi sice poskytl prostředí, v němž jsem mohla o svých obtížích mluvit, ale měla jsem pocit, že přesně nerozumí tomu, co prožívám, a tak jsem před ním o svém zážitku nikdy otevřeně nemluvila.

Pomohlo mi ale, když se za mne modlil (krátce, jednoduše, bez emocí).

Při zpovědi jsem se dvakrát cítila nepochopená knězem, který mne zpovídal.

Pomáhali mi všichni lidé, s nimiž jsem se setkávala (v práci, na ulici,...) tím, že svou přítomností odvraceli pozornost od mých problémů a aniž by o mých problémech věděli, vyváděli mne z izolovanosti

Jako nejdůležitější osobu jsem vnímala Ježíše.

Dále potom člověk, který mi byl duchovně blízko (přestože fyzicky žije v Rumunsku) a modlil se za mne, zároveň mi poslal několik dopisů, z nichž jsem cítila podporu a porozumění. Věděla jsem, že ví, o čem mluvím (píše), uvědomuje si vážnost mých problémů a zároveň mi nedává rady typu: odejdi s církve, přestaň se modlit, když je ti špatně, atd.

Později společenství, které se za mne modlilo (v mé nepřítomnosti a později i v mé přítomnosti), zvláště modlitba za tzv. vylití Ducha svatého

Scházelo mi pochopení, uklidnění, povzbuzení, možná naučit se nějakou relaxační techniku, hledat nonverbální způsoby sebevyjádření, zpočátku modlitba s někým, koho by nepřekvapily moje reakce

Nejvíce by mi bývalo pomohlo mít možnost obrátit se na člověka, který podobnou zkušenost prožil a zároveň ji už má za sebou. Pokud je zároveň teologicky i psychologicky vzdělaný, je to lepší a bezpečnější. V mém případě by to měl být křesťan, člověk, kterému je blízké církevní prostředí (nezáleží ani tak na denominaci jako spíše na ochotě být otevřený pohledu toho druhého a věřit, že „u Boha není nic nemožné“).

Nejhorší zkušenost bylo, když mne někdo nutil mluvit o tom, o čem se mluvit nedá (nebo jen já jsem to prostě nedokázala), a pak mi z toho bylo ještě několik dnů a nocí na umření...

beznaděj a strach, že se ocitnu v izolované osamocenosti a Bůh o tom neví, fyzicky nepříjemné pocity pokaždé, když jsem se chtěla modlit

Jistota, že se vše vrací do normálu jsem poznala podle toho, že jsem se mohla sama modlit bez velkých fyzických i vnitřních obtíží,

trvalo to další 1-2 roky, ale úplně do „normálu“ jsem se nikdy nevrátila. Součástí toho všeho bylo pro mne dost velké zrelativizování toho, co je „normální“ a co je v mé moci.

Ano, život se mi změnil. Změnil se můj způsob modlitby (modlím se teď často v jazyku, kterému nerozumím, vnímám velký pokoj, odpočívám), modlitba není tolik „mým výkonem“.

Zhubla jsem.

jsem vnímavější a citlivější k sobě i k problémům druhých, lidé se mi někdy svěřují. Jsem otevřenější, radost i bolest prožívám intenzivněji než předtím. Jsem spontánnější v navazování nových vztahů.

Cítím touhu modlit se za druhé, někdy mi spontánně přicházejí do modlitby konkrétní lidé se svými problémy...

## **Klient 20**

Muž

Zážitky psychospirituální krize se dostavily po vysokém fyzickém vyčerpání, ve stavu na hranici mezi možnostmi zemřít nebo dál žít. Bylo mi 27 let. Měl jsem vize, viděl jsem svého anděla strážného, na kterého jsem do té doby vůbec nevěřil. Byl se mnou v té hraniční situaci, nemluvil a přesto mi sděloval věci a dodával mi pocit bezpečí

Neprojevovala se ničím dramatickým, jen po tomto setkání mě přišly dříve důležité věci nedůležité, změnil se mi hodnotový systém, začal jsem se zajímat o jiné věci, cítil jsem se vnitřně šťastný a vyrovnaný. Nejhorší byly reakce okolí, mysleli si, že jsem blázen říkali, ať se vzpamatuji a když se mluvil o svém zážitku zpochybnili ho a já opravdu začal mít pocit, že se mnou něco není v pořádku

Nejintenzivnější období trvalo 2-3 měsíce, kdy jsem nevěděl, čím jsem a utápěl jsem se v pochybách, zároveň se mi čas od času anděl stále zjevoval.

Reakce okolí byly dost špatné, mysleli si, že jsem blázen, že se mám jít léčit. Pomáhala příroda a později pomoc terapeuta.

Nejdůležitější byl anděl a později terapeut, dále také osoby, které podobnou

situací prošly, se kterými jsem se měl možnost později seznámit.

Scházelo mi bezpečné prostředí, kde bych mohl v klidu být s tím, co se mi dělo.

Nejdůležitější pro mě bylo provázení terapeuta, pochopení celého procesu a nalezení vnitřní jistoty a stability.

nejhorší byla srážka s psychiatrií, kdy jsem byl označen za duševně nemocného a stálo mě hodně sil se z toho dostat.

Optimální by bylo mít nějaké místo, kam bych se mohl uchýlit, kde by o mě bylo pečováno a já mohl v klidu zažívat a přistávat na zem. Taky abych se nemusel bát o práci.

Nejhorší byla psychiatrie, nechci o tom víc mluvit, byl to středověk

Zážitek mě už neděsil, dokázal jsem se na něj podívat jako na dar. Dokázal jsem se lépe soustředit, lépe jsem spal.

Změnil a jak. Mám pocit, že od základu. Jsem spokojenější, šťastnější, žiji plnější život. Mám lepší vztahy s lidmi, našel jsem to, proč tu jsem a kam mám jít.

### Příloha 3: Vyjádření tvůrce diagnostické kategorie PSK



## INSTITUTE OF TRANSPERSONAL PSYCHOLOGY

1069 East Meadow Circle, Palo Alto, CA 94303 · (650) 493-4430 · fax  
(650) 493-6835 · [www.itp.edu](http://www.itp.edu)

September 10, 2007

To Whom It May Concern,

I am writing this letter in support of Barbora Janeckova's doctoral dissertation on the topic of the *DSM-IV* diagnostic category *Religious or Spiritual Problem*. I am a co-author of this category which was accepted into the *DSM-IV* in 1994 and has been continued in the *DSM-Text Revision* published in 2000. Currently I serve on the Workgroup on Religious and Spiritual Issues for the *DSM-V* which is planned to be released in 2010.

This diagnostic category has had international impact and contributed to the recent opening of the mental health field to serious consideration of spiritual issues in clinical practice. Numerous books on religious and spiritual problems have been published by the American Psychological Association and other academic presses. Articles on this new diagnostic category appeared in the *New York Times*, *San Francisco Chronicle*, *American Psychological Association Monitor* and *Psychiatric Times*.

I am a Professor on the faculty of the Institute for Transpersonal Psychology, a licensed psychologist in California, and author of 70 articles and chapters on spiritual issues and mental health. I also maintain a popular web site on spiritual competency for psychologists named the Spiritual Competency Resource Center at [www.spiritualcompetency.com](http://www.spiritualcompetency.com).

I have served on the faculties of Harvard, UCLA, Oxnard College, California Institute of Integral Studies, and Saybrook, and been an active workshop presenter providing training for psychologists in spiritual competencies in areas such as loss, grief, death, illness spiritual problems, and emergencies at universities around the USA as well as in Japan, Mexico,

Canada, Brazil, Russia, Romania, Portugal, France, Sweden, Scotland, Ireland, and England.

Based on my extensive work in this field, I believe Barbora Janeckova's doctoral dissertation study of 8 psychologists who work with this category, 20 patients, and three case studies would constitute a significant contribution to the literature in this field.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "David Lukoff, PhD". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

David Lukoff, PhD

Professor of Psychology

Institute of Transpersonal Psychology



## IV. 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

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

Bradgon, 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). Přejímové 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. Chvojko nakladatelství, Praha
- Grof, S., Grof, Ch. (1999). Nesnadné hledání vlastního já. Chvojko 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). *Krise 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, München
- 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, Englewood 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*. Englewood, 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 úsychiatrický, 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